

# EVALUACIÓN DESEMPEÑO COMUNIDADES SOLIDARIAS RURALES, (CSR) (PERÍODO 2009 - 2013)



**CONSULTOR:**

**MGTER. MARIO ERNESTO NÓCHEZ**

**SANTA TECLA, LA LIBERTAD, 6 DE ENERO DE 2014**

## Tabla de contenido

### Contenido

PRESENTACIÓN .....	3
<b>Capítulo 1. Objetivos de la consultoría de evaluación del desempeño del programa CSR .....</b>	<b>5</b>
A. Objetivo General .....	5
B. Objetivos Específicos.....	5
<b>Capítulo 2. Programa Comunidades Solidarias Rurales – CSR (2009 – 2013).....</b>	<b>6</b>
1. Descripción del Programa: .....	6
2. Ejes del Programa.....	7
2.1. Eje de Capital Humano .....	7
2.1.2. Nuestros Mayores Derechos.....	7
2. Eje de Servicios Básicos .....	8
2.1. Infraestructura social básica .....	8
3. Eje de Gestión Territorial .....	10
<b>Capítulo 3. Evaluación del desempeño del programa Comunidades Solidarias Rurales - CSR (2009- 2013).....</b>	<b>12</b>
3.1. Avances en Cobertura y Resultados del Eje de Capital Humano .....	14
3.2. Avances en Cobertura y Resultados del Eje de Capital Físico .....	18
3.3. Avances en Cobertura y Resultados del Eje de Gestión Territorial.....	27
3.4. Valoraciones específicas del desempeño de los avances de Resultados de los Ejes del programa CSR.....	28
<b>Capítulo 4. Hallazgos cualitativos en la operación del programa CSR .....</b>	<b>32</b>

<b>Capítulo 5. Fortalezas y retos .....</b>	<b>40</b>
5.1. Fortalezas .....	40
5.2. Retos.....	43
<b>Capítulo 6. Recomendaciones: Aspectos susceptibles de mejora .....</b>	<b>46</b>
<b>Capítulo 7. Valoraciones generales del consultor sobre el desempeño global del programa CSR</b>	<b>52</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO 1.....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO 2.....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXO 3. PROPUESTA DE INDICADORES DE PROCESO.....</b>	<b>58</b>

## PRESENTACIÓN

Desde su creación en el año 1990, el Fondo de Inversión Social (FIS), surge como una estrategia gubernamental de combate a la pobreza. A partir del año 1996, se denomina Fondo de Inversión Social para El Desarrollo Local (FISDL), pero manteniendo siempre su mandato de luchar y combatir la pobreza e incluyéndole el fomento del desarrollo local.

Desde sus orígenes el FISDL ha sido la institución pública responsable de ejecutar los programas sociales compensatorios en los sectores de educación, salud, agua potable y nutrición. A lo largo de sus 23 años de existencia el FISDL ha invertido millones de dólares en los 262 municipios de El Salvador, ejecutando programas y/o proyectos sociales, en el ámbito nacional.

El Programa Comunidades Solidarias Rurales es ejecutado por el Gobierno de Salvador (2009-2014), bajo el liderazgo de la Secretaría Técnica de La Presidencia, con la participación de un conjunto de instituciones públicas, en el marco de una estrategia de coordinación interinstitucional. El FISDL es una de las instituciones públicas que participa en la ejecución de dicho programa en los 100 municipios de pobreza severa y alta.

El FISDL como Co – Ejecutor del Programa es el responsable de la implementación de tres ejes estratégicos de dicho programa: a) Capital Humano; b) Servicios Básicos; y c) Gestión Territorial. La evaluación del desempeño del programa está enfocada en hacer una valoración de los avances de Resultados alcanzados por el FISDL en el período 2009 – 2013,

La presente **“Evaluación del Desempeño del Programa Comunidades Solidarias Rurales (2009 – 2013)”**, está estructurada en seis capítulos: **el primero**, describe los objetivos de la evaluación; **el segundo**, hace una

descripción del diseño del programa en los ejes de intervención del mismo; **en el tercero**, se hace una evaluación del desempeño de los avances en los Resultados y una valoración específica del desempeño de los mismos; **el cuarto**, se destacan los hallazgos cualitativos del programa identificados por el consultor en sus visitas de campo; **en el quinto**, se destacan las principales fortalezas y retos del programa; **en el sexto capítulo**, se presentan las recomendaciones de aquellas áreas que son susceptibles de mejora; **y en el séptimo capítulo**, se hace una valoración general del consultor sobre el desempeño global del programa;

Las valoraciones cualitativas emitidas por el consultor en la presente evaluación del desempeño del programa, está fundamentada y respaldada en la revisión de diferentes documentos institucionales; grupos focales con Asesores de Desarrollo Local y Asesores Municipales; entrevistas a profundidad con Técnicos, Jefes y Gerentes del FISDL; alcaldes/as, coordinadores y promotores de organizaciones no gubernamentales; mujeres usuarias que reciben los bonos de educación y salud, los cuales están involucrados en la operación del programa;

Es importante destacar, que se trabajó única y exclusivamente con información cuantitativa, que se encontraba recolectada, sistematizada y disponible al momento de elaborar el presente informe, por ende, no se ha logrado dar respuesta a todos los alcances requeridos en los Términos de Referencia.

## Capítulo 1. Objetivos de la consultoría de evaluación del desempeño del programa CSR

### *A. Objetivo General*

Contar con una valoración del desempeño del programa Comunidades Solidarias Rurales en lo que respecta al logro de Resultados, evolución de indicadores, seguimiento a los aspectos susceptibles de mejora y la evolución de su cobertura, con el fin de que los Resultados contribuyan la toma de decisiones y la mejora continua.

### *B. Objetivos Específicos*

1. Determinar los Resultados a nivel de producto para el programa Comunidades Solidarias Rurales desde el año 2009 a la fecha, mediante el análisis de los indicadores de resultado y de proceso así como de los hallazgos relevantes identificados por el consultor en la operación de los programas.
2. Analizar los avances a través del tiempo en materia de indicadores acorde a la información disponible.
3. Identificar aspectos susceptibles de mejora en la operación de los programas y proponer acciones para superarlos.
4. Mostrar los avances de los programas en materia de cobertura (población objetivo según diseño).
5. Identificar las principales fortalezas y retos de los programas.

## Capítulo 2. Programa Comunidades Solidarias Rurales – CSR (2009 – 2013)

El programa Comunidades Solidarias Rurales (CSR) es ejecutado por el Gobierno de Salvador (2009-2014), bajo el liderazgo de la Secretaría Técnica de La Presidencia, con la participación de un conjunto de instituciones públicas, en el marco de una estrategia de coordinación interinstitucional.

El programa CSR es una estrategia del Sistema de Protección Social Universal (SPSU), que “contempla intervenciones de carácter no contributivo que permiten ampliar las capacidades básicas y promover la igualdad de oportunidades de las personas, las comunidades y los hogares en condición de extrema pobreza y exclusión social en las comunidades rurales...El SPSU es el instrumento que integra las distintas políticas sociales y las estrategias específicas para los grupos poblacionales en mayores condiciones de vulnerabilidad”. (Plan Quinquenal de Desarrollo, 2010).

El FISDL, como institución gubernamental responsable de la inversión social, es el Co – Ejecutor de tres ejes claves del programa CSR: a) Capital Humano; b) Servicios Básicos; y c) Gestión Territorial, en los 100 municipios de pobreza severa y alta.

### ***1. Descripción del Programa:<sup>1</sup>***

CSR comprende acciones para el fortalecimiento del Capital Humano al incentivar la matrícula, la asistencia y la permanencia educativas; ampliar la oferta de servicios de educación, salud e infraestructura social básica, e incorporar el componente de atención integral dirigida a las personas adultas mayores. Asimismo contribuye a la protección de los ingresos de las familias y sus

---

<sup>1</sup> Fuente: Documento Conceptual de Comunidades Solidarias, 2010

integrantes al incluir acciones de mejora de la empleabilidad y capacitación productiva.

## 2. Ejes del Programa

### 2.1. Eje de Capital Humano

#### 2.1.1. Bonos de Educación y Salud

- **Objetivo:** Promover el acceso a la salud de la población menor de cinco años y de las mujeres embarazadas y lactantes y la asistencia, permanencia y finalización de la primaria para menores de 18 años.
- **Descripción:** Los bonos de educación y de salud son transferencias monetarias condicionadas al cumplimiento de corresponsabilidades por parte de las familias. En cuanto a los bonos de educación, la corresponsabilidad consiste en matricular y procurar la asistencia de las niñas y los niños menores de 18 años de edad hasta sexto grado. Por su parte, el bono de salud se entrega, en primer lugar, a familias con niños o niñas menores de 5 años, a condición de que los lleven a controles periódicos de salud; y en segundo lugar, a madres embarazadas, a condición de que asistan al control prenatal.

#### 2.1.2. Nuestros Mayores Derechos

- **Objetivo:** Entregar gradualmente a las personas adultas mayores que residen en los 100 municipios de extrema pobreza, la Pensión Básica Universal a mujeres y a hombres de 70 años y más.
- **Descripción:** En los 100 municipios de CSR se estima una población de personas adultas mayores de 74, 221 habitantes, entre ellas las

mayores de 70 años de edad, las cuales se convierten en potenciales receptoras de la Pensión Básica Universal.

## 2. Eje de Servicios Básicos

### 2.1. Infraestructura social básica

- **Objetivo:** Reducir la brecha de acceso a servicios básicos y estratégicos en los municipios de pobreza extrema severa y alta.
- **Descripción:** Existe una brecha urbano-rural en los indicadores sociales y de acceso a servicios básicos. Se requiere una serie de esfuerzos que permitan mejorar los bajos niveles de escolaridad rural, el deficiente acceso a servicios de salud, de agua por cañería y de saneamiento y electricidad, y mejorar las condiciones precarias de la vivienda de los hogares con mayor índice de pobreza en el área rural. El desafío es reducir la brecha de desigualdad en los municipios más pobres mediante la inversión en infraestructura social básica, agua y electrificación rural.
- **Tipología de proyectos:**
  - a) **Inversión en infraestructura social básica**
    - ✓ **Agua potable y saneamiento básico:** se está incrementando la cobertura de los servicios de agua potable y saneamiento básico en los municipios con población en condiciones de pobreza extrema severa y alta de El Salvador, mediante el mejoramiento de los servicios existentes o la construcción de otros nuevos.

Este modelo contempla la promoción, la organización, y el fortalecimiento municipal, para promover la sostenibilidad de las intervenciones mediante capacitaciones a las comunidades en la administración, operación y mantenimiento de los sistemas de agua potable, y la conformación y legalización de juntas administradoras de agua, según cada caso.

- ✓ **Electrificación rural:** incluye la introducción, ampliación o mejoramiento de sistemas eléctricos rurales; y la introducción o mejoramiento de energía eléctrica a comunidades, centros escolares y establecimientos de salud.

b) **Inversión en infraestructura estratégica**

- ✓ **Salud:** incluye la rehabilitación de infraestructura y dotación de equipamiento médico vinculado con la Reforma Integral de Servicios de Salud, el fortalecimiento de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar y las inversiones para la atención materno-infantil. Se construye de acuerdo con las normas de infraestructura y equipamiento del Ministerio de Salud, criterios técnicos, económicos, institucionales, ambientales y otros aspectos indispensables para garantizar la operatividad y transparencia de su ejecución.
- ✓ **Educación:** incluye la inversión y mejora de equipamiento o infraestructura educativa de centros escolares y la rehabilitación o construcción de nuevos establecimientos de educación inicial o la primera infancia.

### 3. Eje de Gestión Territorial

- **Objetivo:** fortalecer los mecanismos de coordinación entre el gobierno central y el gobierno local, que permita una adecuada y efectiva implementación de CSR.
- **Descripción:** Este componente se fundamenta en el establecimiento de coordinación efectiva entre los gobiernos central y local, y la ciudadanía, para garantizar la implementación de Comunidades Solidarias Rurales y el cumplimiento de los objetivos generales y metas establecidas en el Sistema de Protección Social Universal.

Los gobiernos municipales son los socios estratégicos del programa, compromiso que se concreta en la firma de convenios con el Fondo de Inversión Social para el Desarrollo Local y con la organización del Comité Municipal de Coordinación. En esta instancia local participan representantes de instituciones gubernamentales, gobiernos locales y personas con liderazgo comunitario en los municipios. La alcaldesa o el alcalde es una figura importante de dicho comité: deberá asumir funciones de coordinación, organización, gestión, seguimiento y rendición de cuentas de las acciones que se realizan en el marco del programa.

El Fondo de Inversión Social para el Desarrollo Local es el ejecutor principal de las acciones dirigidas al fortalecimiento de los gobiernos locales como elemento estratégico para Comunidades Solidarias.

- 3.1. **Personas titulares participan activamente en Comités u Organizaciones Comunitarias fortalecidas que facilitan la participación.**

- **Objetivo:** Fomentar la participación de la ciudadanía organizada incentivando su empoderamiento en los procesos de toma de decisión y gestión de las diferentes intervenciones.
- **Descripción:** El programa se plantea fortalecer el capital social en los territorios, lo que implica favorecer la apropiación social de las acciones e intervenciones realizadas. Por ello es esencial en su ejecución la participación social, para establecer mecanismos permanentes de contraloría y aumentar la capacidad organizativa de las comunidades.

Además, con este componente se pretende fomentar la participación de las familias involucradas y, en particular, de las personas participantes en la toma de decisiones sobre los distintos componentes del programa.

### 3.2. Instancias de participación en el ámbito local

- **Comité municipal de coordinación,** en el que participan el gobierno municipal, líderes y lideresas, representantes de instituciones ejecutoras como Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Fondo de Inversión Social para el Desarrollo Local, entre otras.

Este comité se reúne una vez por mes y contribuye al cumplimiento de las metas y objetivos del programa; valida y prioriza acciones, intervenciones e inversiones; se convierte en interlocutor y facilitador de la comunicación en el ámbito local con los asesores del Fondo de Inversión Social para el Desarrollo Local.

- **Comités comunitarios,** responsables de fortalecer los vínculos entre los participantes y el comité municipal. Además de canalizar información hacia las instancias ejecutoras y coordinadoras, tienen una función de contraloría social y de acompañamiento de los proyectos.

### Capítulo 3. Evaluación del desempeño del programa Comunidades Solidarias Rurales - CSR (2009- 2013)

En el presente capítulo se hace una presentación del avance de los Resultados logrados por el programa CSR durante el período junio 2009 – diciembre 2013, a cinco meses (enero – mayo) de finalizar la gestión del Gobierno de El Salvador (2009-2014).

Para evaluar el desempeño del programa, es necesario evidenciar, a través de indicadores, la cobertura alcanzada y los Resultados logrados en cuanto a bienes y servicios entregados a la población objetivo, en los Ejes de Capital Humano, Capital Físico y Gestión Territorial, los cuales están bajo la responsabilidad del FISDL como Co – ejecutor del mismo.

La evaluación del desempeño permitirá verificar y/o demostrar como los avances en el logro de los Resultados del programa, está garantizando el cumplimiento del Propósito y su contribución al Fin del mismo, según su lógica de intervención.

Para los propósitos de la presente evaluación, se definirá operacionalmente como desempeño del programa **“Al avance porcentual anual que tiene cada uno de los indicadores cuantitativos, con respecto al año de inicio de operaciones del programa en el año 2009”**, para lo cual se utilizara la siguiente escala de evaluación del desempeño **(Tabla 1)**.

Los criterios de valoración que se utilizaran para evaluar el desempeño serán dos principalmente: a) porcentaje anual de aumento o disminución, con respecto al año de inicio de operaciones del programa (2009); b) número de años consecutivos o alternos en los cuales se mantiene el porcentaje de aumento o disminución, en los indicadores correspondientes.

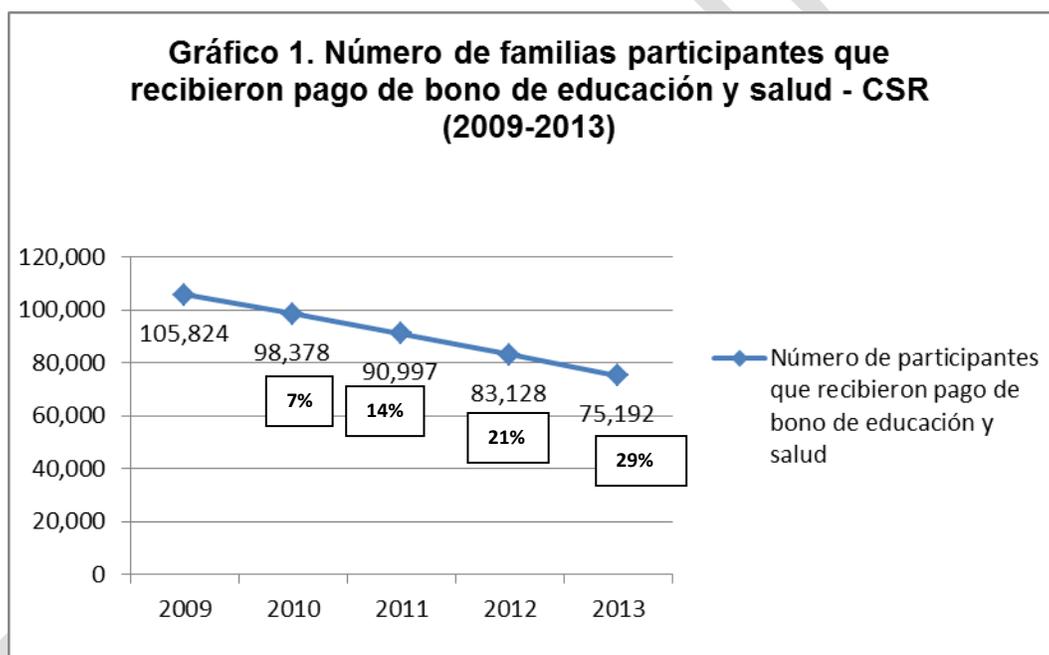
**Tabla 1. Escala de Evaluación del Desempeño del programa CSR – (2009 - 2013)**

DESEMPEÑO LOGRADO	DESCRIPCIÓN
<b>Muy Alto</b>	El programa ha aumentado como mínimo el 5% anual, con respecto al año 2009, durante 4 años consecutivos de la ejecución del programa.
<b>Alto</b>	El programa ha aumentado como mínimo el 5% anual, con respecto al año 2009, durante 3 años de la ejecución del programa, de forma consecutiva o alterna.
<b>Mediano</b>	El programa ha aumentado y/o disminuido como mínimo el 5% anual, con respecto al año 2009, durante 2 años de la ejecución del programa, de forma consecutiva o alterna, pero la sumatoria de los aumentos es mayor.
<b>Bajo</b>	El programa ha disminuido y/o aumentado como mínimo 5%, anual, con respecto al año 2009, durante 2 años de la ejecución del programa, de forma consecutiva o alterna, pero la sumatoria de la disminución es mayor.
<b>Deficiente</b>	El programa ha disminuido como mínimo el 5% anual, con respecto al año 2009, durante 3 años de la ejecución del programa de forma consecutiva o alterna.
<b>Insatisfactorio</b>	El programa ha disminuido como mínimo el 5% anual, con respecto al año 2009, durante 4 años de la ejecución del programa de forma consecutiva. Se considerará insatisfactorio el no superar el 10% en los cuatros años de ejecución del programa.

### 3.1. Avances en Cobertura y Resultados del Eje de Capital Humano

#### 3.1.1. Cobertura de población atendida<sup>2</sup>

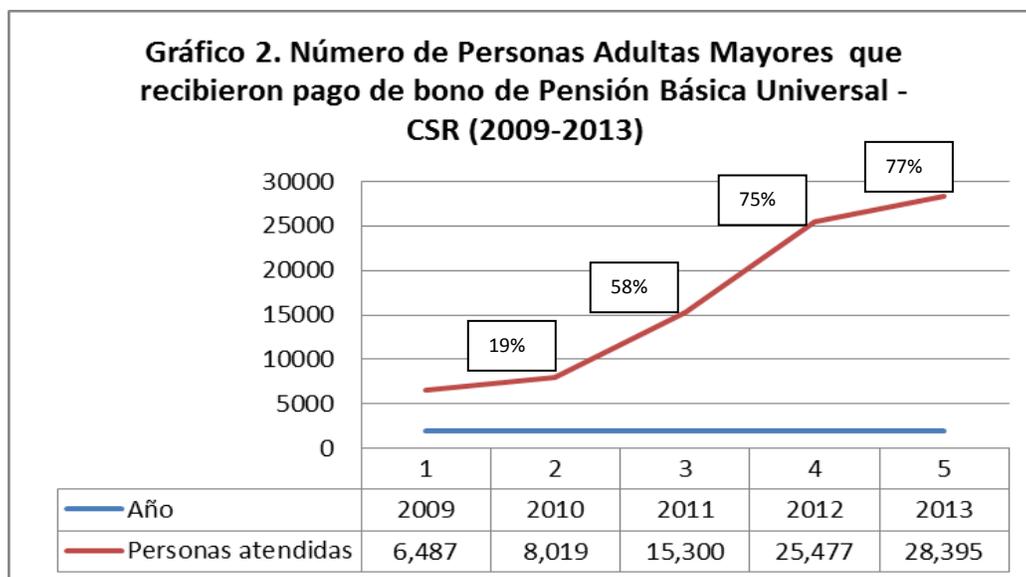
El número de familias que están siendo atendidas en el programa para el año 2013 es de 75, 192, habiéndose disminuido en 30,632 familias con respecto al año 2009 (**Gráfico 1**).



Desempeño	Insatisfactorio
Valoración	Durante 4 años consecutivos ha venido disminuyendo el número de familias participantes atendidas que reciben el bono de educación y salud. El número de familias participantes que reciben dichos bonos se ha reducido en 30, 632 equivalente a un 29% para el año 2013.

<sup>2</sup> Este apartado responde al Objetivo 4 de la Evaluación de Desempeño, según TDR.

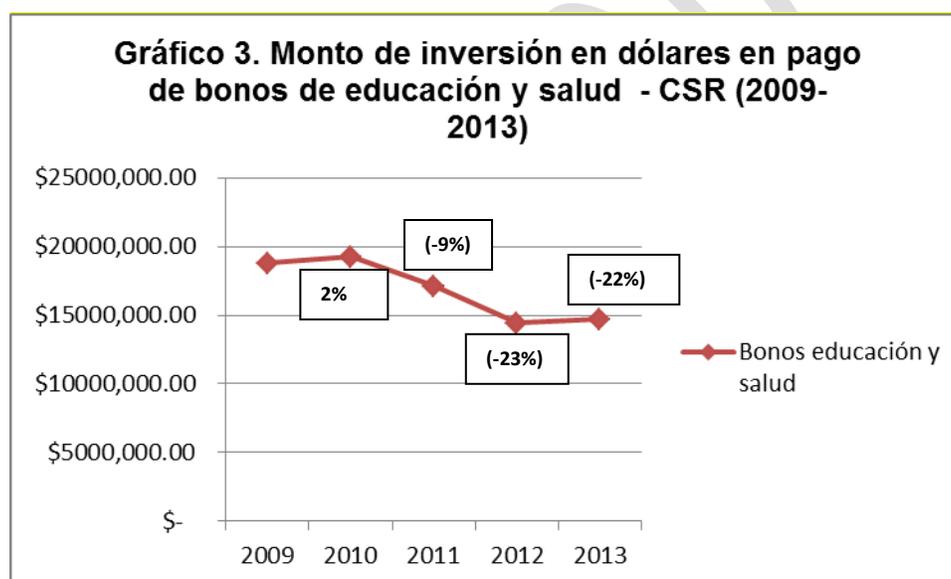
La población atendida de personas adultas mayores que recibió pago de transferencias monetarias condicionadas, por medio de bonos de la Pensión Básica Universal, fue inicialmente para el año 2009 de 6,487 personas y para el año 2013 es de 28,395 personas (**Gráfica 2**).



<b>Desempeño</b>	<b>Muy alto</b>
<b>Valoración</b>	La atención de las personas adultas mayores se inicia en el año 2009. A partir del año 2010, el número de personas adultas mayores que reciben la Pensión Básica Universal, ha logrado incrementar, en cuatro años consecutivos, a 21,908, que representa un 77% de aumento para el año 2013

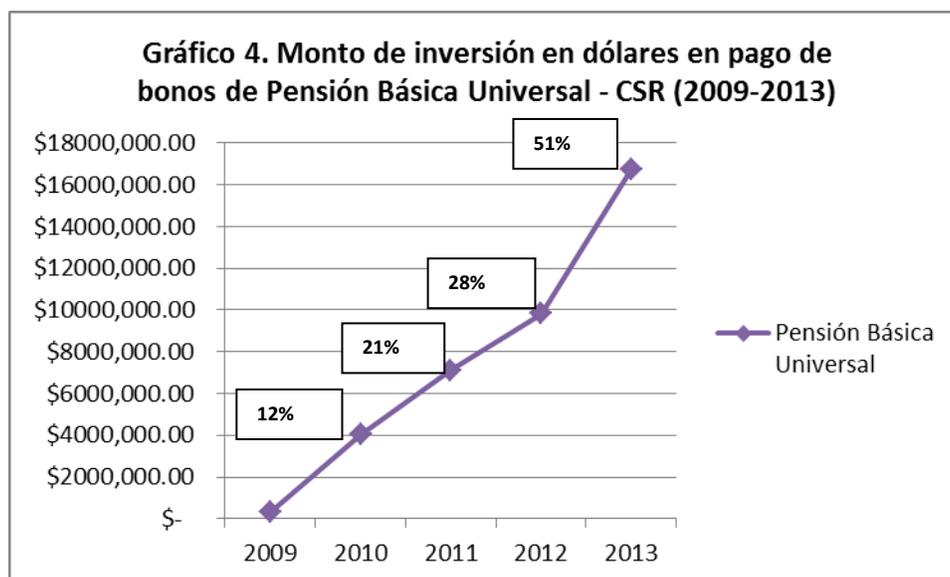
### 3.1.2. Resultados<sup>3</sup> en los montos de inversión en bonos de educación – salud y Pensión Básica Universal

El programa hace entregas de bonos de educación, salud y Pensión Básica Universal, a través de transferencias monetarias condicionadas, que se entregan a las Madres Titulares y a las Personas Adultas Mayores. El monto de la inversión financiera que ha hecho el programa durante el período 2009 – 2013 se puede apreciar en los **Gráficos 3, 4 y 5**.

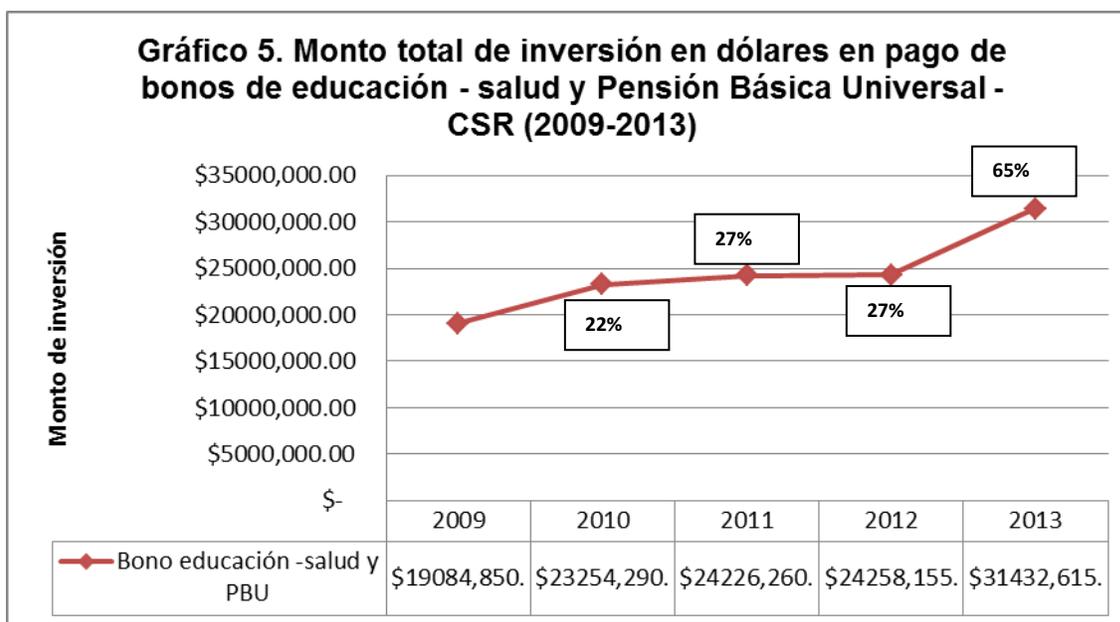


Desempeño	Deficiente
Valoración	La inversión en bonos de educación y salud no ha sido sostenible durante la ejecución del programa. Tuvo un mínimo incremento en el año 2010, pero del año 2011 al 2013 ha venido disminuyendo consecutivamente hasta llegar a un 20%.

<sup>3</sup> Este apartado responde al Objetivo 1 y 2 de la Evaluación de Desempeño, según TDR.



<b>Desempeño</b>	<b>Muy alto</b>
<b>Valoración</b>	El monto de la inversión financiera asignada a anualmente a la Pensión Básica Universal, se ha venido aumentando significativamente pasando del de un 12% en el año 2012, hasta un 51% en el año 2013. El mayor incremento en el monto de inversión para el pago de bonos de la Pensión Básica Universal, se dio del año 2012 para el año 2013, fue de un 23%.

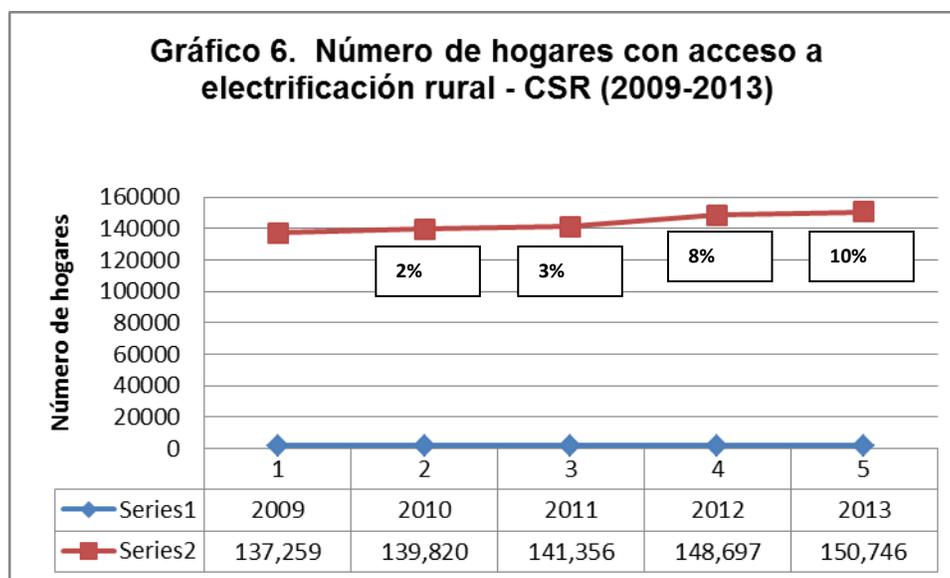


<b>Desempeño</b>	<b>Muy alto</b>
<b>Valoración</b>	Al integrar la inversión financiera de los bonos de educación-salud y Pensión Básica Universal, se puede evidenciar que en conjunto la inversión realizada en el Eje de Capital Humano ha tenido un aumento muy significativo pasando de un 22% en el año 2010, hasta un 65% en el año 2013. El mayor incremento se dio del año 2012 hacia el 2013 con un aumento de un 38%.

### 3.2. Avances en Cobertura y Resultados del Eje de Capital Físico

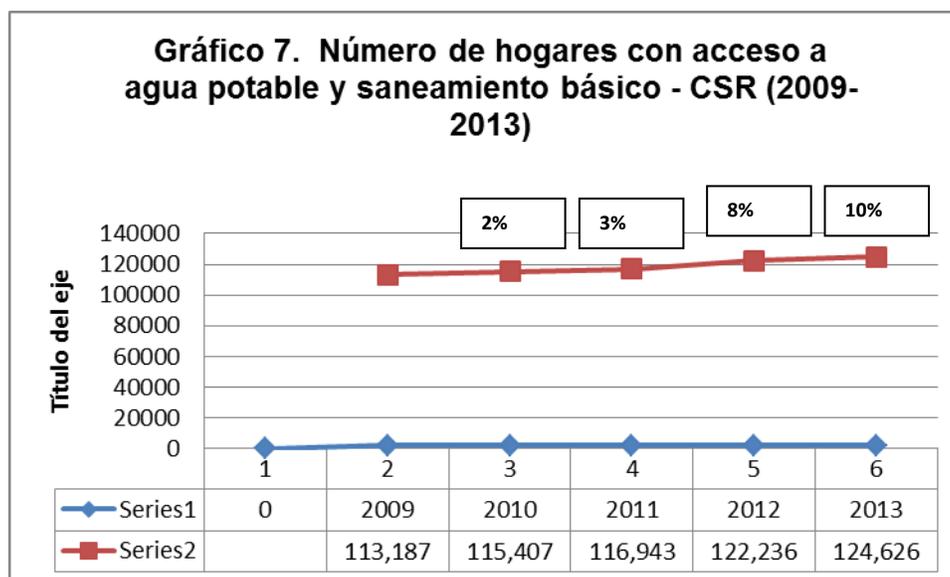
El Eje de Capital Físico está enfocado prioritariamente en la infraestructura social básica y estratégica que se destina a los 100 municipios de pobreza extrema severa y pobreza extrema alta. El avance que han tenido los indicadores de cobertura y de Resultados se pueden observar en los **Gráficos 6- 7 y 8 – 13** respectivamente.

### 3.2.1. Cobertura de hogares<sup>4</sup> con acceso a electrificación rural y agua potable y saneamiento básico



<b>Desempeño</b>	<b>Insatisfactorio</b>
<b>Valoración</b>	La cobertura del número de hogares rurales que tienen acceso a la electrificación rural, con recursos financieros del programa, se puede afirmar que es insatisfactoria. Del año 2009 hasta el año 2013 solo se logró aumentar en 13,487 hogares, que equivale a un 10% de aumento con respecto al año 2009. Se logró asegurar el acceso a electrificación a un promedio de 3.371 hogares anuales.

<sup>4</sup> Este apartado responde al Objetivo 4 de la Evaluación de Desempeño, según TDR.



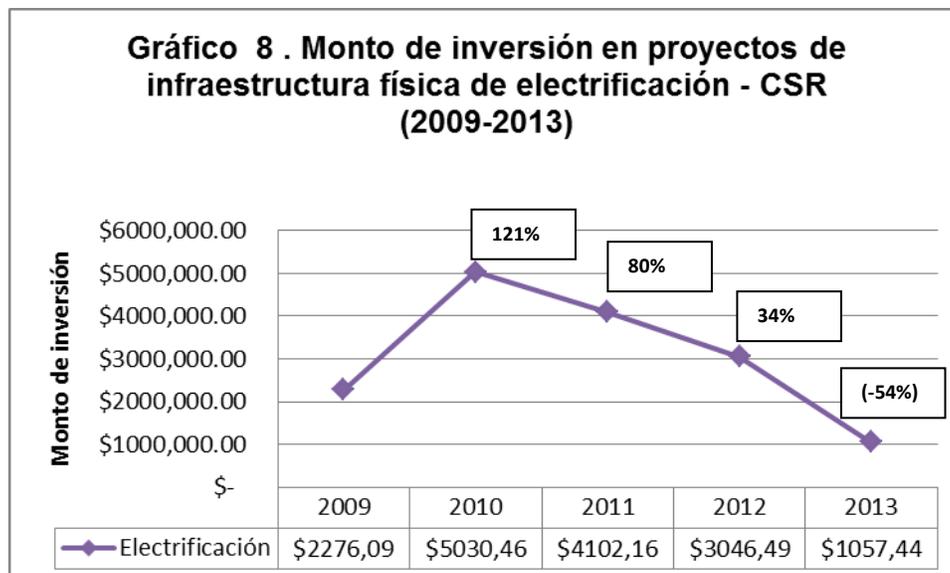
Desempeño	Insatisfactorio
Valoración	La cobertura en el acceso al agua potable y saneamiento básico de hogares rurales ha tenido un incremento muy bajo, ya que no ha logrado superar el 10% de cobertura, entre el año 2009 y el año 2013. El número de hogares que han logrado tener cobertura es de 124, 626, logrando tener un aumento de 11,439 con respecto al año 2009.

### 3.2.2. Resultados<sup>5</sup> en montos de inversión financiera en infraestructura social básica y estratégica

El monto de inversión financiera que se ejecuta en el programa, es a partir de una tipología de proyectos que se asignan a las

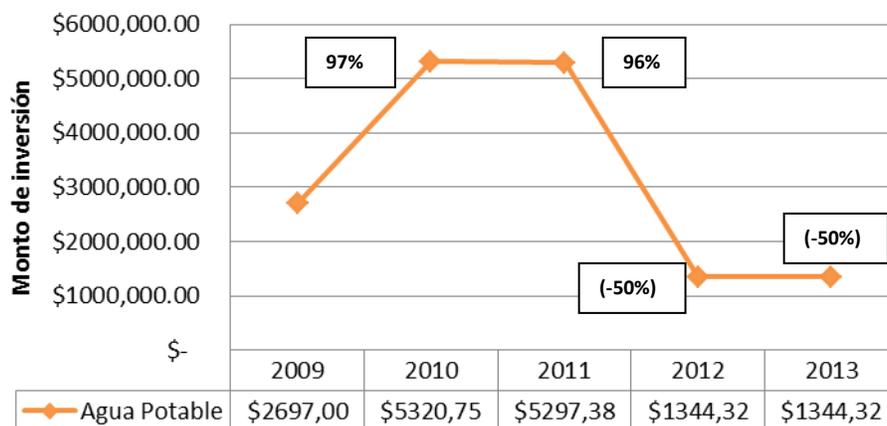
<sup>5</sup> Este apartado responde al Objetivo 1 y 2 de la Evaluación de Desempeño, según TDR.

municipalidades, a través de carpetas técnicas, según demanda y disponibilidad presupuestaria que exista.

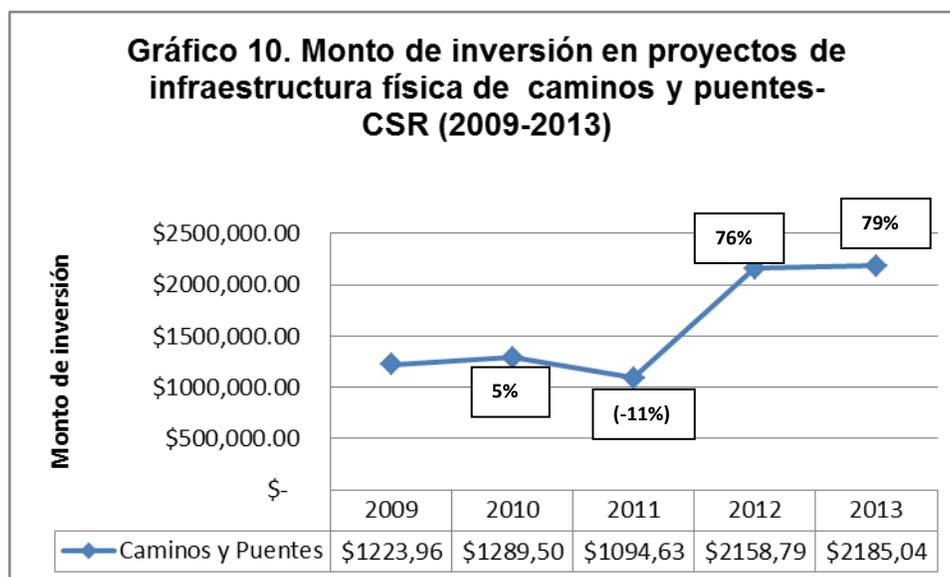


Desempeño	Alto
Valoración	<p>La inversión realizada en los proyectos de infraestructura física para asegurar a los hogares rurales el acceso a la electrificación ha sido alta, ya que por tres años consecutivos se ha logrado tener una inversión superior a la invertida en el año 2009. Sin embargo, hay que evidenciar que después de año 2010 se tuvo un incremento mayor a 100%; pero, a partir del año 2011 la tendencia fue hacia la baja durante dos años, sin llegar a una inversión menor a la del año 2009. En el año 2013, se comienza a tener un decrecimiento en la inversión de los proyectos de esta tipología, llegando a disminuir hasta un 54% con respecto al año 2009.</p>

**Gráfico 9. Monto de inversión en proyectos de infraestructura física de agua potable y saneamiento básico - CSR (2009-2013)**

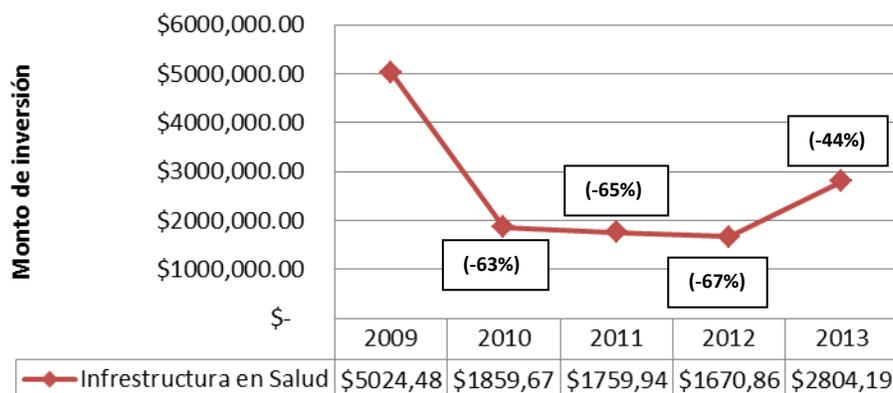


Desempeño	Mediano
Valoración	<p>La inversión en los proyectos de agua potable y saneamiento básico ha tenido altos y bajos. En los años 2010-2011 se tuvo un aumento anual promedio de 96.5%, pero es a partir de los años 2012-2013 que el monto de la inversión, para esta tipología de proyectos, comienza a disminuir en un promedio anual de 50%, lo cual es una reducción bastante significativa</p>

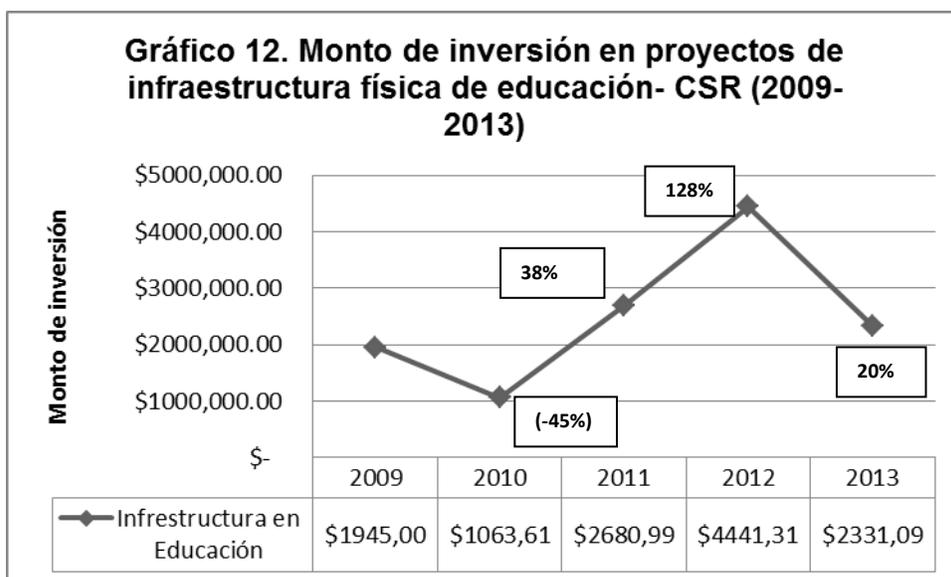


Desempeño	Alto
Valoración	<p>Los proyectos de infraestructura física destinada a caminos y puentes ha tenido un aumento durante tres años alternos (2010,2012 y 2013). Únicamente en el año 2011 se tuvo un decrecimiento del 11% con respecto a la inversión que se tenía en el año 2009. Comparando la inversión de esta tipología de proyectos, con respecto a la inversión en proyectos de electrificación rural, agua potable y saneamiento básico, se puede afirmar que es más sostenible la inversión en puentes y caminos y que la inversión en la misma va en aumento.</p>

**Gráfico 11. Monto de inversión en proyectos de infraestructura física de salud- CSR (2009-2013)**

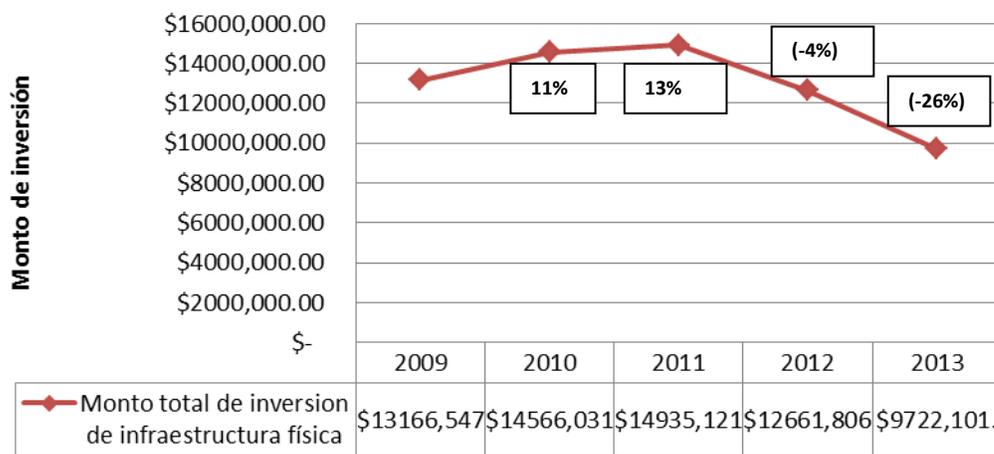


Desempeño	Insatisfactorio
<b>Valoración</b>	<p>La inversión en infraestructura física de salud ha sido la principal afectada en el programa, ya que ha tenido una disminución dramática de hasta un 67% en el año 2012, con respecto a la inversión que se realizaba en el año 2009. La tendencia de la inversión ha sido hacia la reducción de fondos durante tres años consecutivos (2010-2012). En el año 2013 ha tenido un pequeño aumento la inversión de un 23%. Dada la tendencia en los montos de inversión anual, es impredecible saber si se dispondrá o no de fondos para la ejecución de futuros proyectos.</p>



Desempeño	Alto
Valoración	<p>Los proyectos de infraestructura de educación comenzaron con una disminución del 45% en el año 2010, con respecto al 2009; pero, es a partir del año 2011 y 2012 que se logra tener un aumento de hasta un 128%. La inversión acumulada en el período 2011-2013 suma una inversión total del 166%, aunque en el año 2013 vuelve a disminuir hasta un 20% en relación con el año 2009. Sin embargo, hay que destacar que el monto de la inversión no tiene estabilidad que aseguren inversiones en este tipo de tipología de proyectos.</p>

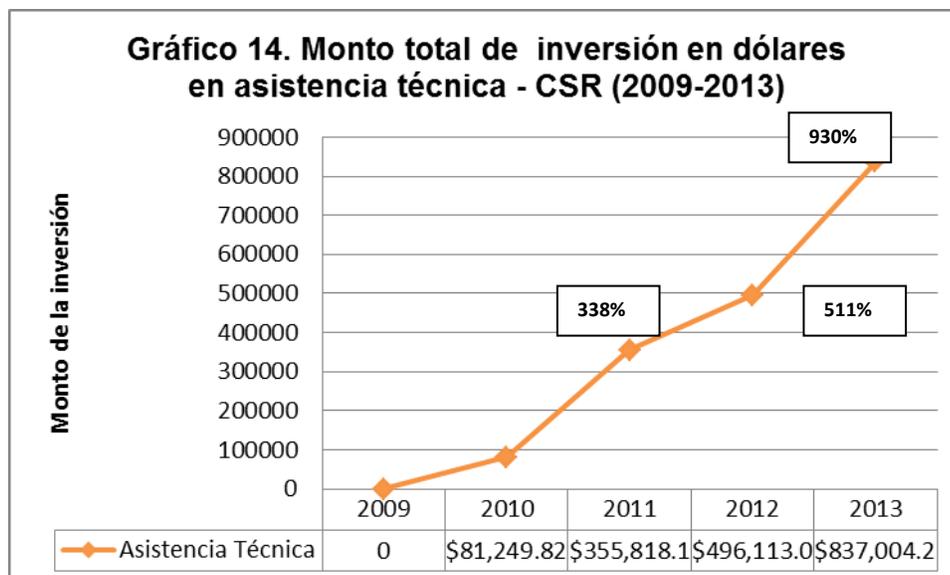
**Gráfico 13. Monto total de la inversión en dólares en proyectos de infraestructura física - CSR (2009-2013)**



Desempeño	Bajo
<b>Valoración</b>	Se puede afirmar que los montos de inversión financiera destinados a las diferentes tipologías de proyectos de infraestructura física, ha tenido una tendencia hacia el alta y la baja. Sin embargo, en los dos últimos años se ha tenido un decrecimiento acumulativo de un 30% para el período 2012-2013, con respecto al año 2009.

### 3.3. Avances en Cobertura y Resultados del Eje de Gestión Territorial

#### 3.3.1. Resultados<sup>6</sup> de los montos de inversión de la Asistencia Técnica



<b>Desempeño</b>	<b>Muy alto</b>
<b>Valoración</b>	Los montos de inversión financiera para la asistencia técnica a las municipalidades, a pesar que no se ejecutaron fondos en el año 2011, estos han tenido un aumento muy significativo entre los años 2011-2013, acumulando en dichos años un porcentaje superior a los 300%.

<sup>6</sup> Este apartado responde al Objetivo 1 y 2 de la Evaluación de Desempeño, según TDR.

### **3.4. Valoraciones específicas del desempeño de los avances de Resultados de los Ejes del programa CSR**

La evaluación del desempeño realizada a los avances de los Resultados del programa en sus tres Ejes de implementación, durante el período junio 2009 a diciembre 2013, nos evidencian que no existe una homogeneidad en la ejecución del mismo, por ende, el desempeño alcanzados dentro de cada eje y de estos entre sí, varían unos de otros.

**En el Eje de Capital Humano**, la evaluación del desempeño pudo evidenciar Resultados contradictorios en cuanto a cobertura y montos de inversión, pues mientras el bono de educación y salud van disminuyendo, el bono de la Pensión Básica Universal va aumentando.

Si analizamos estos Resultados desde la perspectiva del enfoque de derechos del Sistema de Protección Social Universal, podríamos afirmar que mientras a unas personas se les incorpora y se les incluye dentro del programa asegurándole sus derechos; a las otras, se les da de baja y se les excluye del mismo, negándoles sus derechos a una mejor educación, salud y obtener un poco más de ingresos económicos.

A pesar que el número de personas y la inversión financiera en la Pensión Básica Universal han aumentado, no se puede afirmar que se ha logrado atender a toda la población de Personas Adultas Mayores, pues de una población estimada en 74,221 personas<sup>7</sup>, el programa sólo ha logrado atender 28, 395 lo que representa aproximadamente un 40% de personas atendidas.

El aspecto más valioso que hay que destacar es que financieramente la inversión que se ha realizado en el Eje de Capital Humano, en su conjunto, integrando los bonos de educación, salud y Pensión Básica Universal; ha

---

<sup>7</sup> Fuente: Documento Conceptual de Comunidades

tenido un incremento porcentual anual significativo pues ha pasado de un 12% en el año 2010 a un 51% en el año 2013, lo cual represente un 39% de aumento de la inversión.

Como principio invertir más en el Eje de Capital Humano, es una decisión estratégica, que es coherente con la filosofía de derechos e inclusión social que promueve el programa; y dicha visión es necesario mantenerla y potenciarla.

Sin embargo, después de 5 años de implementación del programa, se hace necesario hacer un rediseño de dicho Eje, que permita mejorar cuantitativamente y cualitativamente el desempeño del mismo

En síntesis, según los Resultados evidenciados en el Eje de Capital Humano se podría afirmar que en su conjunto este Eje ha tenido un desempeño mediano, por las razones ya antes explicadas.

**En el Eje de Capital Físico**, los Resultados de la evaluación del desempeño destacan que ha dicho Eje se le han asignado menos recursos financieros para invertir en infraestructura social básica y estratégica, por ende, el número de hogares y familias que deberían recibir beneficios del programa en los 100 municipios de pobreza extrema severa y pobreza extrema alta, no los están recibiendo.

En términos globales la inversión para financiar proyectos de infraestructura social básica y estratégica, a las municipalidades, se ha reducido en el año 2013 en un 26%, con respecto al año 2009.

Analizando el desempeño de los Resultados, por tipología de proyectos, se ha podido constatar que los proyectos de infraestructura física en el área de salud, agua potable y electrificación rural, han tenido una disminución significativa en más del 50% en los últimos tres años (2011-2012). Ello explica por qué el desempeño en cuanto acceso/cometidas a los hogares de las

familias rurales es insuficiente, pues no logra superar una cobertura del 10% en los cuatros años de ejecución del programa.

Solo en el caso de los proyectos de infraestructura física para el área de educación se ha logrado mantener una inversión promedio arriba del 60% por tres años consecutivos (2011-2013), aunque en el año 2010 había disminuido la inversión en un 45% con respecto al año 2009.

De lo antes indicado, se puede deducir que si bien han existido recursos financieros para invertir en proyectos de infraestructura física, dichos recursos no han estado disponibles en la misma proporción para todas las tipologías de proyectos, ni se ha logrado ejecutar en un 100%, durante los años de ejecución del programa.

A lo antes indicado, han contribuido dos factores muy determinantes: El primer factor, es que para financiar las diferentes tipologías de proyectos de infraestructura física, se depende prioritariamente de recursos financieros externos, con los respectivos requerimientos y tiempos que los cooperantes imponen; y, el segundo factor, es que el financiamiento de los proyectos se asigna en función de las demanda que hacen las municipalidades, a través de la presentación de carpetas técnicas, lo cual hace lento el proceso de inversión. Ambos factores, se reflejan en los Resultados de las inversiones que se han destinado y ejecutado por el programa en los últimos 4 años.

Si bien la decisión estratégica ha sido aumentar la inversión financiera en Capital Humano, lo cual es acertado, por que destina mayores recursos a las personas participantes del programa; es necesario seguir gestionando recursos financieros para los proyectos de infraestructura física, pues el programa tiene una visión integral, y ambos Ejes, Capital Humano y Capital Físico, contribuyen a la reducción de la pobreza, a mejorar las condiciones de vida de las personas y a disminuir los niveles de desigualdad y exclusión social.

En síntesis, se puede afirmar que según la evaluación del desempeño de los Resultados, las inversiones financieras destinadas al Eje de Capital Físico, para proyectos de infraestructura social básica y estratégica, han tenido un desempeño bajo, dado que se ha disminuido los fondos para las diferentes tipologías de proyectos, lo cual disminuye las probabilidades de contribuir al logro del propósito y fin del programa.

En relación al Eje de Gestión Territorial, la principal evidencia disponible es el monto de inversión destinada a las municipalidades para los procesos de capacitación y asistencia técnica sobre: planificación estratégica participativa, ciclo de proyectos, presupuesto participativo y rendición de cuentas.

La inversión financiera que se ha destinado a las municipalidades en asistencia técnica tiene un desempeño muy alto, dado que se ha incrementado en un 930%, en el año 2013, con respecto al año 2010.

La inversión financiera que se hace en asistencia técnica, aunque parezca un monto todavía pequeño en relación a los dos Ejes anteriores, es significativo, pues está destinado al fortalecimiento de las competencias técnicas de autoridades, funcionarios y líderes/as de las municipalidades y dejar capacidades instaladas para potenciar el desarrollo local.

Haciendo una valoración general del programa, en sus tres Ejes de implementación, se puede concluir que ha tenido un desempeño mediano, según las evidencias de los Resultados presentados.

## Capítulo 4. Hallazgos cualitativos en la operación del programa CSR<sup>8</sup>

En este apartado se hace una descripción de los hallazgos cualitativos más relevantes que el consultor identificó durante las visitas de campo que realizó a algunos municipios en los cuales interviene el programa, en los cuales recogió las valoraciones y percepciones de Alcaldes/as, Concejales, Miembros del Comité Municipal de Coordinación y Mujeres Usuarias, a través de entrevistas a profundidad y grupos focales **(Ver Anexo 1)**.

Los hallazgos cualitativos que se identificaron en la operación del programa son los siguientes:

- 4.1. Continuidad del programa.** Existe una valoración muy positiva de parte de los actores locales del municipio, que están involucrados en el programa, ya que se ha logrado dar continuidad a los ejes y componentes del Programa Red Solidaria, ya que ello viene a fortalecer y consolidar el trabajo que impulsan las municipalidades, con sus respectivas comunidades, en cuanto al desarrollo local.

Por otro lado, manifiestan su satisfacción porque se continuará con las transferencias monetarias condicionadas y la generación de empleo local a través de los/as promotores/as del programa, ya que ello viene a fortalecer y dinamizar la economía familiar, comunitaria y municipal.

Las Madres Titulares expresaron su preocupación por el cambio en los tiempos de entrega de las transferencias monetarias condicionadas (bonos), pues ya no se hará cada dos meses, sino cada cuatro meses; pues al ampliar tanto el período de entrega se afecta la economía familiar, dada la costumbre de varios años de recibirlo de forma bimensual.

---

<sup>8</sup>Este apartado responde al Objetivo 5 de la Evaluación de Desempeño, según TDR.

- 4.2. Incorporación de Personas Adultas Mayores.** Se considera un avance muy importante para el programa CSR, ya que se logra atender a una población que estaba marginada, excluida y abandonada.

El monto de la Pensión Básica Universal que se les entrega a las Personas Adultas Mayores se considera que es adecuado y apropiado para que puedan cubrir sus necesidades básicas, principalmente de alimentación y salud.

Sin embargo, manifestaron su inconformidad por los mecanismos utilizados en el proceso de identificación y selección de las Personas Adultas Mayores, pues no se incluyó a toda la población adulta mayor del municipio y, algunas salieron beneficiadas, sin cumplir todos los criterios de elegibilidad.

Por otro lado, expresaron no estar de acuerdo con hacer la entrega de la Pensión Básica Universal, cada dos meses, pues son personas adultas mayores muy vulnerables en sus condiciones de salud y mala nutrición.

- 4.3. Protocolo de capacitación.** Las Madres Titulares manifestaron su alta satisfacción por el nuevo protocolo de capacitación que se ha implementado con el programa CSR. Han visto con buen agrado y aceptación la incorporación de nuevas temáticas como la equidad de género y violencia intrafamiliar.

Consideran que los nuevos temas y contenidos incorporados en el protocolo de capacitación, responden a las necesidades que ellas tienen como mujeres, esposas, madres y ciudadanas; lo cual ha contribuido a elevar su autoestima, cambiar de actitudes y empoderarlas como personas sujeto de derechos, para que sepan cómo hacerse valer dentro de la sociedad.

Manifiestan estar satisfechas con la metodología empleada en el desarrollo de los temas de capacitación, pues les ayuda mucho a conocerse mejor a sí mismas, mejorar sus habilidades de comunicación y de relacionarse con las demás, así como a tener una mejor comprensión de los contenidos desarrollados.

Consideran que la principal limitación que tiene el programa, es que no exigen a las Madres Titulares la asistencia a las capacitaciones, lo que permite que algunas veces las madres no asistan con regularidad, pero igualmente reciben el bono de educación y/o salud.

- 4.4. Redefinición de visitas de acompañamiento a las familias.** Las Madres Titulares han percibido como algo muy positivo del programa, que ahora el promotor/a realice directamente la visita a sus casas, para verificar cómo están invirtiendo el bono, cómo están mejorando la alimentación de sus hijos, cómo están poniendo en práctica los temas de capacitación.

Las Madres Titulares se sienten muy satisfechas con las visitas que les hacen los/as promotores/as a sus hogares, pues consideran que con dichas visitas se promueve una mayor comunicación y confianza de parte del programa hacia ellas, por lo que se sienten valoradas y tomadas en cuenta.

Algunas Madres Titulares que viven en áreas rurales de difícil acceso manifestaron que algunos/as promotores/as, a veces, no las llegan a visitar, sino que solo les hablan por teléfono celular; o bien, cuando hacen la visita, la hacen muy rápido, pues les manifiestan que tienen muchas casas que visitar y no les va alcanzar el tiempo.

- 4.5. Proyectos de infraestructura física.** Dentro del programa CSR, los proyectos de infraestructura física son los más valorados y demandados por los/as Alcaldes/as, pues son obras tangibles que vienen a resolver

problemas y necesidades concretas que tiene la población y que demandan a sus autoridades municipales.

Alcaldes/as y miembros del Comité Municipal de Coordinación manifiestan que los proyectos de infraestructura física han contado con la participación de líderes y lideresas de las comunidades, desde la fase de identificación, priorización y ejecución de las obras, lo cual ha generado un proceso participativo de involucramiento de las mismas comunidades en el desarrollo de su municipio.

Existe una satisfacción unánime de Alcaldes/as, líderes/as comunitarios y Madres Titulares que los proyectos de infraestructura física (puentes, caminos, agua potable, electrificación, remodelación de escuelas y unidades de salud) han generado cambios importantes en los municipios involucrados en el programa; lo cual ha contribuido a mejorar las condiciones y calidad de vida de las personas participantes y al desarrollo económico y social de los municipios.

Sin embargo, la principal queja/insatisfacción que tienen los/as Alcaldes/as está relacionado con el proceso de visado y aprobación de las carpetas técnicas de proyectos descentralizados de infraestructura física.

Reconocen que para la elaboración de carpetas técnicas existen normas y criterios establecidos, pero que en la práctica, existe demasiada discrecionalidad de los técnicos responsables de su revisión y aprobación.

Dicha discrecionalidad hace que los procesos de aprobación se alarguen y, en algunos casos, cuando las carpetas técnicas se aprueban, ya no existen fondos disponibles, o bien, se les hacen los desembolsos demasiado tarde.

**4.6. Conformación de los Comités Municipales de Coordinación.** No se han integrado a representantes del Ministerio de Salud y Ministerio de Educación. Por lo general, los Alcaldes/as no participan, ni presiden las reuniones de dicho Comité. Su participación es muy eventual.

Las reuniones de funcionamiento del Comité Municipal de Coordinación es presidido, en su gran mayoría, por los coordinadores de las empresas consultoras de seguimiento, con el apoyo del Asesor de Desarrollo Local (ADL) y participan únicamente los líderes/as comunitarios.

En algunos municipios, dichos líderes/as no han sido seleccionados en Asambleas Comunitarias, sino que han sido escogidos directamente por Alcaldes/as y/o Concejales por afinidad política.

Se identifica como una debilidad, el funcionamiento de los Comités de Municipales de Coordinación, ya que la asistencia y permanencia de los/as líderes/as de las comunidades es irregular, ello debido a que los hombres tienen que realizar trabajos agrícolas, las mujeres tienen que atender a sus hijos o quehaceres del hogar y, en muchos casos, para ambos, no tienen el dinero para la movilización hasta el lugar de la reunión, ni asumir gastos de alimentación.

- 4.7. Participación ciudadana.** Los/as líderes/as del Comité Municipal de Coordinación están muy satisfechos, ya que consideran que con el programa CSR se ha incrementado su participación y la de las personas de sus comunidades, en la gestión municipal.

Consideran que los miembros del comité y personas de sus comunidades, han tenido mayor participación e involucramiento en la elaboración de planes estratégicos, elaboración de presupuesto participativo, asambleas comunitarias para la identificación y priorización de proyectos de infraestructura física, rendición de cuentas; entre otros.

La participación de las mujeres se ha incrementado dentro del programa, pero según la opinión de las Madres Titulares y lideresas del Comité Municipal de Coordinación, no están representadas, en igual proporción que los hombres, quienes siguen siendo la mayoría al momento de tomar decisiones.

**4.8. Capacitaciones y asistencias técnicas.** Las autoridades y funcionarios municipales, así como los/as líderes/as comunitarios reconocen y valoran positivamente la oportunidad que les brinda el programa de recibir capacitaciones y asistencias técnicas sobre: planificación estratégica, ciclo de proyecto, presupuesto participativo y rendición de cuentas.

Consideran que las capacitaciones y asistencias técnicas son pertinentes y relevantes a las necesidades que tienen como municipio, pues vienen a fortalecer sus competencias técnicas para llevar adelante con eficiencia y eficacia procesos descentralizados.

Sin embargo, expresaron que no están de acuerdo que se les ofrezca la ejecución simultánea de dos o más capacitaciones y asistencias técnicas, sólo para agilizar la ejecución de los fondos, pues para el caso de las municipalidades que son pequeñas, tienen que estar involucrando al mismo personal técnico y líderes/as comunitarios, lo cual hace que no participen adecuadamente ni en una, ni en otra, afectando así la calidad del proceso de capacitación y asistencia técnica.

Otra dificultad que han encontrado, es que los montos asignados a los procesos de capacitación y asistencia técnica son muy bajos y se les dificulta atraer a profesionales idóneos y competentes en las temáticas que se requieren, teniendo que aceptar ofertas económicas de profesionales e instituciones, con poca experiencia, que están dispuestos ajustarse el monto disponible. Lo cual consideran que redundará en la calidad de los procesos y productos que se tienen que realizar.

#### **4.9. Redefinición de roles entre Asesor Municipal y Asesor de Desarrollo Local**

Alcaldes/as, Concejales y líderes/as comunitarios involucrados en la operación del programa en los municipios, han visto muy acertada la decisión del FISDL de incorporar al Asesor de Desarrollo Local en las

acciones que ejecuta el programa CSR, ya que descarga de trabajo al Asesor Municipal y se puede atender de mejor manera los diferentes ejes y componentes.

Manifiestan estar satisfechos con la redefinición de roles, pues el Asesor de Desarrollo Local tiene responsabilidades directas en el Eje 1 de Capital Humano y en el Eje 4 de Gestión Territorial; y el Asesor Municipal, tiene responsabilidad directa en el *Eje 2 de Infraestructura Social Básica y Estratégica*.

Consideran que la redefinición de roles es muy positiva, ya que posibilita dar una atención más especializada a los municipios, según la naturaleza de la intervención del programa.

Reconocen que el trabajo que hacen Asesores de Desarrollo Local y Asesores Municipales, es una experiencia novedosa dentro del programa, y que han observado que ambos están haciendo esfuerzos por complementarse entre sí y realizar un trabajo en equipo. Sin embargo, también expresan que en algunos municipios el trabajo que realizan es muy individualista, pues cada uno hace los suyos, sin mayor comunicación y coordinación entre sí.

**4.10. Trabajo operativo del FISDL.** El trabajo que realiza el FISDL en la operación de los tres ejes del programa CSR, es valorado, reconocido y apreciado por la gran mayoría de autoridades y funcionarios municipales; particularmente, por las Madres Titulares y los/as líderes/as que integran los Comités Municipales de Coordinación.

Se destaca como algo importante y valioso para la ejecución del programa CSR, la presencia territorial en los municipios de los Asesores Municipales y Asesores de Desarrollo local en el seguimiento y acompañamiento del programa.

Algunos Alcaldes/as y/o Concejales, aun cuando reconocen el trabajo que realiza el FISDL en sus municipios, señalaron estar inconformes con los procesos burocráticos en la operación del programa, lo cual limita la eficiencia y eficacia del mismo.

Por otro lado, se quejan que no tienen un seguimiento adecuado de parte de algunos Asesores Municipales y/o Asesores de Desarrollo Local, pues perciben que tienen demasiada carga laboral, dado que tienen que atender cuatro o seis municipios simultáneamente, por ende, priorizan la visita a los municipios en función de las demandas que les establecen sus jefes inmediatos o las prioridades que ellos/as mismos/as se ponen en función de las metas que tienen que cumplir.

## Capítulo 5. Fortalezas y retos

A continuación se presentan fortalezas y retos que se han extraído de las entrevistas a profundidad con la Coordinadora del Programa, Gerente de Programas, Gerente de Operaciones, Gerente Financiero y Jefes de Zona; así como grupos focales con Asesores Municipales y Asesores de Desarrollo Local (**Anexo 2**). Estas son valoraciones cualitativas que complementan los resultados cuantitativos del capítulo 3, con la finalidad de presentar una visión integral del desempeño del programa en el período 2009 – 2013. A continuación se presentan las principales fortalezas y retos.

### 5.1. Fortalezas

#### 5.1.1. Integración al Sistema de Protección Social Universal

El programa CSR no es un esfuerzo aislado, sino que forma parte del Sistema de Protección Social Universal, el cual busca articular un conjunto de políticas sociales del Estado que deben ser implementadas por una diversidad de instituciones públicas bajo la estrategia de la coordinación interinstitucional.

Al ser el programa CSR parte del Sistema de Protección Social Universal, asume un enfoque basado en derechos, con una visión de mayor integralidad en sus intervenciones en los territorios municipales. Por ende, su implementación responde a las prioridades estratégicas del Plan Quinquenal de Desarrollo (2010-2014), lo que lo convierte en un programa presidencial que cuenta con el respaldo político y financiero para su ejecución.

#### 5.1.2. Respeto a la priorización del Mapa de Pobreza

En la implementación del programa CSR, en los 100 municipios de extrema pobreza severa y alta, no se ha cambiado ni el método, ni la lógica de intervención del Mapa de Pobreza. Se ha respetado y continuado con el orden de priorización

de intervención en los municipios: primero los 32 municipios de pobreza extrema severa y luego los 68 municipios de pobreza extrema alta.

### **5.1.3. Mayor asignación financiera para inversión en Capital Humano**

Con el nuevo enfoque de la política social basada en derechos, se ha logrado tener un incremento significativo en los recursos financieros que se han destinado para la inversión en Capital Humano.

Tal es así que las inversiones en infraestructura social básica y estratégica ha venido disminuyendo, pero se han incrementado los recursos financieros para pagar los bonos de educación, salud y pensión básica de los adultos mayores, logrando un equilibrio entre el Eje 1 de Capital Humano y el Eje 2 de Infraestructura Social Básica y Estratégica.

### **5.1.4. Apoyo a la gestión territorial local**

Con el programa CSR se ha venido a fortalecer explícitamente la gestión territorial en el ámbito local, orientado en dos dimensiones: a) lograr que las municipalidades fortalezcan los mecanismos de participación ciudadana en la solución de sus problemas; b) que los funcionarios, personal técnico y líderes y lideresas de las comunidades desarrollen capacidades y habilidades, a través de capacitaciones y asistencias técnicas, que potencien los diferentes procesos que se implementan en el municipio. El propósito del apoyo a la gestión territorial está orientado a una mejor articulación y aprovechamiento de los diferentes recursos de los cuales se disponen en el municipio, que posibiliten asegurar el cumplimiento de los derechos de las personas.

### **5.1.5. Mayores niveles de participación ciudadana.**

La participación ciudadana se ha incrementado significativamente en los municipios, Las personas ahora se involucran activamente en diferentes actividades del programa, desde la identificación y priorización de sus

necesidades para la formulación de proyectos de infraestructura, elaboración de planes estratégicos, presupuestos participativos, contraloría social y la rendición de cuentas; como resultado de una mayor sensibilización y concientización de sus derechos que se ha derivado en una mayor participación e involucramiento en los diferentes Ejes del programa.

**5.1.6. Aporte de recursos financieros a las economías locales.** El flujo de recursos financieros, en efectivo, que el FISDL trasfiere a las municipalidades a través de la entrega de los bonos de educación y salud y pensión básica para adultos mayores, junto a los pagos que reciben los/as promotores/as de parte de las empresas de seguimiento familiar, han venido a fortalecer y dinamizar las economías locales de los municipios y departamentos del país.

#### **5.1.7. Posicionamiento del FISDL en las municipalidades**

El FISDL como institución pública ejecutora principal del programa CSR, es una marca reconocida y asociada con la implementación del mismo, de parte de autoridades, actores, sectores y participantes, en el ámbito local.

El FISDL es un referente estratégico en los municipios de la implementación de las políticas y de la inversión social en El Salvador, y se ha ganado el respeto y el aprecio de los alcaldes y alcaldesas y de sus habitantes, por la calidad y mística con la que realiza el trabajo su personal, así como por la transparencia institucional en los procesos y en la administración de los recursos financieros que le han sido encomendados.

#### **5.1.8. Apoliticalidad del FISDL**

Como ejecutor principal del programa CSR el FISDL ha tenido una trayectoria, en su intervención en los municipios, de no intromisión en asuntos políticos de la vida nacional o local. Eso le ha permitido al FISDL trabajar con libertad con alcaldes y alcaldesas de todos los partidos políticos, quienes al reconocer la

apoliticidad con la cual el FISDL ejecuta el programa, ha generado en ellos confianza y credibilidad en los diferentes procesos que se implementan.

## **5.2. Retos**

Los retos acá planteados son acciones que su cumplimiento esta fuera del control del FISDL, pero es importante que se realicen para el buen funcionamiento del programa. Por esa razón se convierten en retos institucionales, que requieren que el liderazgo estratégico del FISDL haga las acciones de incidencia con las otras instituciones públicas involucradas, para asegurar que se logre su cumplimiento en beneficio del programa y particularmente de las personas participantes del mismo.

### **5.2.1. Estandarizar la conceptualización y medición de la pobreza**

La Misión del FISDL establece la reducción de la pobreza, pero para evidenciar si el FISDL, como institución pública, está contribuyendo a través de sus programas y/o proyectos a reducirla, es necesario que el FISDL en coordinación con la Secretaría Técnica de la Presidencia y la Dirección General de Estadísticos y Censos llegaran a consensuar y estandarizar el concepto de pobreza y definieran los indicadores para medir su reducción.

### **5.2.2. Mejorar la comunicación y articulación interinstitucional**

La eficiencia y eficacia del programa CSR pasa por la necesidad de mejorar sustancialmente los esfuerzos de coordinación y articulación entre las diferentes instituciones públicas corresponsables de la ejecución del mismo.

Lo antes indicado, requerirá que las altas autoridades del FISDL asuman un mayor protagonismo en el establecimiento de mecanismos institucionales de comunicación y articulación con el Ministerio de Educación, Ministerio de Salud y

otras instituciones públicas, con el aval de la Secretaría Técnica de la Presidencia, para asegurar que cada institución pública involucrada y su personal asuman el rol que les corresponde en la Mesa Técnica de Coordinación y en el ámbito municipal.

### **5.2.3. Implementar el Registro Único de Personas (RUP)**

Las altas autoridades del FISDL deben gestionar y dar seguimiento, a la Secretaría Técnica de la Presidencia, para que se implemente en el transcurso del año 2014 el RUP, el cual posibilitará no solo identificar potenciales usuarios/s de los programas sociales, sino también llevar un mejor registro y control de los beneficios que están recibiendo los/as mismos/as de parte del Gobierno de El Salvador.

### **5.2.4. Actualizar el Mapa de Pobreza**

Los funcionarios del FISDL debe hacer gestiones, ante la Secretaría Técnica de la Presidencia, para que se haga una actualización del Mapa de Pobreza que sirva de referente para las futuras intervenciones de los programas sociales para los períodos presidenciales 2014-2019 y 2019-2024, que ayude a la toma de decisiones para determinar en qué municipios invertir y en cuáles no invertir.

### **5.2.5. Unificación en la entrega de las transferencias monetarias condicionadas**

Los funcionarios del FISDL deben realizar, con el apoyo y aval de la Secretaría Técnica de la Presidencia, esfuerzos conjuntos con otras instituciones públicas que transfieren recursos financieros a la población rural, con el fin de identificar e implementar un mecanismo único que facilite una entrega ágil, expedita, oportuna, segura y transparente, que contribuya a la disminución de costos administrativos a cada una de las instituciones participantes.

### **5.2.6. Revisión y actualización de la Ley y Reglamento del FISDL**

La alta dirigencia del FISDL debe proceder a una revisión y actualización de la Ley y Reglamento del FISDL, con el propósito de ajustarla y/o modificarla en su naturaleza, objetivo, funciones y mecanismos de financiamiento, de tal manera que le permita asumir con mayor eficiencia y eficacia de manera integral la ejecución de las políticas, programas y proyectos sociales que le son encomendados por el Gobierno de El Salvador.

Una vez revisada y actualizada la Ley, con el aval y apoyo de la Secretaría Técnica de la Presidencia, deberá someterla a estudio y aprobación de los diputados de la Asamblea Legislativa.

## Capítulo 6. Recomendaciones: Aspectos susceptibles de mejora<sup>9</sup>

Las recomendaciones que se detallan a continuación son aspectos susceptibles de mejora, que están bajo el control y potestad directa del FISDL, por ende, depende del mismo FISDL implementarlas en el tiempo pertinente y oportuno.

### 6.1. Descentralizar/desconcentrar/delegar responsabilidades y recursos a las municipalidades

El equipo gerencial del FISDL debe estudiar y analizar que responsabilidades que se ejecutan en el programa, se pueden descentralizar/desconcentrar/delegar a las municipalidades, asignándoles los recursos respectivos para su implementación.

La descentralización/desconcentración/delegación de responsabilidades y recursos, requerirá de un diagnóstico previo que permita identificar la verdadera capacidad instalada de cada municipio, para constatar si está preparado o hay que fortalecerlo para que asuma las nuevas responsabilidades.

Para una mayor efectividad de esta recomendación se sugiere realizar una experiencia piloto en un municipio pequeño, uno mediano y uno grande, que ayude a ver cómo funciona la experiencia en cada uno de ellos y extraer las lecciones aprendidas para una futura ampliación a otros municipios.

### 6.2. Institucionalizar el Comité Municipal de Coordinación

El FISDL en conjunto con las municipalidades debe elaborar, de manera consensuada, una normativa legal orientada a institucionalizar la organización, participación y funcionamiento del Comité Municipal de Coordinación, que opere

---

<sup>9</sup> Este apartado responde al Objetivo 3 de la Evaluación de Desempeño, según TDR.

para los diferentes programas y/o proyectos que ejecuta la municipalidad, con financiamiento proveniente de las diferentes fuentes del FISDL.

La normativa que regule el Comité Municipal de Coordinación debería establecer, al menos, aspectos como los siguientes: mecanismos de elección y representatividad de sus integrantes; equidad y proporcionalidad en los cargos para mujeres y hombres; funciones del Comité y de cada uno de sus integrantes; duración del nombramiento; monto de pago de dietas por reunión de trabajo, (solo líderes/as); mecanismos de transparencia en el proceso de toma de decisiones; entre otros. La institucionalización del Comité debe ser una prioridad para el FISDL de cara al fortalecimiento de los procesos de descentralización/desconcentración/delegación hacia las municipalidades.

### **6.3. Fortalecer las competencias técnicas de los integrantes del Comité Municipal de Coordinación**

El FISDL debe hacer un diagnóstico participativo de las necesidades de formación que tiene los integrantes del Comité Municipal de Coordinación, con la finalidad de fortalecer sus competencias técnicas para que desempeñen mejor las funciones que les han sido asignadas.

El diagnóstico participativo debería posibilitar diseñar un currículo de formación del cual se desprenda, no ejecutar acciones aisladas de capacitación, sino el desarrollo de un Diplomado más integral y completo que se pueda desarrollar durante el período que ellos se desempeñan en los cargos del Comité Municipal de Coordinación.

El Diplomado debería ejecutarse bajo una metodología de aprender – haciendo y enfocada en dejar competencias técnicas instaladas, en el municipio, de manera sostenible.

#### **6.4. Institucionalizar la ejecución de proyectos descentralizados de infraestructura física bajo la gestión de las comunidades**

La experiencia de PROCOMUNIDAD ha demostrado que las personas de las comunidades tienen la capacidad de llevar adelante el ciclo de proyectos con muy buenos Resultados en cantidad, calidad y tiempo.

Además, la experiencia de PROCOMUNIDAD ha evidenciado que existe una reducción significativa en los costos financieros finales de los proyectos, fomenta una mayor participación de la comunidad, da mayor participación y empoderamiento a las mujeres, se hace rendición de cuentas a la comunidad, se genera empleo local con equidad y dinamiza las economías locales.

La institucionalización de los proyectos que serán ejecutados por las comunidades, parte de una experiencia acumulada y documentada suficientemente dentro del FISDL; la cual puede ser ajustada, adecuada y mejorada para darle un mayor valor agregado. Su implementación dependerá de la viabilidad política que se construya con las altas autoridades de la institución.

#### **6.5. Reorganizar territorialmente el trabajo de los Asesores de Desarrollo Local y Asesores Municipales**

La experiencia en la ejecución del programa CSR ha demostrado que el Eje de Capital Humano y Gestión Territorial demanda de cantidad y calidad de tiempo, dado que los procesos para operativizar dichos ejes son permanentes mientras está funcionando el programa en los municipios. Si se mantiene la tendencia de mayor inversión en el Eje de Capital Humano, en el período 2014-2019, es de asumir que se incrementará aún más el trabajo en dicho eje.

En tal sentido, es urgente y prioritario hacer una reorganización territorial que en función de la magnitud del trabajo que demanden los municipios, en los Ejes de Capital Humano y Gestión Territorial, se pueda asignar a un Asesor de Desarrollo Local para dos o tres municipios cercanos geográficamente, como máximo.

Igualmente, en el caso del Eje de Servicios Básicos, según la naturaleza y complejidad de los proyectos de infraestructura física y valorando si la modalidad de ejecución de los mismos es centralizada o descentralizada, se podrá asignar a un Asesor Municipal para cuatro o cinco municipios cercanos geográficamente, dependiendo del momento de la aprobación de cada una de las carpetas técnicas de los proyectos.

Si la tendencia de inversión en los proyectos de infraestructura física es hacia la baja, en el período 2014-2019, el número de Asesores Municipales que tendrá que atender proyectos disminuirá en los municipios. Si se diere ese caso, se puede aprovechar la capacidad y experiencia de algunos Asesores Municipales y delegarlos para que coordinen, asesoren y monitoreen el trabajo el trabajo de otros Asesores de Desarrollo Local y Asesores Municipales que se encuentren trabajando en una región y microrregión, dentro de un mismo departamento, de acuerdo a la prioridad estratégica que tengan para el FISDL.

#### **6.6. Elaboración de plan de implementación**

Se debe elaborar un plan anual de implementación del programa que defina con claridad objetivos, metas e indicadores de cumplimiento (**Ver Anexo 3**), en cuya elaboración deben participar la Gerencia de Programas, Gerencia de Operaciones y Gerencia de Planificación.

#### **6.7. Elaboración de plan de monitoreo**

Se debe elaborar un plan de monitoreo anual de la implementación del programa, para realizar una retroalimentación a los niveles estratégicos del FISDL, que permita la toma de decisiones oportunas. Dicho plan debe ser elaborado por la Gerencia de Programas con el apoyo de la Gerencia de Planificación. Uno de los aspectos medulares del monitoreo no solo debe ser verificar el avance en el cumplimiento de la entrega de bienes y servicios, sino sobre todo el grado de satisfacción de las personas participantes en el programa.

### **6.8. Ampliar tiempos de ejecución del protocolo de capacitación.**

Dado que el protocolo de capacitación ha sido recientemente actualizado y que las temáticas abordadas son bastante amplias y enriquecedoras para la formación de la Madres Titulares, se sugiere que se haga un desglose de los contenidos de cada módulo, de tal manera que pueda ampliar el desarrollo de los mismos de 12 sesiones a 24 o 36 sesiones formativas, ello requerirá únicamente elaborar una hoja donde quede reflejada el nuevo desglose de temas de los módulos, con sus respectivos contenidos y tiempos de duración. Con ello se contribuiría a reducir la monotonía en los temas que se desarrollan, año con año, para aquellas Madres Titulares que permanecen más de uno o dos años en el programa.

### **6.9 Diseño de instrumento de evaluación de desempeño de realizadores y supervisores**

Desarrollar un instrumento de verificación o de evaluación de desempeño de los contratistas, donde estén establecidos indicadores de insumo, proceso, resultado e impacto. Una vez diseñado el instrumento de verificación, desarrollar una estrategia de trabajo en campo que posibilite medir la efectividad real del desempeño en cada una de las obras que se han ejecutado realizadores y supervisores. Sólo los realizadores y supervisores que logren un puntaje arriba del 85% podrán permanecer en el banco de contratistas.

### **6.10 Diseño de curso de formulación de carpetas técnicas.**

El FISDL debe diseñar y ejecutar anualmente, a través del Departamento de Ingeniería, un curso teórico – práctico sobre formulación de carpetas técnicas de proyectos de infraestructura física, según la tipología de proyectos que se van financiar. El curso debe servir para modelar a los formuladores, a través de una metodología de aprender haciendo, cómo se debe elaborar una carpeta técnica según los estándares de calidad establecidos por el FISDL. En dicho curso deben participar los formuladores que elaboran carpetas técnicas que son contratadas por las municipalidades. Deberá establecerse como requisito que el

Departamento de Ingeniería únicamente revisará y dará visado a carpetas técnicas de formuladores que hayan completado el 100% del curso.

#### **6.11. Adecuar capacitaciones y asistencias técnicas a las municipalidades, EI FISDL.**

El FISDL debe diseñar una estrategia de entrega de la oferta de capacitación y asistencia técnica a las municipalidades, a partir del mes de junio del año 1 de cada inicio de un gobierno municipal, para asegurar que dicha oferta sea pertinente y se ajuste a las necesidades que tienen los nuevos funcionarios municipales (alcaldes y alcaldesas y concejales que asumen por primera vez) de ser fortalecidos en el área de la gestión municipal y desarrollo local. Las capacitaciones y asistencias técnicas no deberían darse de forma simultánea, sino de manera progresiva. Por ejemplo, se podría iniciar con ciclo de proyecto, luego con planificación estratégica participativa, después con presupuesto participativo y por último con rendición de cuentas.

## Capítulo 7. Valoraciones generales del consultor sobre el desempeño global del programa CSR

- El programa CSR surge en el contexto de una crisis económica, la cual ha tenido un impacto fuerte en las finanzas del Gobierno de El Salvador. Sin embargo, es importante resaltar que aun con las limitaciones presupuestarias, el FISDL ha tenido recursos financieros disponibles por un monto total de US\$224167,324.76<sup>10</sup>, para el período 2009-2013, provenientes de diferentes fuentes de financiamiento nacional e internacional.

La distribución de los recursos financieros<sup>11</sup> ha sido la siguiente:

- a) Eje de Capital Humano: US\$121723,542.10 (54%)
- b) Eje de Capital Físico: US\$ 69753,850.26 (31%)
- c) Gestión Territorial: US\$ 30084,837.51 (13%)

Los montos antes indicados representan un incremento significativo destinado como inversión social a la implementación del programa, lo cual refleja la voluntad política y decisión estratégica de priorizar las políticas sociales. .

- En cuanto al diseño del programa CSR, es importante resaltar que no tiene un diseño original propio, sino que se ha construido a partir de un rediseño que se realizó al programa Red Solidaria, al cual se le incorporaron cambios sustanciales en los aspectos filosóficos, conceptuales, metodológicos y operativos, cuyo programa se vincula al nuevo Sistema de Protección Social Universal.

<sup>10</sup> Fuente: Base de desembolsos FISDL 2013.

<sup>11</sup> Idem.

Que el programa CSR sea un rediseño de un programa anterior, en sí mismo no es malo, al contrario, es una potencialidad, ya que reconoce las cosas buenas que se han hecho anteriormente y hace los ajustes necesarios para darle un valor agregado.

Quizás una de las debilidades más importantes, como parte del rediseño del programa, es que la elaboración del marco lógico y la planificación estratégica del FISDL (PEI) se comenzaron a realizar hasta el año 2011, casi dos años después de haber iniciado la implementación en campo.

Además, el programa no cuenta con planes operativos, ni de monitoreo anuales, que favorezcan la gerencia efectiva del mismo, limitando así la retroalimentación oportuna para la toma de decisiones, tan importantes para la mejora continua del programa.

Al carecer el programa de las herramientas técnicas de una planificación operativa anual y su respectivo plan de monitoreo, se carece de indicadores para medir su avance en el logro de Resultados que permitan verificar el nivel de eficiencia y eficacia del programa.

- En relación a la implementación del programa, hay que destacar que se ha respetado la priorización establecida en el Mapa de Pobreza y se ha logrado atender en el orden de prioridad los 32 municipios de extrema pobreza severa y los 68 municipios de extrema pobreza alta.

La ejecución de los Ejes del programa no se han logrado impulsar todos con la misma intensidad, los esfuerzos están concentrados en los Ejes de Capital Humano y Capital Físico y en menor proporción el Eje de Gestión Territorial. El Eje de Desarrollo productivo ha iniciado algunas acciones preliminares hasta en el año 2013.

Sin embargo, en la implementación del programa no se ha logrado realizar en su totalidad tal como se habían rediseñado, así por ejemplo, no se ha operativizado el Registro Único de Personas (RUP); el censo que se ha

estado levantando no ha llegado a todos los hogares del municipio; se ha retardado la contratación de las empresas consultoras del seguimiento familiar; se ha modificado el mecanismo y el tiempo de pago a las Madres Titulares; se ha disminuido el número de promotores de seguimiento familiar; hay tipologías de proyectos que se habían ofrecido a las municipalidades, que ahora ya no se financian, entre otros.

- Otro aspecto importante a destacar, es que se han identificado tres cuellos de botella, que están afectando la eficiencia y la eficacia de la implementación del programa: a) el proceso administrativo de selección y contratación de proveedores; b) los visados y aprobaciones de las carpetas técnicas de proyectos descentralizados; y, c) las liquidaciones de fondos de los proyectos descentralizados de parte de las municipalidades.
- Probablemente, lo que habría que analizar y evaluar, en el corto plazo, será la conveniencia de entregar el bono de educación, pero más focalizado en los niveles educativos de parvularia, tercer ciclo y educación básica, pero particularmente en aquellos municipios que las cifras oficiales del Ministerio de Educación reportan baja cobertura.
- La evaluación del desempeño realizada, en el presente informe, ha evidenciado que los Resultados alcanzados por el programa CSR en el período junio 2009 a diciembre 2013, se puede ponderar como un desempeño mediano.

Las razones por las cuales se afirma que el desempeño del programa es mediano, son las siguientes:

- a) La cobertura de familias que reciben el bono de educación y salud ha disminuido en un 29%, con respecto a las que iniciaron en el año 2009
- b) El monto total de la inversión destinada a proyectos de infraestructura social básica y estratégica ha disminuido en un 26%, con relación al año 2009.

- c) La cobertura de acceso/acometidas de electrificación rural y agua potable y saneamiento básico, no ha superado el 10% de incremento en los últimos 4 años (2010-2013)
- d) Los proyectos de infraestructura física en el área de salud, agua potable y electrificación rural, han tenido una disminución significativa en más del 50% en los últimos tres años (2011-2012).

Los Resultados derivados de la evaluación del desempeño permiten afirmar que la contribución del programa al cumplimiento del Propósito y Fin del mismo, no se podrán evidenciar cuantitativamente, dado que existe una carencia de indicadores institucionales para medir la reducción de la pobreza, la desigualdad y exclusión social y la mejora de las condiciones de calidad de las personas.

No obstante lo antes indicado, la percepción cualitativa de funcionarios del FISDL, Autoridades y Funcionarios Municipales, Líderes/as Comunitarios y Madres Titulares es que los bonos han contribuido a mejorar los ingresos económicos de las familias participantes, ha dinamizado las economías locales; y que la infraestructura física, ha contribuido a mejorar las condiciones de vida de la población.

- En términos generales, se puede afirmar que las personas participantes del programa que están recibiendo los bienes y servicios, están satisfechas con el programa, por las mejoras que han comenzado a percibir en sus hogares, comunidades y municipio.
- La experiencia del FISDL en la implementación de Comunidades Solidarias Rurales (2009-2013), ha demostrado que trabajar por los pobres y mejorar sus condiciones y calidad de vida, debe ser una visión de nación en la cual pueden participar y contribuir todos los salvadoreños, sin ningún tipo de exclusión por razones políticas, religiosas o culturales. Que se puede transitar de políticas públicas de gobierno, a políticas de Estado.

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### NUMERO DE PERSONAS CLAVES DE LAS MUNICIPALIDADES QUE PARTICIPARON EN ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD Y GRUPOS FOCALES

MUNICIPIO	ENTREVISTA	GRUPO FOCAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL DE PARTICIPANTES
Caluco (Sonsonate)	Concejales		1	3	4
		Usuaris del programa		10	10
		Comité Municipal de Coordinación	6	4	10
Concepción Quezaltepeque (Chalatenango)	Alcalde		1		1
		Usuaris del Programa		10	10
		Comité Municipal de Coordinación	5	5	10
San Esteban Catarina	Alcalde/Concejales		1	2	3
		Usuaris del programa		10	10
		Comité Municipal de Coordinación	7	3	10
Chiltiupán			0	0	0
Cacaopera	Alcalde		1	0	1
		Usuaris del programa		10	10
		Comité Municipal de Coordinación	6	4	10
			<b>28</b>	<b>61</b>	<b>89</b>

## ANEXO 2

## NUMERO DE PERSONAS CLAVES DEL FISDL QUE PARTICIPARON EN ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD Y GRUPOS FOCALES

MUNICIPIO	ENTREVISTA	GRUPO FOCAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL DE PARTICIPANTES
Coordinadora del Programa	X			1	1
Gerente de Programas	X			1	1
Gerente de Operaciones	X		1		1
Gerente Financiero	X		1		1
Jefes de Zona	X		4	1	5
Asesores Municipales		X	8	2	10
Asesores de Desarrollo Local		X	2	8	10
			<b>16</b>	<b>13</b>	<b>29</b>

- **ANEXO 3. PROPUESTA DE INDICADORES DE PROCESO**

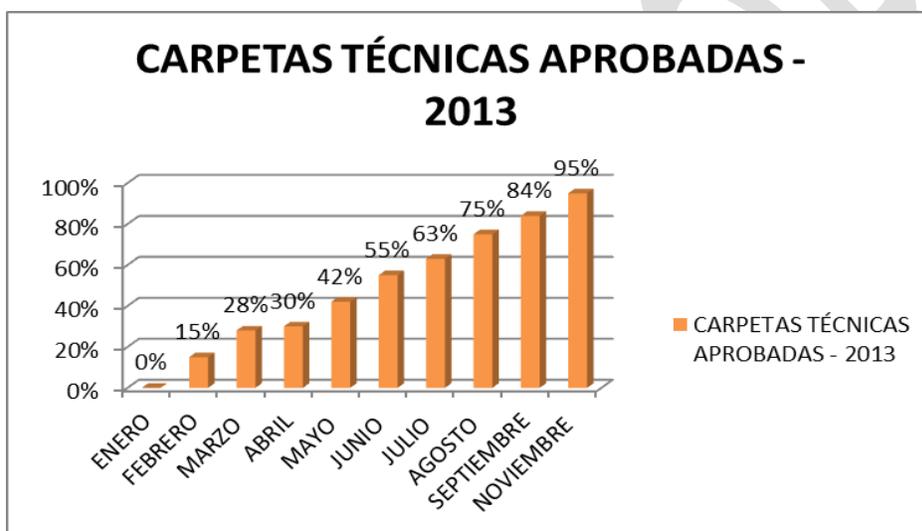
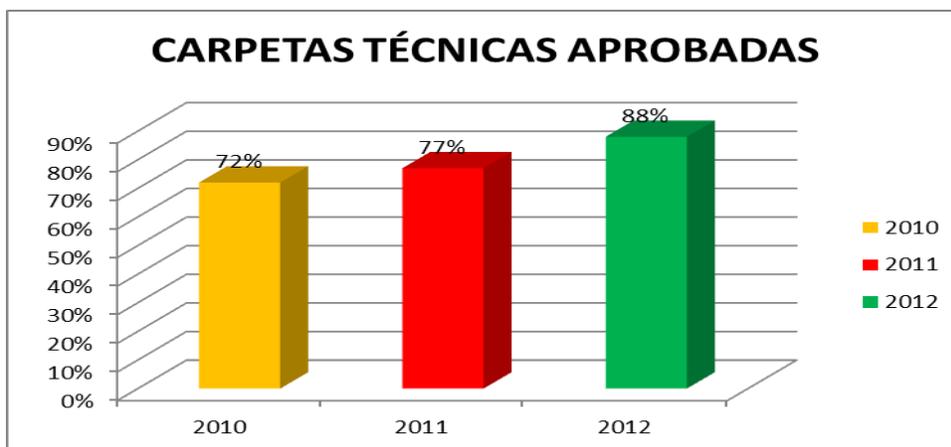
**INDICADOR 1:**

1. **Nombre del Indicador:** Porcentaje de carpetas técnicas de proyectos de infraestructura social básica y estratégica aprobadas mensualmente
2. **Definición:** Se refiere a las carpetas técnicas de proyectos de infraestructura social básica y estratégica que son presentadas por las municipalidades, en condición de pobreza extrema severa y alta, al FISDL para su revisión y aprobación.

3. **Método de cálculo:**

$$\frac{\text{Número de carpetas aprobadas}}{\text{Número de carpetas presentadas}} \times 100 =$$

4. **Unidad de medida:** Carpeta técnica
5. **Meta:** aprobar a diciembre de cada año fiscal el 90% de carpetas técnicas presentadas, de los fondos disponibles de las diferentes fuentes de financiamiento.
6. **Avance:** se indicarán dos tipos de avances:
  - a) El avance logrado en años anteriores.
  - b) El avance logrado mensualmente.
  - c) **Gráfica:** Se utilizará una gráfica de columnas para indicar los avances de años anteriores y el año de ejecución.

**INDICADOR 2:**

Nombre: Porcentaje de madres titulares activas en el programa

**INDICADOR 3:**

Nombre: Porcentaje de madres titulares que participan en procesos de capacitación

**INDICADOR 4:**

Nombre: Porcentaje de adultos mayores activos en el programa

**INDICADOR 5:**

Nombre: Porcentaje de ejecución presupuestaria por Ejes

- **PROPUESTA DE INDICADORES DE RESULTADOS**

**INDICADOR 1:**

Nombre: Porcentaje de niños/as matriculados, en cinco años, en centros educativos del Ministerio de Educación que han recibido bono de educación.

**INDICADOR 2:**

Nombre: Porcentaje de niños/as atendidos, en cinco años, en unidades de salud o por medio de ECOS del Ministerio de Salud que han recibido bono de salud.

**INDICADOR 3:**

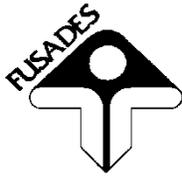
Nombre: Porcentaje de personas adultas, en cinco años, que han recibido Pensión Básica Universal.

**INDICADOR 4:**

Porcentaje de proyectos de infraestructura social ejecutados centralizadamente, en cinco años.

**INDICADOR 5:**

Porcentaje de proyectos de infraestructura social básica ejecutados, descentralizadamente, en cinco años.



**“EVALUACIÓN EXTERNA DEL PROGRAMA RED  
SOLIDARIA”**

**INFORME DE SOSTENIBILIDAD DEL PROGRAMA**

**Preparado por**

**INTERNATIONAL FOOD POLICY RESEARCH INSTITUTE**

**Y**

**FUNDACIÓN SALVADOREÑA PARA EL DESARROLLO  
ECONÓMICO Y SOCIAL**

**Presentado al  
Fondo de Inversión Social para el Desarrollo Local**

18 de noviembre de 2010



**FINANCIAMIENTO: FOSEP**

# INFORME DE SOSTENIBILIDAD DEL PROGRAMA

Alan de Brauw, Michelle Adato, Amber Peterman, Margarita Beneke de Sanfeliú, Mauricio Shi, Helga Cuéllar-Marchelli, Terence Roopnaraine, Rafael Pleitez, Lissette Calderón, y Elisabeth Becker.\*

---

\* Queremos agradecer a Dan Gilligan y Marie Ruel por sus contribuciones y sugerencias en informes anteriores.

Extendemos nuestros agradecimientos a las siguientes personas por sus contribuciones importantes al trabajo de campo y oficina de las encuestas cuantitativas: César Villatoro Canales, Rodrigo Lemus, Jorge Salazar, Rudy Paniagua, Héctor Ramos Piche, Oscar Arturo Vargas, David Francisco Anaya, Roberto Javier López, Donny Alejandro Rodríguez, Eduardo José Flores, Marco Antonio Guardado, Alexis Murphy, Dolores Polanco, Delmy Gutiérrez de Ríos; así como al equipo de encuestadores y nutricionistas; al equipo de programadores conformado por: Adolfo Miranda Ramírez, Luis de la O, Noé Quintana, así como a sus colaboradores en la digitación de encuestas.

También agradecemos a las personas siguientes por su importante contribución al trabajo de campo y análisis para la evaluación cualitativa: Oscar Morales, Patricia Ríos, Rodrigo Lemus, Gladys Meléndez, Tania Meza, Liza Vielman, José Flores, María Tomasa Tejada, Deanna Olney y Zhenya Karelina.

Agradecemos el apoyo de la señora Patricia de Jule en la gestión administrativa y el de la señora Yolanda Cabrera de González en la revisión y edición de textos.

Agradecemos a los funcionarios de la Secretaría Técnica de la Presidencia, FOSEP, FISDL, ministerios y otras instituciones gubernamentales por su apoyo en la realización de esta investigación; al personal de las ONG de acompañamiento familiar, al personal de Salud y Educación en las localidades de estudio, así como a los beneficiarios del programa, por su cooperación.

## ÍNDICE

SIGLAS .....	1
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Antecedentes .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1.1. Justificación de un programa focalizado de subsidios a hogares rurales..</b>	<b>1</b>
<b>1.1.2. Descripción general del programa .....</b>	<b>3</b>
<b>1.2. Objetivos de la evaluación .....</b>	<b>4</b>
<b>1.3. Indicadores principales e impactos esperados .....</b>	<b>7</b>
<b>1.4. Cambios en el programa que son relevantes para esta evaluación.....</b>	<b>8</b>
<b>1.5. Componentes de la evaluación .....</b>	<b>8</b>
<b>1.5.1. Evaluación cuantitativa.....</b>	<b>9</b>
<b>1.5.2. Evaluación cualitativa .....</b>	<b>9</b>
<b>1.6. Productos de la evaluación .....</b>	<b>9</b>
<b>1.7. Estructura de este informe.....</b>	<b>11</b>
<b>2. METODOLOGÍA.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1. Metodología para la investigación cuantitativa .....</b>	<b>14</b>
<b>2.1.1. Metodología para el análisis de impacto.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1.2. Implementando DDR usando las encuestas de la evaluación de CSR .....</b>	<b>18</b>
<b>2.1.3. Estimando los impactos complementarios de los servicios básicos.....</b>	<b>22</b>
<b>2.2. Metodología para la investigación cualitativa .....</b>	<b>22</b>
<b>2.2.1. Motivación para la investigación cualitativa .....</b>	<b>22</b>
<b>2.2.2. Temas de investigación y proceso para definir preguntas clave .....</b>	<b>23</b>
<b>2.2.3. Métodos utilizados para la investigación cualitativa.....</b>	<b>25</b>
<b>2.2.4. Manejo de datos y análisis .....</b>	<b>28</b>
<b>3. OBJETIVO 1: EVALUAR LA FOCALIZACIÓN DE CSR .....</b>	<b>30</b>
<b>3.1. Focalización en Comunidades Solidarias Rurales.....</b>	<b>30</b>
<b>3.2. ¿Cuán efectivo es el mecanismo utilizado para seleccionar a los beneficiarios de las TMC? (Preg. 2 de TDR) .....</b>	<b>31</b>
<b>3.2.1. Resultados para las áreas rurales .....</b>	<b>32</b>
<b>3.2.2. Resultados para las áreas urbanas.....</b>	<b>33</b>
<b>3.2.3. Índice Coady-Grosh-Hoddinott .....</b>	<b>34</b>
<b>3.3. ¿Minimiza el mecanismo de focalización los errores de inclusión (fugas) y exclusión (subcobertura)?.....</b>	<b>37</b>

3.4. ¿Se han generado errores de exclusión adicionales, limitando el ingreso al programa de nuevos beneficiarios?.....	39
<b>4. OBJETIVO 2: EVALUAR LA EFICIENCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA</b> .....	<b>43</b>
4.1. ¿Qué tan bien está siendo implementado y operando el programa? .....	43
4.1.1. Requisitos para selección de beneficiarios para recibir las TMC .....	43
4.1.2. Seguimiento institucional: ONG de acompañamiento familiar y promotores .....	46
4.1.3. Seguimiento a cumplimiento de corresponsabilidades .....	49
4.1.4 Cambios administrativos y cambios institucionales acogidos por las ONG	51
4.1.5. Día de pago y el uso del cajero automático .....	52
4.1.6. Corresponsabilidades y descuentos.....	55
4.1.7. Comité Comunitario.....	58
4.1.8. Comité Municipal de Coordinación.....	60
4.1.9. Uso del bono .....	61
4.1.10. Resumen .....	64
4.2. ¿Cuál es la cobertura de las diferentes intervenciones? .....	65
4.2.1. Capacitaciones .....	66
4.2.2. Participación en PAEBA.....	68
4.2.3. Extensión de cobertura de salud .....	68
4.2.4. Agua .....	71
4.2.5. Saneamiento .....	73
4.2.6. Electricidad .....	75
4.2.7. Caminos rurales.....	76
4.2.8. Resumen .....	77
4.3. ¿Qué tan buena es la calidad de los servicios en las escuelas, establecimientos de salud y del programa de extensión de servicios de salud? .....	79
4.3.1. Calidad de los servicios educativos .....	79
4.3.2. Calidad de los servicios de salud .....	84
4.3.3. Resumen .....	93
4.4. ¿Cuáles son las percepciones de los beneficiarios y de los implementadores del programa acerca de la entrega y calidad de los servicios? .....	94
4.4.1 Servicios educativos.....	94
4.4.2. Servicios de salud.....	99
4.4.3 Resumen .....	104

<b>5. OBJETIVO 3: EVALUAR LOS IMPACTOS DE LAS TRANSFERENCIAS MONETARIAS CONDICIONADAS (RESULTADOS CUANTITATIVOS)</b> .....	105
<b>5.1. Impactos en educación y la utilización de servicios de educación</b> .....	105
5.1.1. Evolución de la tasa de repetición de primer grado .....	105
5.1.2. Evolución en la tasa de matrícula en niños entre 7 y 12 años de edad .....	108
5.1.3. Estimación de impactos en los indicadores principales de educación .....	110
<b>5.2. Impactos en la salud y la utilización de servicios de salud</b> .....	112
5.2.1. Evolución de la prevalencia de diarrea entre niños menores de 5 años de edad .....	112
5.2.2. Evolución de la proporción de mujeres embarazadas que reciben controles prenatales .....	114
5.2.3. Evolución de la proporción de partos atendidos por personal calificado .....	115
5.2.4. Evolución de la cobertura de controles de crecimiento en niños menores de 1 año .....	116
5.2.5. Evolución de la cobertura con la vacuna SPR en niños de 12 a 23 meses de edad .....	118
5.2.6. Estimación de impactos en los indicadores principales de salud .....	121
<b>5.3. Impactos en la nutrición</b> .....	124
5.3.1. Evolución de la prevalencia de bajo peso y de los puntajes Z de peso para edad .....	124
5.3.2. Evolución de la prevalencia de retardo en talla y de los puntajes Z de talla para edad .....	127
5.3.3. Impactos en los indicadores de nutrición .....	131
<b>5.4. Impactos en el ingreso</b> .....	132
5.4.1. Evolución de indicadores de ingreso .....	133
5.4.2. Evolución de indicadores de pobreza y desigualdad .....	135
5.4.3. Impactos en los indicadores de ingreso .....	137
<b>5.5. Consideraciones adicionales</b> .....	139
<b>6. OBJETIVO TRES: EVALUACIÓN DE IMPACTO DEL PROGRAMA</b> .....	140
(CONTINUACIÓN) .....	140
<b>6.1. ¿Cuál es el impacto de los diferentes paquetes de intervención en los resultados?</b> .....	140
6.1.1. Impactos en la educación .....	140
6.1.2. Impactos en la salud .....	142
6.1.3. Impactos en la nutrición .....	144
6.1.4. Impactos en el ingreso .....	145

6.1.5. Resumen .....	145
6.2. ¿Tienen algunas combinaciones de estas intervenciones un mayor impacto que otras en esos resultados? .....	146
6.3. Mejorar la oferta ¿resulta en un mayor impacto que solamente proporcionar incentivos del lado de la demanda? .....	148
6.4. ¿Aumentan los impactos al llevar directamente a los hogares los servicios básicos de salud (extensión de servicios de salud)? .....	150
6.5. ¿Se producen cambios en la diversificación de las fuentes de ingresos de los hogares, hacia actividades más rentables y sostenibles y en la forma en que manejan el riesgo ante situaciones adversas? .....	152
6.5.1. Cambios en la composición y fuentes de ingreso .....	153
6.5.2. Varianza en el ingreso, por tipo de fuente.....	154
6.5.3. Ingreso y situaciones adversas.....	156
6.5.4. Resumen .....	158
6.6. ¿Aumenta la participación de los hogares en temas comunitarios y sociales? .....	158
6.6.1 Participación de la mujer.....	158
6.6.2 La participación en organizaciones relacionadas con la escuela y relación entre los padres y maestros.....	159
6.6.3 Participación en organizaciones, en general .....	159
6.6.4. Resumen .....	160
6.7. Consideraciones finales .....	161
<b>7. OBJETIVO 4: EVALUAR LA SOSTENIBILIDAD DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>162</b>
7.1. ¿Se mantiene el impacto del programa – más allá de la duración de las TMC? .....	162
7.1.1. Consideraciones iniciales .....	162
7.1.2 Prevalencia de diarrea.....	164
7.1.3. Proporción de embarazadas que reciben el número apropiado de controles prenatales .....	167
7.1.4. Proporción de partos atendidos por personal calificado .....	168
7.1.5. Proporción de niños menores de un año que reciben el número apropiado de controles de crecimiento y desarrollo .....	168
7.1.6. Otros indicadores relacionados con la utilización de servicios de salud ..	169
<i>Cobertura con vacuna SPR en niños de 12 a 23 meses</i> .....	169
7.1.7. Indicadores de nutrición .....	172
7.1.8. Tasa de matrícula de niños de 6 a 12 años de edad .....	172
7.1.9. Resumen .....	173

7.2. ¿Se mantienen los impactos en el bienestar familiar cuando el programa sale de las comunidades? (Preg. 9 de TDR).....	173
7.3. El programa ¿ha modificado efectivamente la actitud y comportamiento de las personas hacia el uso de servicios de salud y de las escuelas para sus hijos? .....	175
7.3.1. Educación .....	175
7.3.2. Salud .....	177
7.3.3. Empoderamiento de las mujeres .....	178
7.4. ¿Se mantendrán las intervenciones del lado de la oferta (es decir, infraestructura fortalecida, proveer la escuela y servicios de salud) después de que termine el Programa?.....	178
<b>8. RESUMEN DE LOS HALLAZGOS PRINCIPALES .....</b>	<b>181</b>
8.1. Objetivo uno. Evaluación de la focalización de CSR.....	181
8.2. Objetivo dos: Evaluar la eficiencia de la implementación del Programa .....	182
8.2.1. Intervenciones del Eje 1 .....	183
8.2.2. Intervenciones del Eje 2 .....	186
8.3. Objetivo tres. Evaluar el impacto del Programa .....	190
8.3.1. Impacto en los indicadores de educación .....	191
8.3.2. Impactos en los indicadores de salud materna .....	193
8.3.3. Indicadores de impacto en los indicadores de salud infantil .....	194
8.3.4. Impactos en los indicadores de nutrición infantil.....	196
8.3.6. Efectos en la participación ciudadana y el empoderamiento de la mujer .	200
8.4. Objetivo cuatro. Evaluar la sostenibilidad de los resultados .....	200
<b>9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>201</b>
9.1. Conclusiones.....	201
9.1.1. Focalización.....	201
9.1.2. Implementación .....	201
9.1.3. Impactos .....	202
9.1.4. Sostenibilidad .....	203
9.2. Recomendaciones principales.....	204
9.2.1. Recomendaciones principales.....	204
9.2.2. Otras recomendaciones .....	205
<b>10. REFERENCIAS .....</b>	<b>212</b>
<b>ANEXO A. CALIDAD DE LOS DATOS ADMINISTRATIVOS .....</b>	<b>219</b>
<b>ANEXO B. DETALLE SOBRE LAS ENCUESTAS DE EVALUACIÓN DE IMPACTO.....</b>	<b>225</b>
<b>B.1 Diseño muestral.....</b>	<b>225</b>

<b>B.2. Estrategia para la obtención de una línea de base</b> .....	233
<b>B.3. Cuestionarios</b> .....	233
<b>B.4. Trabajo de campo</b> .....	234
<b>B.5. Descripción de las muestras efectivas</b> .....	234
<b>B.6. Detalles del trabajo de campo de la cuarta encuesta</b> .....	236
<b>B.6.1 Organización del personal</b> .....	236
<b>B.6.2 Preparación para el trabajo de campo</b> .....	240
<b>B.6.3 Capacitación de coordinadores y supervisores</b> .....	240
<b>B.6.4 Selección y contratación de personal de campo (enumeradores)</b> .....	240
<b>B.6.5 Programas de captura y verificación de la información</b> .....	241
<b>B.6.6 Capacitación del personal de campo</b> .....	243
<b>B.6.7. Sistema de supervisión y control de calidad</b> .....	245
<b>B.6.8 Manejo de la información</b> .....	245
<b>B.6.9. Aspectos formales y protocolarios</b> .....	246
<b>B.6.10. Situaciones relacionadas con el trabajo de campo</b> .....	246
<b>B.6.11 Muestra efectiva</b> .....	247
<b>B.6.12. Estadísticas básicas sobre hogares</b> .....	249
<b>C.1. Selección de sitios</b> .....	250
<b>C.2. Selección de hogares</b> .....	251
<b>C.3. Resumen de entrevistas, grupos focales y observaciones estructuradas realizadas</b> .....	251
<b>ANEXO D. PROGRESO EN OTROS INDICADORES DE INTERÉS</b> .....	254
<b>D.1. Otros indicadores relacionados con la educación</b> .....	254
<b>D.1.1. Tasa de matrícula de niños de 4 a 6 años</b> .....	254
<b>D.1.2. Matrícula neta de niños de 6 a 14 años de edad</b> .....	255
<b>D.1.3. Tasa de matrícula de niños de 7 a 15 años</b> .....	255
<b>D.1.4. Proporción de niñas en la matrícula total</b> .....	256
Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES.....	256
<b>D.1.5. Escolaridad promedio de niños de 6 a 14 años</b> .....	256
<b>D.1.6. Tasas de alfabetización</b> .....	257
<b>D.1.7. Tasa de repetición del quinto grado</b> .....	258
<b>D.1.8. Tiempo que toma llegar a la escuela</b> .....	259
<b>D.2. Otros indicadores de salud</b> .....	259
<b>D.2.1. Mortalidad</b> .....	259
Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES.....	260

<b>D.2.2. Controles posnatales</b> .....	260
<b>D.2.4. Uso de suplementos nutricionales (vitamina A, hierro y cinc) y desparasitantes</b> .....	261
<b>D.2.6. Conocimiento sobre la prevención del dengue</b> .....	263
<b>E.1. Otros indicadores de educación</b> .....	266
<b>E.1.1. Impactos en la tasa de matrícula en niños más pequeños</b> .....	266
<b>E.1.2 ¿Hay alguna indicación de impactos en la tasa de matrícula más allá de la escuela primaria?</b> .....	268
<b>E.1.3. Resultados de la Paesita</b> .....	270
<b>E.2. Otros indicadores de salud materna</b> .....	273
<b>E.2.1. Consideraciones iniciales</b> .....	273
<b>E.2.2 Proporción de partos que son atendidos en hospitales</b> .....	274
<b>E.2.3. Controles posnatales</b> .....	276
<b>E.2.4. Tamizaje de cáncer cervical</b> .....	277
<b>E.3. Impactos en la prevalencia de trabajo infantil</b> .....	280
<b>E.3.1 Consideraciones iniciales</b> .....	280
<b>E.3.2. Estimaciones de impacto en la prevalencia de trabajo infantil</b> .....	281
<b>E.3.3. Impacto en la proporción de niños para quienes el trabajo doméstico es su actividad principal</b> .....	282
<b>E.3.4. Impacto en la proporción de niños para quienes el estudio es su actividad principal</b> .....	284
<b>E.3.5 Resumen</b> .....	286
<b>ANEXO F. GLOSARIO</b> .....	287
<b>ANEXO G. CUESTIONARIOS, CARTAS Y OTROS DOCUMENTOS UTILIZADOS PARA LA CUARTA RONDA DE ENCUESTAS</b> .....	293

## SIGLAS

ACE	Asociación Comunal para la Educación
ADESCO	Asociación de Desarrollo Comunal
AIEPI	Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia
AIN-C	Atención Integral a la Niñez en la Comunidad
ANDA	Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados
CALMA	Centro de Apoyo a la Lactancia Materna
ASAPROSAR	Asociación Salvadoreña Pro-Salud Rural
CC	Comité Comunitario
CDE	Consejo Directivo Escolar
CERS	Comisión de Evaluación de <i>Red Solidaria</i>
CMC	Comité Municipal de Coordinación
CRS	<i>Comunidades Solidarias Rurales</i>
CGH	Índice Coady-Grosh-Hoddinott
DDR	Diseño de discontinuidad en la regresión
DEES	Departamento de Estudios Económicos y Sociales
DED	Diferencias en Diferencias
DIGESTYC	Dirección General de Estadística y Censos
ECOS Familiar	Equipo Comunitario de Salud Familiar
EDUCO	Educación con Participación de la Comunidad
EHPM	Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples
FESAL	Encuesta Nacional de Salud Familiar
FISDL	Fondo de Inversión Social para el Desarrollo Local
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
FOSALUD	Fondo Solidario para la Salud
FUNDAMUNI	Fundación de Apoyo a Municipios de El Salvador

---

FUNDEMUN	Fundación Salvadoreña para el Desarrollo de la Mujer y el Niño
FUSADES	Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social
FUSAL	Fundación Salvadoreña para la Salud y el Desarrollo Humano
GPE	Grupo de pobreza extrema
IFPRI	Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias (por sus siglas en inglés)
IIMM	Índice Integrado de Marginalidad Municipal
INCAP	Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (por sus siglas en inglés)
LSMS	Estudio de Medición de Estándares de Vida (por sus siglas en inglés)
MCO	Mínimos cuadrados ordinarios
MINED	Ministerio de Educación
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organismo no gubernamental
PAEBA	Programa de Alfabetización y Educación Básica de Adultos
PE-A	Pobreza Extrema Alta
PE-S	Pobreza Extrema Severa
PE-Z	Puntaje Z para peso para edad
PMT	Modelo de variables próximas, por sus siglas en inglés
PT-Z	Puntaje Z para peso para talla
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PROGRESA	Programa de Educación, Salud y Alimentación
PSM	Propensity Score Matching
RHESSA	Reconstrucción de Hospitales por Emergencia de los Terremotos y Extensión de los Servicios de Salud
RLL	Regresión lineal local
RPS	Red de Protección Social
SB	Servicios básicos (se refiere a las intervenciones en agua y saneamiento básico)

---

SERAPHIN	Fundación Seraphim El Salvador
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SOMOS	Consultores Locales para el Desarrollo Educativo, SOMOS S.A. de C.V.
SPR	Sarampión, paperas y rubeola
TBM	Tasa Bruta de Matrícula
TDR	Términos de Referencia
TE-Z	Puntaje Z de talla para edad
TMC	Transferencias Monetarias Condicionadas
TNM	Tasa Neta de Matrícula
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
VPH	Virus del papiloma humano genital

---

# 1. INTRODUCCIÓN

Este documento resume los hallazgos principales de la Evaluación Externa del Programa *Comunidades Solidarias Rurales* (antes Red Solidaria), proceso que tuvo una duración de 40 meses a partir de agosto de 2007. El foco principal de la evaluación fue la determinación de los impactos del programa, principalmente de las transferencias monetarias condicionadas y el acceso a servicios sociales básicos, particularmente en indicadores de educación y salud. En general, el estudio abarcó la evaluación de cuatro áreas principales: la focalización, le implementación, los impactos y la sostenibilidad del Programa. Los resultados que se presentan son el producto de la aplicación rigurosa de una combinación de metodologías cuantitativas y cualitativas.

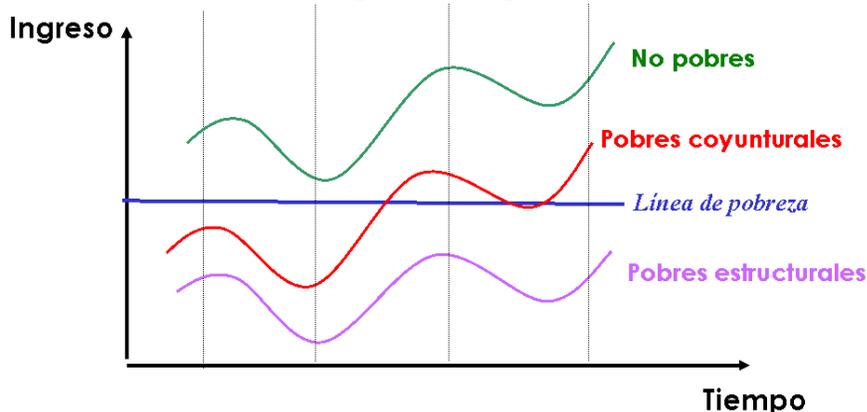
## 1.1. Antecedentes

### 1.1.1. Justificación de un programa focalizado de subsidios a hogares rurales

El Salvador logró una reducción importante en la incidencia de pobreza de ingreso de 1992 a 2003: el porcentaje de personas pobres descendió del 65% en 1992 al 42% en 2003, debido especialmente a la reducción de la pobreza urbana. Por su parte, el porcentaje de pobres extremos disminuyó del 32% en 1992 al 17% en 2003, sin embargo, entre 2003 y 2005 ese porcentaje varió poco, siendo de 16% en 2005. Es importante destacar que la incidencia de la pobreza extrema es mucho mayor en las áreas rurales que en las urbanas (22% y 12%, respectivamente, en 2005). En definitiva, estos datos muestran que a pesar de los avances en la reducción de la pobreza de ingreso, El Salvador enfrenta tasas de pobreza extrema altas en las áreas rurales y que entre 2003 y 2005 no hubo mayor progreso en su reducción, lo que en parte justificó una acción focalizada sobre este problema.

Por otro lado, la pobreza es una realidad multidimensional, que no se reduce a la privación económica medida por un indicador de ingreso monetario. Una importante dimensión de la pobreza es la de vulnerabilidad y de exposición a riesgos, la cual subraya que tiene un carácter dinámico (Beneke de Sanfeliú, 2004). Utilizando la base de datos del panel de familias rurales salvadoreñas construida por FUSADES entre 1995 y 2001, la cual permite conocer la dinámica del ingreso de los hogares, se encontró que los ingresos rurales presentan un alto grado de volatilidad (Beneke de Sanfeliú y Shi, 2004). La gráfica No. 1.1 presenta una esquematización del comportamiento del ingreso rural, en donde a los hogares que en algunos años pudieron generar suficientes ingresos para estar arriba de la línea de pobreza, pero en otros años no, se les denomina pobres coyunturales. En el análisis del panel de hogares se identificó a un grupo importante que se están quedando rezagados, a los que se ha llamado pobres estructurales, los que permanecen pobres a través del tiempo. Este grupo presenta desventajas en los factores que influyen más en la generación de ingresos, por ejemplo tienen menores niveles de escolaridad, viven más lejos de las carreteras, dependen más de salarios agropecuarios y del cultivo de granos básicos.

**Gráfica 1.1. Dinámica del ingreso rural, panel de familias**



Fuente: FUSADES/DEES. Informe de Desarrollo Económico y Social 2004.

Las carencias en las áreas de la educación y la salud son dimensiones de la pobreza que contribuyen a perpetuar su transmisión de generación a generación. Los niveles de escolaridad son bajos en las áreas rurales, y aún más bajos entre personas en pobreza, especialmente la extrema. El sistema educativo debe hacer esfuerzos para aumentar la cobertura y eficiencia para atender efectivamente a esta población. Para mejorar la eficiencia se requiere reducir las tasas de deserción y repetencia; en 2001, uno de cada tres niños que entraron al primer grado en el área rural no logró pasar a segundo grado<sup>1</sup>. También se necesita reducir los factores que limitan el acceso a la educación. En las áreas rurales, las principales razones de la inasistencia están asociadas con el costo directo e indirecto de asistir a la escuela (Argüello de Morera, 2004). En estos casos son útiles los subsidios focalizados, como las transferencias condicionadas a la asistencia a la escuela, bajo el supuesto que esa cantidad de dinero representa el costo de oportunidad del hogar de enviar a los niños a la escuela (Lardé de Palomo y Rivera Campos, 2002).

Con respecto a la salud, los niveles de desnutrición de los niños en las áreas rurales son altos; por ejemplo, en 2003 aproximadamente uno de cada cuatro niños de 3 a 59 meses presentaba retardo en crecimiento (FESAL 2002/2003).

Dada la importancia que tiene el capital humano para ampliar las oportunidades en la generación de ingresos, los datos descritos en los párrafos anteriores evidencian que se requiere de un esfuerzo deliberado que priorice el acceso de servicios de salud y educación a las familias en estado de pobreza extrema, lo que podría contribuir a romper el ciclo vicioso de la pobreza que persiste generación tras generación<sup>2</sup>.

El 7 de marzo de 2005, el gobierno de El Salvador presentó el Programa Social de Atención a las Familias en Extrema Pobreza, conocido como Red Solidaria, con el objetivo principal de atender las necesidades de la población más pobre del país. A partir de junio de 2009, tras la llegada del nuevo

<sup>1</sup> Ver “El sistema educativo: algunos indicadores de su cobertura y eficiencia” en FUSADES/DEES, *Informe Trimestral de Coyuntura*, abril-junio 2004.

<sup>2</sup> James T. Morris, Director Ejecutivo del Programa Mundial de Alimentos de Naciones Unidas afirma que el ciclo de malnutrición materno-infantil es una de las principales causas por las que la pobreza persiste generación tras generación (La Prensa Gráfica, sábado 16 de abril 2005, pág. 41).

gobierno, *Red Solidaria* cambió de nombre a *Comunidades Solidarias Rurales (CSR)*. Por esa razón, en este documento se hará referencia al programa por su nuevo nombre, aun cuando se trate de información o acontecimientos anteriores a junio de 2009, excepto cuando se reportan citas textuales expresadas por alguna persona entrevistada.

### **1.1.2. Descripción general del programa**

Aunque comparte algunas similitudes importantes con otros programas de Transferencias Monetarias Condicionadas (TMC), *CSR* es diferente a otros programas de TMC en otros países, pues busca potenciar la demanda de las familias para los servicios de salud y educación, a través de intervenciones del lado de la oferta en la provisión de servicios de educación y salud y de infraestructura básica.

El Programa contempla una mezcla de intervenciones para cerrar la brecha entre la demanda y la oferta de servicios básicos especialmente en educación, salud y nutrición. La demanda de estos servicios busca ser estimulada mediante transferencias monetarias condicionadas (bonos en salud-nutrición y/o educación) a las madres, a cambio del cumplimiento de un protocolo de corresponsabilidades por parte de los miembros de la familia. Los bonos o incentivos a la demanda son acompañados por inversiones tendientes a fortalecer la calidad y cobertura de la oferta de servicios esenciales de atención primaria de salud materno-infantil, el fortalecimiento de la oferta educativa en preescolar y primaria, la extensión de los servicios básicos de agua y saneamiento, electrificación y conectividad.

Específicamente, el Programa contiene tres ejes de intervención:

- (1) *Red Solidaria a la Familia*, que son acciones focalizadas a las familias que viven en condiciones de extrema pobreza en municipios priorizados e incluye transferencias monetarias condicionadas (TMC) a la madre del hogar, capacitaciones y corresponsabilidades. Los hogares con niños menores de 5 años o con mujeres embarazadas reciben bonos de salud, y los hogares con niños que no han completado sexto grado reciben bonos de educación. Los hogares que tienen niños en ambas categorías demográficas son elegibles para recibir una transferencia un poco mayor (\$20 al mes) que los hogares con niños en solo una categoría (\$15 al mes). El monto de las transferencias es por hogar, sin importar el número de niños que posean.
- (2) Red de Servicios Básicos, que busca fortalecer la oferta de servicios básicos en educación, salud y nutrición, asimismo, incluye un componente fuerte de infraestructura y compromiso de dotar de servicios de alumbrado, agua y saneamiento básico al 100% de las escuelas y establecimientos de salud (unidades de salud, establecimientos de salud de primer nivel de atención, hospitales); y
- (3) Red de Sostenibilidad a la Familia, en el que se ha considerado inicialmente a los proyectos productivos y al microcrédito como herramientas clave para apoyar a los pequeños agricultores a diversificar sus fuentes de ingreso y aumentar la productividad, así como la gestión ambiental.

En términos generales, las intervenciones planteadas por el Programa caen en una de dos grandes categorías generales:

- (i) Entrega de subsidios directos a las familias seleccionadas, y
- (ii) Coordinación de esfuerzos entre diversos actores para canalizar recursos hacia las zonas rurales más pobres.

En principio, *CSR* tiene el potencial de contribuir con dos aportes muy importantes para El Salvador:

- Puede incidir sobre las causas de la transmisión de la pobreza de generación tras generación, apoyando a los hogares rurales más pobres a invertir en el capital humano de sus hijos.
- Puede estimular un incremento en el nivel, eficacia y eficiencia de la inversión social.

## **1.2. Objetivos de la evaluación**

El objetivo general de la evaluación es determinar los avances alcanzados en los dos primeros ejes de intervención del Programa *Comunidades Solidarias Rurales* para verificar el cumplimiento de las metas y retroalimentar las acciones del Programa.

Los objetivos específicos de la evaluación externa -tal como están formulados en los términos de referencia - son:

1. Comprobar la transparencia en el proceso de implementación del Programa.
2. Comprobar si el Programa llega a la población objetivo con equidad de género y diversidad cultural.
3. Comprobar si el Programa produce mejoras en la salud, nutrición y educación de la población objetivo.
4. Documentar y demostrar el impacto de las transferencias monetarias condicionadas (TMC), las intervenciones de agua y saneamiento básico (SB), electrificación e infraestructura estratégica y su interacción.
5. Medir la sostenibilidad del Programa.
6. Valorar el efecto del Programa sobre la participación ciudadana y social.
7. Socializar los resultados de la evaluación con el Comité Técnico de Seguimiento y las contrapartes institucionales y realizar otras presentaciones técnicas.
8. Apoyar en el fortalecimiento de la capacidad de la Comité Técnico de Seguimiento en monitoreo y evaluación de los programas de desarrollo social.
9. Medir los indicadores de los resultados claves de la extensión de servicios de salud (materno-infantil, calidad de los servicios brindados prevención VIH/Sida y dengue).

Por su parte, las principales preguntas que deberá contestar la evaluación externa- tal como están formuladas en los términos de referencia- son:

1. ¿Cuál es la cobertura de las distintas intervenciones?
2. ¿Qué tan eficaz es el algoritmo de focalización?
3. ¿Cuáles son los impactos del Programa a corto, mediano y largo plazo?

4. ¿La combinación de TMC con la provisión de agua y SB genera los mayores impactos?
5. ¿El efecto del paquete básico de servicios de salud y nutrición se mantiene sin las TMC?
6. ¿Cuál es la satisfacción de los usuarios del programa en cuanto al funcionamiento de los servicios de salud, educación, agua y saneamiento básico?
7. ¿Cuál es el efecto de la calidad<sup>3</sup> de la oferta de servicios en los impactos del Programa?
8. ¿Cuál es el efecto del Programa sobre la participación ciudadana y social?
9. ¿Cuál es la sostenibilidad<sup>4</sup> del bienestar familiar cuando el Programa salga de las comunidades?
10. ¿Cuáles son los resultados de los indicadores claves de la extensión de servicios de salud?

El equipo de investigadores reagrupó siete objetivos clave de la evaluación en cuatro objetivos principales y, además, retomó otro objetivo que es mencionado dentro del texto general de los términos de referencia (TDR), y lo agrupó con otros dos de los objetivos clave y los presentó como tres objetivos complementarios:

a) Objetivos principales:

- Evaluar la efectividad de la focalización del programa (**Obj.2** de TDR).
- Evaluar la eficiencia de la implementación del programa (ejemplo: transparencia, eficiencia en la entrega de servicios) y la calidad de los servicios, así como las percepciones de los beneficiarios e implementadores acerca del programa. (**Obj.1** de TDR).
- Evaluar los impactos del programa en:
  - Acceso a (y utilización de) servicios de educación y salud (**Obj.5** de TDR).
  - Resultados en la educación de los niños, resultados en salud y nutrición y resultados en salud materna (**Obj.3, 4 y 10** de TDR).
  - Participación civil y comunitaria (**Obj.7** de TDR).
- Evaluar la sostenibilidad del programa (**Obj.6** de los TDR).

b) Objetivos complementarios

- Evaluar la calidad de los datos administrativos nacionales relacionados con la prestación de servicios.
- Socializar los resultados de la evaluación con el Comité Técnico de Seguimiento y las contrapartes institucionales y realizar otras presentaciones a nivel técnico. (**Obj.8** de TDR).
- Apoyar en el fortalecimiento de la capacidad del Comité Técnico de Seguimiento en monitoreo y evaluación de los programas de desarrollo social. (**Obj.9** de TDR).

Los cuatro objetivos principales y el primero de los complementarios, así como los ejemplos de preguntas de investigación más importantes, se presentan en el cuadro 1.1. Para referencia, se indica entre paréntesis los objetivos y preguntas de investigación planteados en los TDR, que corresponden a cada uno de ellos.

---

<sup>3</sup> La calidad debe ser definida de acuerdo con los estándares nacionales para cada servicio.

<sup>4</sup> La sostenibilidad en el marco del Programa, se refiere que al terminar los subsidios a la demanda exista una continuidad con el fortalecimiento de los servicios de salud y educación, agua y saneamiento básico, asegurando así un mayor bienestar a las familias.

**Cuadro 1.1. Objetivos principales y complementarios de la evaluación y ejemplos de preguntas de investigación**

Objetivos	Preguntas principales de investigación
1. Evaluar la efectividad de la focalización del Programa <b>(Obj.2 de TDR)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué tan efectivo es el mecanismo de focalización que se utilizó para seleccionar a los beneficiarios del componente de las TMC del programa? <b>(Preg. 2 de TDR)</b></li> <li>• ¿Minimiza ese mecanismo los errores de inclusión y exclusión?</li> </ul>
2. Evaluar la eficiencia de la implementación del Programa (por ejemplo: transparencia, eficiencia en la entrega de servicios, cobertura) y la calidad de los servicios, así como las percepciones de los beneficiarios e implementadores acerca del programa. <b>(Obj.1 de TDR)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué tan bien está siendo implementado y operando el programa?</li> <li>• ¿Cuál es la cobertura de las diferentes intervenciones? <b>(Preg. 1 de TDR)</b></li> <li>• ¿Qué tan buena es la calidad de los servicios en las escuelas y de los servicios de salud?</li> <li>• ¿Cuáles son las percepciones de los beneficiarios y de los implementadores del programa acerca de la entrega y calidad de los servicios? <b>(Preg.6 de TDR)</b></li> </ul>
3. Evaluar los impactos del programa en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El acceso a servicios de educación y salud</li> <li>• La utilización de los servicios de educación y salud</li> <li>• La educación de los niños, en la salud y nutrición infantil y en la salud materna</li> <li>• La participación ciudadana y social  <b>(Obj 3, 4, 5, 7 y 10 de TDR)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es el impacto de los diferentes paquetes de intervención en estos resultados? <b>(Preg. 3 de TDR)</b></li> <li>• 4. ¿La combinación de TMC con la provisión de agua y SB genera los mayores impactos? <b>(Preg. 4 de TDR)</b></li> <li>• Mejorar la oferta (por ejemplo: mejorando la calidad), ¿resulta en un mayor impacto que solamente proporcionar incentivos del lado de la demanda? <b>(Preg. 7 de TDR)</b></li> <li>• ¿Aumentan los impactos al llevar directamente a los hogares los servicios básicos de salud (extensión de servicios de salud)? <b>(Preg. 10 de TDR)</b></li> <li>• ¿Se producen cambios en la diversificación de las fuentes de ingresos de los hogares, hacia actividades más rentables y sostenibles y en la forma en que manejan el riesgo ante situaciones adversas?</li> <li>• ¿Aumenta la participación de los hogares en temas comunitarios y sociales? <b>(Preg. 8 de TDR)</b></li> </ul>
4. Evaluar la sostenibilidad del programa en el tiempo <b>(Obj.6 de TDR)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Se mantiene en el tiempo el impacto del programa – más allá de la duración de las TMC? ¿Cuáles de los resultados evaluados muestran impacto de más largo plazo? <b>(Preg. 5 de TDR)</b></li> <li>• ¿Se mantienen los impactos en el bienestar familiar cuando la Red sale de las comunidades? <b>(Preg. 9 de TDR)</b></li> <li>• ¿Se ha modificado efectivamente la actitud y comportamiento de las familias hacia el uso de servicios de salud y de las escuelas para sus hijos?</li> <li>• ¿Se mantienen las intervenciones del lado de la oferta (es decir infraestructura fortalecida, provisión de escuelas y servicios de salud) más allá de la vida del programa?</li> </ul>
5. Evaluar la calidad de los datos administrativos nacionales relacionados con la prestación de servicios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Es adecuada la calidad de estos datos para evaluar el impacto del programa en forma complementaria?</li> </ul>

### 1.3. Indicadores principales e impactos esperados

Los TDR establecen los diez indicadores principales sobre los que se requiere demostrar impacto, así como también el tamaño del impacto que anticipaban. En el Informe de Línea Basal se encontró que algunos indicadores ya presentaban niveles muy altos, por lo que no tendrían mucho espacio para mejorar; sin embargo, en la mayoría de esos casos se mostró que estaban disponibles otros indicadores que claramente eran buenas alternativas. Con base en los resultados de línea basal, el Ministerio de Salud revisó las metas de impactos esperados para los indicadores principales; también incorporó el indicador de prevalencia en retardo en talla (talla para edad). En el cuadro 1.2 se presentan los cambios establecidos por el Grupo Técnico Asesor<sup>5</sup>. Estas revisiones fueron tomadas en cuenta para la evaluación de impacto.

**Cuadro 1.2. Revisión de impactos esperados a los dos años de Comunidades Solidarias Rurales, con base en los resultados de línea basal**

Impacto sobre	Indicador	Tamaño del cambio esperado		Observaciones Ministerio de Salud
		Según Términos de referencia	Según revisión de mayo de 2008	
Pobreza	Ingreso per cápita (indicador 1 de TDR)	Aumento de 5 puntos porcentuales (pp)	Se mantiene sin cambio	
Educación	Tasa de repitencia de niños de primer grado (indicador 3 de TDR)	Disminución de 2 pp	Se mantiene sin cambio	
Salud de los niños	Prevalencia de diarrea en niños menores de 5 años (indicador 6 de TDR)	Disminución de 10 pp	Disminución de 2 pp	
Nutrición de los niños	Prevalencia de la desnutrición global (peso/edad) en niños de 0-23 meses de edad (indicador 7 de TDR)	Disminución de 3 pp	Disminución de 2 pp	Considerando que el estándar internacional es 2.5% y tomando en cuenta que la línea base promedio es 5.1%
	Prevalencia de retardo en talla (talla/edad) en niños de 0-23 meses de edad		Disminución de 2 pp	La disminución anual promedio es de 0.7 pp
Utilización de los servicios de educación	Tasa de matrícula de niños de 7-12 años (indicador 2 de TDR)	Aumento de 4 pp	Se mantiene sin cambio	
Utilización de los servicios de salud	Cobertura de vacunación con SPR* en niñas de 12 - 23 meses (indicador 4 de TDR)	Aumento de 7 pp	Aumento de 7 pp	Línea base promedio 73.6%
	Partos atendidos por personal calificado (indicador 5 de TDR)	Aumento de 25 pp	Aumento de 8 pp	Línea base promedio 60.7%
	Cobertura de inscripción de niños menores de un año en el control de crecimiento y desarrollo (indicador 8 de TDR)	Aumento de 25pp	Aumento de 5 pp	Línea base promedio 94.7%, con la meta anterior se sobrepasa el 100%
	Cobertura de inscripción prenatal (indicador 9 de TDR)	Aumento de 25 pp	Aumento de 2 pp	Línea base promedio 97%, con la meta anterior se sobrepasa el 100%

\*SPR=Vacuna contra el sarampión, paperas y rubeola

Notas: pp se refiere a puntos porcentuales; TDR se refiere a Términos de Referencia

<sup>5</sup> El Grupo Técnico Asesor, entonces integrado por representantes de MINED, MSPAS, FISDL y por la Dirección Ejecutiva de *Red Solidaria*, era en ese momento el grupo encargado de darle seguimiento a la evaluación externa.

#### **1.4. Cambios en el programa que son relevantes para esta evaluación**

Desde que se inició este estudio, hace 40 meses, el Programa ha experimentado algunos cambios en su implementación, que pueden tener implicaciones importantes para los resultados de esta evaluación. A continuación se señalan los principales.

Originalmente, y como se describe en el capítulo 2, la evaluación cuantitativa de impactos fue diseñada con base en tres grupos de comparación “en movimiento”. La primera comparación utiliza los municipios que ingresaron al programa en 2006 como grupo de tratamiento y los que ingresaron en 2007 como grupo de control; en la segunda comparación, los municipios de 2007 son utilizados como grupo de tratamiento y los de 2008 como grupo de control; finalmente, la tercera comparación utiliza los municipios de 2008 como grupo de tratamiento y los que ingresarían en 2009 como grupo de control. Sin embargo, en diciembre de 2007, el Presidente de la República anunció que se adelantaba el ingreso de los primeros municipios de 2009, los que ingresarían en 2008. Esto tuvo dos implicaciones importantes: primero, la posibilidad de utilizar al grupo de municipios de 2009 como grupo de control se vio limitada a ciertos indicadores; y segundo, para la tercera encuesta ya todos los municipios habían ingresado a *CSR*. Esto obligó a modificar las estrategias para identificar impactos, como se discutió oportunamente en cada uno de los informes cuantitativos a partir del Informe de Línea Basal.

No obstante, el cambio más importante se refiere a la duración de la permanencia del programa en cada uno de los municipios; sin embargo, este límite de tiempo fue eliminado, y a la fecha, el programa está funcionando en todos los municipios, incluso en los que ingresaron en 2005. Con este cambio, se debió modificar el enfoque para responder al objetivo 4: Evaluar la sostenibilidad del programa en el tiempo. Esta evaluación de impacto fue diseñada para responder a las preguntas relacionadas con ese objetivo, con base en la idea que las transferencias asociadas a *CSR* durarían tres años en los municipios, y si eso hubiese ocurrido, los municipios que ingresaron en 2006 ya no habrían estado recibiendo transferencias. A la fecha, los hogares elegibles de los 100 municipios de *CSR* continúan recibiendo las TMC. Por lo tanto, no es posible observar si se hubieran dado cambios en los indicadores entre el período en que originalmente dejarían de recibir transferencias, lo que ocurriría en 2009, justo antes de la tercera encuesta, y 2010, al final de esta evaluación. Es decir, no es posible evaluar la sostenibilidad de la manera como se había propuesto al inicio de esta evaluación. Por esa razón, fue necesario definir estrategias diferentes para tratar de evaluar la sostenibilidad ya sea de los impactos del programa o del progreso más amplio que se ha producido en los indicadores a lo largo de la evaluación.

#### **1.5. Componentes de la evaluación**

Esta evaluación externa tiene una duración programada de 40 meses (a partir de agosto de 2007) e incluye una serie de actividades con las que se busca responder a las principales preguntas de investigación y cumplir con los objetivos planteados. En términos generales, la evaluación se ha planificado alrededor de dos componentes: una evaluación cuantitativa y una evaluación cualitativa. Al combinar la investigación cuantitativa con la cualitativa se maximizan las ventajas de las

fortalezas relativas de cada uno de los métodos, lo que permite obtener una base de datos más rica y con mayor poder analítico que la que estaría disponible utilizando cualquiera de los dos métodos por separado.

### **1.5.1. Evaluación cuantitativa**

A través del componente cuantitativo de la evaluación, se trata de demostrar los impactos específicos de las transferencias monetarias y los servicios de agua y saneamiento en los indicadores de salud, educación y nutrición que *CSR* ha determinado como principales. Para lograrlo, se llevaron a cabo cuatro rondas de recolección de datos en hogares, así como en sus comunidades. La encuesta de línea basal se llevó a cabo en los meses de enero y febrero de 2008; la segunda encuesta entre septiembre y noviembre de 2008, la tercera entre octubre y noviembre de 2009 y la cuarta entre agosto y septiembre de 2010. Las encuestas también proporcionaron información adicional para dar seguimiento al progreso en los indicadores acerca de la cobertura de las distintas intervenciones y de los resultados de los indicadores claves de extensión de servicios de salud. Este componente incluyó una evaluación del mecanismo de focalización utilizado por *Comunidades Solidarias Rurales*.

### **1.5.2. Evaluación cualitativa**

El componente cualitativo de la evaluación se inició a finales de 2008 y continuó, en varias etapas, hasta finales de 2010. La motivación para la investigación cualitativa se basa en el reconocimiento de que: 1) tanto los procesos de implementación de programas, como la manera en la que los programas son percibidos en el ámbito local, involucran interacciones complejas, y pueden ser diferentes que las que anticipan los planificadores del Programa. Entender estas interacciones y sus efectos requiere el uso de metodologías cualitativas de investigación que permitan desarrollar confianza y comunicación entre investigadores e informantes, respuestas abiertas, triangulación a través de múltiples informantes y observación de los participantes; y 2) los puntos de vista, opiniones e interpretaciones que del Programa tienen los beneficiarios, son importantes, creíbles y de gran valor para que sean escuchados.

Entre los temas que se abordan están, por ejemplo: la satisfacción de los beneficiarios con el Programa y con los servicios brindados y el efecto de la calidad de los servicios en los resultados; comunicaciones y condiciones del Programa y las actitudes de los beneficiarios hacia el Programa; y el efecto de *Comunidades Solidarias Rurales* sobre la participación ciudadana y social.

## **1.6. Productos de la evaluación**

- En el *Informe inicial*, de noviembre de 2007, se describió la estrategia que le permitió al equipo de IFPRI-FUSADES responder a las principales preguntas de investigación. En ese documento se describió con detalle la metodología cuantitativa y la metodología cualitativa. En este informe, en el capítulo 2, se presenta un resumen de las metodologías utilizadas.

- En el *Informe de Línea Basal*, presentado en mayo de 2008, se describieron los resultados obtenidos de la primera ronda de encuestas. Se incluyó la caracterización inicial de la población en los grupos de intervención y de comparación, según las principales variables de la evaluación de impacto y de otras variables mencionadas en los TDR. Además, para aquellas variables para las que fue posible obtener información retrospectiva, también se presentó la evolución observada.
  
- En el *Informe de la Eficacia de la Focalización*, presentado en agosto de 2008, se respondió a la pregunta de investigación No.2, planteada en los TDR. Para ello, se estimó la incidencia de errores de inclusión y exclusión, además de índices que permitieran comparar la focalización de *CSR* con la de programas de protección social de otros países.
  
- *Evaluación de impactos al año de implementación*, presentado en enero de 2009, basado en información recopilada en las dos primeras rondas de encuestas cuantitativas, se buscaba comenzar a responder las preguntas de investigación No. 3 y No. 4 planteadas en los TDR.
  
- El *Informe de Satisfacción de los Usuarios de la Red*, presentado en septiembre de 2009 es el primer informe del componente cualitativo de la evaluación. En general, se buscó responder a las preguntas No.6, No.7 y No.8 planteadas en los TDR. Como parte de este informe, se presentó un documento adicional en el cual se presentan los resultados de las observaciones estructuradas del servicio prestado en establecimientos de salud, relacionado con la atención materno infantil.
  
- En el *Informe de impactos a los dos años de implementación*, presentado en febrero de 2010, se continuó respondiendo a las preguntas de investigación No. 3 y No. 4 planteadas en los TDR; es decir, cuáles son los impactos de *Comunidades Solidarias Rurales* a corto, mediano y largo plazo y determinar si la combinación de las TMC con la provisión de agua y saneamiento básico genera impactos mayores. Además, mostró, con base en las tres primeras rondas de encuestas, la evolución tanto de las principales variables incluidas en la evaluación de impacto y de otras variables, para empezar a responder las preguntas de investigación No. 1 y No. 10 planteadas en los TDR; es decir, mostrar cuál es la cobertura de las distintas intervenciones y cuáles son los resultados de los indicadores claves de la extensión de servicios de salud.
  
- *Informe de Sostenibilidad del Programa*, que se presenta en este informe, busca dar respuesta a las preguntas No. 5 y No.9 planteadas en los TDR. Además, por ser el último informe de esta evaluación, se presenta un resumen completo sobre los hallazgos principales de todos los estudios anteriores y se agrega evidencia nueva proveniente de la cuarta ronda de encuestas y de otros análisis realizados, para responder a todas las preguntas y dar cumplimiento a los objetivos de la evaluación.

Como parte de este informe, en septiembre de 2010 se presentó un documento adicional: *Estudio Cualitativo—Seguimiento*, en el cual se presentan los resultados de la segunda ronda del trabajo cualitativo.

## 1.7. Estructura de este informe

En el capítulo 2, se describe la metodología empleada para la evaluación, la que incluye dos componentes: una evaluación cuantitativa y una evaluación cualitativa; se muestra cómo al combinar la investigación cuantitativa con la cualitativa se maximizan las ventajas de las fortalezas relativas de cada uno de los métodos, lo que permite obtener una base de datos más rica y con mayor poder analítico que la que estaría disponible utilizando cualquiera de los dos métodos por separado. En el capítulo se describe la metodología de ambos componentes, cuantitativo y cualitativo.

Los siguientes capítulos están organizados de manera que cada uno responda a uno de los cuatro objetivos principales y responda a las preguntas principales de investigación.

El capítulo 3 aborda el Objetivo 1: Evaluar la focalización del Programa. En él se presenta una descripción del proceso de focalización utilizado por *CSR*; se presenta un resumen del análisis de la eficacia del mecanismo de focalización y luego se presenta un análisis de la capacidad del modelo de variables próximas (PMT, por sus siglas en inglés) utilizado para predecir los niveles de pobreza, es decir, para minimizar los errores de inclusión y exclusión.

En el capítulo 4, se aborda el Objetivo 2: Evaluar la eficiencia de la implementación del Programa. Con el propósito de buscar elementos que puedan ayudar a ilustrar o a comprender mejor los resultados y los impactos encontrados, se discuten aspectos relacionados con la forma cómo está siendo implementado y operando el programa; también se comentan aspectos relacionados con la evolución de la cobertura de las diferentes intervenciones, por ejemplo, mejoras en infraestructura y otros servicios. Más adelante se presentan resultados relacionados con la calidad de la prestación de los servicios de educación y salud, y finalmente, se discute la percepción y experiencias de los beneficiarios con el Programa y su satisfacción con la oferta de servicios de salud y educación.

En el capítulo 5 y en el capítulo 6, se aborda el Objetivo 3: Evaluar los impactos del programa. En el capítulo 5 se discuten los impactos del programa en los indicadores principales de educación, salud, nutrición e ingreso, desde el punto de vista cuantitativo. En cada una de las secciones de este capítulo, primero se describe el progreso de estos indicadores a lo largo del tiempo, luego se describen las estimaciones de impacto que se detallaron en los dos informes de impacto anteriores, se comentan impactos y evolución de otros indicadores relacionados, y luego se resumen los hallazgos principales.

En el capítulo 6 se discuten los impactos de *CSR* desde una serie de diferentes perspectivas. Primero, se resumen los impactos cuantitativos de las TMC asociadas con *CSR* en los indicadores de educación, salud, nutrición y pobreza, que se presentaron anteriormente en el capítulo 5. Luego, se consideran los impactos adicionales de agregar intervenciones en servicios básicos en indicadores que se verían afectados por esas inversiones, relacionados con la salud y la nutrición. Después, se discute cómo las mejoras en el acceso a los servicios han mejorado los impactos y se examina si llevar los servicios de salud directamente a los hogares ha contribuido a los impactos encontrados. También se explora si *CSR* puede haber llevado a cambios en la forma en que los

hogares generan ingreso y si las TMC contribuyen al bienestar de los hogares ante situaciones adversas. Por último, se examina el efecto que *CSR* puede haber tenido en la participación comunitaria.

En el capítulo 7 se aborda el Objetivo 4: Evaluar la sostenibilidad del programa en el tiempo. En este capítulo, se trata de evaluar la sostenibilidad de los impactos de *CSR* que se han documentado en los capítulos anteriores. Se discute que puesto que el programa todavía está operando con todos sus componentes en todos los municipios, no será posible determinar la sostenibilidad de los impactos por medio de evaluar cómo cambian los indicadores cuando el programa salga de las comunidades. Entonces, en ese capítulo se trata de evaluar la sostenibilidad examinando la diferencia en los indicadores entre los hogares que, dentro de la muestra de las encuestas, todavía reciben TMC y otros hogares que no las reciben.

En el capítulo 8 se hace un resumen de los hallazgos principales incluidos en los capítulos anteriores, haciendo énfasis en responder cada una de las preguntas principales de investigación que dan cumplimiento a los cuatro objetivos principales.

Finalmente, en el capítulo 9 se presenta un resumen de las principales conclusiones y recomendaciones que se han presentado en todos los informes anteriores, agregando las que surgen de los análisis nuevos realizados para este informe de sostenibilidad.

También se ha incluido una serie de anexos:

En el Anexo A se aborda el objetivo complementario: Evaluar la calidad de los datos administrativos nacionales relacionados con la prestación de servicios. El análisis complementa el que se presentara como parte del Informe de Línea Basal. Específicamente, se busca responder a una pregunta importante relacionada con la evaluación de impacto, es decir, si los indicadores que recopilan los ministerios de Educación y Salud, o que han recopilado tradicionalmente, tienen o no la calidad suficiente para monitorear el progreso de los indicadores o para realizar evaluaciones de impacto.

En el Anexo B se presenta más detalle de la metodología cuantitativa. Se describe el diseño muestral, la estrategia seguida para tratar de obtener una línea basal para algunos indicadores, el diseño de los cuestionarios utilizados, y sobre el trabajo de campo. También se describen las muestras de las cuatro rondas de encuestas. Finalmente, se presenta todo el detalle del trabajo de campo de la cuarta ronda de encuestas cuantitativas.

En el Anexo C se muestran algunos detalles adicionales acerca del trabajo de campo del estudio cualitativo, tales como los procedimientos seguidos para seleccionar los sitios en los que se llevaría a cabo el estudio cualitativo, así como para seleccionar a los hogares. También se presenta un detalle del tipo y cantidad de entrevistas, grupos focales y observaciones estructuradas realizadas.

En el Anexo D se describe la evolución de otros indicadores de interés, mencionados en los TDR.

En el Anexo E se presenta un análisis del impacto de *CSR* en otros indicadores relacionados con la educación, la salud materna, la salud infantil y el trabajo infantil.

En el Anexo F se encuentra un glosario de los principales términos técnicos utilizados, y en el Anexo G se incluyen copias de los cuestionarios utilizados en la cuarta ronda de encuestas.

## 2. METODOLOGÍA

Esta evaluación externa tuvo una duración de 40 meses (a partir de agosto de 2007) e incluyó una serie de actividades con las que se buscó responder a las principales preguntas de investigación y cumplir con los objetivos planteados. En términos generales, la evaluación se planificó alrededor de dos componentes: una evaluación cuantitativa y una evaluación cualitativa. Al combinarlas se maximizan las ventajas de las fortalezas relativas de cada uno de los métodos, lo que permite obtener una base de datos más rica y con mayor poder analítico que la que estaría disponible utilizando cualquiera de los dos métodos por separado.

### 2.1. Metodología para la investigación cuantitativa

La investigación cuantitativa, con base en encuestas y análisis estadísticos y econométricos, permite obtener indicadores concretos y objetivos del progreso en las variables de interés, del impacto que el programa ha tenido, describir los niveles de participación de los beneficiarios en las actividades del programa, así como diferentes aspectos relacionados con su implementación.

En este apartado se describen las principales fuentes de información utilizadas en los análisis cuantitativos de esta evaluación, se discuten las posibles diferencias entre las muestras resultantes de las cuatro rondas de encuestas a hogares, y también se comentan algunos aspectos relacionados con la metodología para la identificación de los impactos, que son necesarios para entender los resultados obtenidos.

#### 2.1.1. Metodología para el análisis de impacto

En esta sección se presenta una versión resumida de la metodología que se utiliza para la evaluación de impacto.

##### *Midiendo los impactos utilizando un Diseño de Discontinuidad en la Regresión*

Como se discute en el *Informe de Línea Basal*<sup>6</sup>, la metodología de evaluación conocida como Diseño de Discontinuidad en la Regresión (DDR) ofrece el enfoque más apropiado para medir correctamente el impacto de CSR, dada la manera en la que los hogares son seleccionados para recibir las transferencias. El enfoque DDR mide el impacto de programas en los que la elegibilidad de sus beneficiarios depende de reglas de selección bien definidas, con base en un conjunto de características observables, tales como activos o un índice de bienestar<sup>7</sup>. En CSR, los municipios fueron seleccionados cada año para ingresar al programa con base en dos criterios: el Grupo de Pobreza Extrema (GPE) al que pertenecen y el Índice Integrado de Marginalidad Municipal

---

<sup>6</sup> IFPRI y FUSADES, “Evaluación Externa del Programa Red Solidaria: Informe de Línea Basal”, 15 de mayo de 2008. Ver ese informe para una descripción más extensa de la metodología para la evaluación de impacto.

<sup>7</sup> Ver Hahn and Van der Klaaw (2001) para una mayor elaboración sobre el diseño de discontinuidad en la regresión; ver Buddelmeyer and Skoufias (2003) para una comparación de métodos DDR con métodos experimentales. Imbens y Lemieux (2008) presentan una revisión de aspectos prácticos para la implementación de estimadores DDR.

(IIMM). Los municipios fueron clasificados en cuatro GPE con base en las tasas de pobreza severa y prevalencia de baja talla, utilizando análisis de conglomerados particionados. Los cuatro grupos se denominan pobreza extrema severa, pobreza extrema alta, pobreza extrema moderada y pobreza extrema baja. Solamente los municipios catalogados como de pobreza extrema severa y alta son elegibles para el programa *CSR*<sup>8</sup>.

El IIMM es un índice de bienestar basado en la tasa de pobreza, niveles de escolaridad y condiciones de la vivienda, que se utilizó para clasificar a las municipalidades dentro de su GPE<sup>9</sup>. Cada año, los municipios son seleccionados para ingresar al programa con base en el grupo de pobreza severa o alta al que pertenece y a su IIMM, en relación con los umbrales establecidos para ese año. Los municipios en el grupo de pobreza extrema severa ingresaron a *CSR* en 2005 y 2006; los del grupo de pobreza extrema alta ingresan de acuerdo con su IIMM. Aparte de la focalización con base en la presencia de niños en grupos específicos de edades o mujeres embarazadas, no hay otro mecanismo adicional en las áreas rurales. Por lo tanto, todos los hogares con niños en esas edades son elegibles para recibir las transferencias.

La intuición detrás de un estimado DDR de un impacto del programa es en realidad bastante sencilla. La variable en un programa que determina la elegibilidad se denomina “variable forzadora”, y existe un determinado valor de esa variable forzadora que constituye el umbral que determina la elegibilidad para el programa. Tomando el IIMM como un ejemplo, un municipio con un IIMM justo arriba del umbral es muy similar en sus características que otro municipio con IIMM justo por abajo del umbral. Para ilustrar, se observa que un umbral del IIMM, 38.09, separa a los municipios que ingresaron a *CSR* en 2007 de los que entraron en 2008. Municipios en el GPE severa con IIMM justo arriba de 38 (Arambala, por ejemplo, con un IIMM de 38.25) ingresaron a *CSR* en 2007, mientras que municipios en el GPE alta (San Fernando, por ejemplo, con un IIMM de 37.93) no lo hicieron hasta 2008.

Para determinar el impacto de un programa, se comparan unidades que estén justo a ambos lados del umbral de elegibilidad. Puesto que un municipio recibe el programa mientras que el otro no, la comparación de los indicadores en el tiempo proporcionan estimados razonables acerca del impacto del programa. Las diferencias observadas en los resultados entre estos municipios luego de iniciado el programa, según esta lógica, deben ser causadas por el mismo programa.

Técnicamente, este enfoque identifica los impactos del programa aprovechando la exogeneidad entre el umbral de IIMM con los indicadores de bienestar, reconociendo que las transferencias monetarias a hogares en un lado del umbral generan un quiebre discontinuo en bienestar a lo largo del continuo representado por el índice de marginalidad<sup>10</sup>. Más aún, la aplicación estricta de los

---

<sup>8</sup> En el Cuadro B.1.1 del Anexo B se presenta la lista de los 100 municipios de *CSR*, con el GPE al que pertenecen y el año en que ingresaron al Programa.

<sup>9</sup> Los GPE y el IIMM se construyen independientemente, así que algunos municipios en un GPE más pobre tienen IIMM más bajos que algunos municipios en el siguiente GPE.

<sup>10</sup> Edmonds, Mammen y Miller (2005) señalan que el DDR proporciona estimados consistentes de los impactos del programa (o efectos del tratamiento) bajo tres supuestos. Como se discutió en informes anteriores, los tres supuestos están asegurados razonablemente en los datos que se utilizan para evaluar *CSR*.

umbrales de elegibilidad con base en los GPE y el IIMM es consistente con la metodología DDR y al mismo tiempo hace que no sean factibles otras técnicas de evaluación, como emparejamiento de los puntajes de propensión o emparejamiento de covariantes.

La aplicación del DDR en esta evaluación presentó varios retos metodológicos. Uno se relaciona con el hecho que la elegibilidad fuera determinada a nivel de municipio y no de hogar. A pesar que los resultados se miden a nivel de hogar a través de encuestas diseñadas para ese fin, la unidad de intervención es el municipio, lo que reduce el poder estadístico, haciendo que sea más difícil encontrar los impactos, si es que éstos existen. Otro aspecto metodológico que se tuvo que considerar, es que la separación de municipios en GPE utilizando análisis de conglomerados, no proporciona directamente un umbral de elegibilidad. El “umbral” entre GPE está solo implícitamente definido por el algoritmo utilizado para construir los conglomerados. Como resultado, se tuvo que desarrollar una técnica nueva de DDR para llevar a cabo el análisis en los años en los que el factor de elegibilidad fue el GPE al que pertenecía un municipio; por ejemplo, al comparar los municipios que ingresaron en 2006 con otros municipios (ver de Brauw y Gilligan, 2010).

### ***Breve descripción de los métodos de estimación***

En este informe se simplifican los métodos utilizados para construir los estimados DDR. Se utilizan dos estrategias de estimación, ambas basadas en estimados de tipo “diferencia en diferencias” (DED) de los impactos del programa. Los estimados DED se definen como el cambio en el resultado promedio,  $\bar{y}$ , en el grupo de tratamiento, T, menos el cambio en el resultado promedio en el grupo de comparación, C, entre el período entre el año 1 y el año 2.

$$\Delta_{DID}^{ATT} = (\bar{y}_2^T - \bar{y}_1^T) - (\bar{y}_2^C - \bar{y}_1^C).$$

Los estimados DED de los efectos del tratamiento típicamente tienen un sesgo menor, puesto que eliminan los efectos de variables no observadas que representan diferencias persistentes (invariables en el tiempo) entre los grupos de tratamiento y comparación. Esto ayuda a controlar por el componente fijo de cualquier diferencia contextual entre los grupos de tratamiento y comparación, incluyendo, por ejemplo, la profundización de mercados, condiciones agroclimáticas o diferencias en el nivel de desarrollo de la infraestructura.

Se utilizan dos métodos para estimar los impactos usando DDR. El método más simple es comparar las diferencias en los resultados entre el grupo de tratamiento y de control, calculando la diferencia en los promedios de los indicadores a cada lado del umbral de elegibilidad y aplicarles pruebas para determinar si las diferencias son estadísticamente significativas. Este método puede producir estimados de impacto sin sesgo para los indicadores, si se cumple la condición de que no haya una relación estadística entre la variable forzadora y el resultado de interés.

El siguiente punto importante es determinar cómo ponderar las observaciones a cada lado del umbral. La función de ponderación se conoce como “kernel”. Un kernel puede ser utilizado para asignar menos peso a observaciones que estén más alejadas del umbral. Imbens y Lemieux (2008),

al discutir la literatura sobre DDR, muestran que para estimar el impacto, o la discontinuidad en el umbral, con el menor sesgo posible, el kernel seleccionado no tiene tanta importancia como el ancho de la banda, o la ventana a cada lado del umbral, que se utilice. Puesto que es sencillo de implementar, en este estudio se utiliza un *kernel* uniforme, el cual asigna la misma ponderación a todas las observaciones dentro de la banda con un ancho determinado.

Utilizando el kernel uniforme, la estimación puede llevarse a cabo usando una regresión de mínimos cuadrados ordinarios (MCO). Para medir los impactos DED de las transferencias monetarias en los cambios en el tiempo en la variable de interés,  $y_i$ , esta regresión tiene la forma

$$y_i = \beta_0 + \beta_1 t_i + \beta_2 CSR_i + \beta_3 CSR_i \cdot t_i + \varepsilon_i,$$

donde  $t_i$  es una variable indicadora igual a 0 en el primer año e igual a 1 en el segundo año,  $CSR_i$  es igual a 1 si el municipio ingresa a *CSR* durante este período, de lo contrario es igual a 0;  $\varepsilon_i$  es un término de error aleatorio, e  $i$  es un indicador de cada hogar. El coeficiente  $\beta_3$  en esta regresión proporciona un estimado DED del impacto en el tiempo del programa en el indicador. Es decir,  $\beta_3 = \Delta_{DID}^{ATT}$ . Para estimar impactos, se utiliza una regresión de MCO junto con un kernel uniforme, que determina cuántas observaciones se deben utilizar a cada lado del umbral para estimar  $\beta_3$ .

El segundo método utilizado supone que sí existe una relación entre la variable forzadora y las variables de interés (Lee y Lemieux, 2009). Si existe esa relación, tanto Hahn, Todd y Van der Klaaw (2001) como Imbers y Lemieux (2008) recomiendan utilizar un método de regresión lineal local (RLL) para ajustar funciones paramétricas lineales diferentes a los datos que están a cada lado del umbral. La versión DED de este método puede calcularse estimando una regresión de la forma

$$y_i = \beta_0 + \beta_1 t_i + \beta_2 D_j + \beta_3 D_j t_i + \beta_4 CSR_i + \beta_5 CSR_i \cdot t_i + \beta_6 CSR_i \cdot D_j + \beta_7 CSR_i \cdot D_j \cdot t_i + \varepsilon_i,$$

donde  $D_j = X_j - c$  es la distancia del criterio de elegibilidad para el municipio  $j$  al valor que ese criterio toma en el umbral de elegibilidad. El coeficiente  $\beta_5$  en esta regresión proporciona el estimado DED de la RLL del impacto de las transferencias monetarias en el cambio en el tiempo del indicador ( $\beta_5 = \Delta_{DID}^{ATT-LLR}$ ) del indicador<sup>11</sup>.

Las estimaciones de los impactos de las TMC que se presentan en el Capítulo 5, fueron obtenidas utilizando ambos métodos; en caso de haberlas, también se discuten las diferencias que se encuentran con la aplicación de cada método.

---

<sup>11</sup> En algunas estimaciones de la regresión lineal local del modelo DDR, se excluyen  $\beta_6$  y  $\beta_7$ , pues agregan lo que se encontró que era ruido innecesario a la relación entre el indicador de resultado y la distancia al criterio de elegibilidad. Si la relación es relativamente estable en el tiempo, estos parámetros serían cero.

Adicionalmente, puesto que la metodología DDR es más efectiva con observaciones más cercanas al umbral, se estableció un ancho de banda alrededor del umbral  $X_j$  (en el puntaje del IIMM o el umbral implícito de GPE, según el caso) para restringir la muestra a los municipios de los grupos de tratamiento y control cercanos al umbral. Esta restricción tiene el atractivo que reduce el sesgo de los impactos estimados, porque los hogares más cercanos al umbral tienen mayor probabilidad de ser diferentes solo en su acceso al programa. Sin embargo, un costo de esta restricción es la reducción en la muestra disponible para la estimación y, por consiguiente, de la pérdida de poder estadístico. Por lo tanto, se experimentó con anchos de banda alternativos para cada indicador para examinar el cambio entre sesgo y eficiencia. En los casos en los que el ancho de banda afecta el impacto estimado, se reporta la robustez de los estimados con respecto a los diferentes anchos de banda.

### **2.1.2. Implementando DDR usando las encuestas de la evaluación de CSR**

Casi toda la información que se ha utilizado para la evaluación de impacto proviene de las cuatro rondas de encuestas diseñadas específicamente para medir los impactos que se esperaban en los indicadores principales, según se delinearon en los Términos de Referencia: la encuesta de línea basal y las tres encuestas de seguimiento.

En el Anexo B se incluye una descripción del diseño muestral, del proceso de selección de municipios, cantones y hogares. También se incluye una descripción de los cuestionarios utilizados.

En este apartado se describe cómo se usaron los datos de las encuestas para construir los tres grupos de tratamiento y control que se utilizaron para intentar identificar impactos; luego, se presenta un resumen de cómo se intentó obtener impactos relativos adicionales con la tercera ronda de encuestas que se llevó a cabo en 2009. Más detalles sobre la forma cómo se formaron los grupos de tratamiento y control puede encontrarse en los informes de impactos presentados anteriormente (IFPRI-FUSADES, 2009 y 2010).

#### ***Creando grupos de comparación con los datos de la evaluación***

La estrategia de evaluación involucra comparaciones múltiples entre grupos “en movimiento” de tratamiento y control, a medida que los municipios ingresan a CSR. Este enfoque tiene varias ventajas. Primero, hace el mejor uso posible del ingreso secuencial de los municipios al Programa. Por ejemplo, a través del uso de datos retrospectivos, permite utilizar el grupo de municipios que ingresaron en 2006, que son más pobres que el resto, pues pertenecen al GPE severa. También permite utilizar municipios que, en su momento, eran futuros beneficiarios del Programa para construir grupos de comparación. Los futuros beneficiarios tienen mayor probabilidad de ser semejantes a los beneficiarios actuales, que aquellos hogares que no serían elegibles para el programa. Esto tiende a reducir el sesgo proveniente de las diferencias no observables en los grupos de tratamiento y control.

Se formaron tres grupos de comparación usando los datos (cuadro 2.1.1). Para aclarar los grupos, en este informe se le asignó a cada uno un número que indica el orden secuencial en el cual los municipios que lo forman ingresaron a *CSR*. Así, el Grupo 1 lo conforman los municipios que ingresaron primero al programa, es decir, en 2005. El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008 y, finalmente, el Grupo 6 lo conforman el resto de municipios que ingresaron en 2009.

**Cuadro 2.1.1. Definición de grupos de municipios y su asignación como grupos de tratamiento y control**

Municipios	Ingreso a <i>CSR</i>	Grupo de tratamiento	Grupo de control
Grupo 1	2005	-----	-----
Grupo 2	2006	Tratamiento 1	-----
Grupo 3	2007	Tratamiento 2	Control 1
Grupo 4	Inicios 2008	Tratamiento 3	Control 2
Grupo 5	Finales 2008	-----	Control 3
Grupo 6	2009	-----	-----

Fuente: Elaboración propia.

La primera comparación utiliza los Grupos 2 y 3; los municipios que ingresaron en 2006 como grupo de tratamiento (T1) y los que ingresaron en 2007 como grupo de control (C1). En esta comparación se tiene que utilizar la pertenencia al GPE como variable forzadora, mediante una variable forzadora explícita que no existe. En IFPRI-FUSADES (2009) y en de Brauw y Gilligan (2010) se describe el método que se desarrolló para convertir el análisis de conglomerado particionado en una variable forzadora.

La segunda comparación utiliza los Grupos 3 y 4; los municipios que ingresaron en 2007 como grupo de tratamiento (T2) y el grupo que ingresó a inicios de 2008 como grupo de control (C2). La tercera comparación utiliza los Grupos 4 y 5; los municipios que ingresaron a inicios de 2008 como grupo de tratamiento (T3) y el resto de municipios que ingresaron a finales de 2008 como grupo de control (C3). Estas dos últimas comparaciones utilizan el IIMM como variable forzadora.

La idea inicial detrás de la tercera comparación, entre los Grupos 4 y 5, se generó porque estaba planificado que 20 de los municipios de la muestra ingresarían al Programa en 2008, mientras que los siguientes 10 ingresarían hasta en 2009. Sin embargo, a finales de 2007, posterior al inicio de esta evaluación y cuando ya no era posible cambiar la encuesta de línea basal, el Gobierno decidió adelantar el ingreso de ese último grupo al 2008; por lo tanto, los 30 municipios ingresaron en 2008. Para la fecha en la que se llevó a cabo la segunda ronda de encuestas, 13 de estos municipios (todos con los IIMM más bajos) todavía no habían recibido la primera TMC. Por lo tanto, ahora se considera a estos 13 municipios como el grupo de “finales de 2008” y al resto como el grupo de “inicios de 2008”.

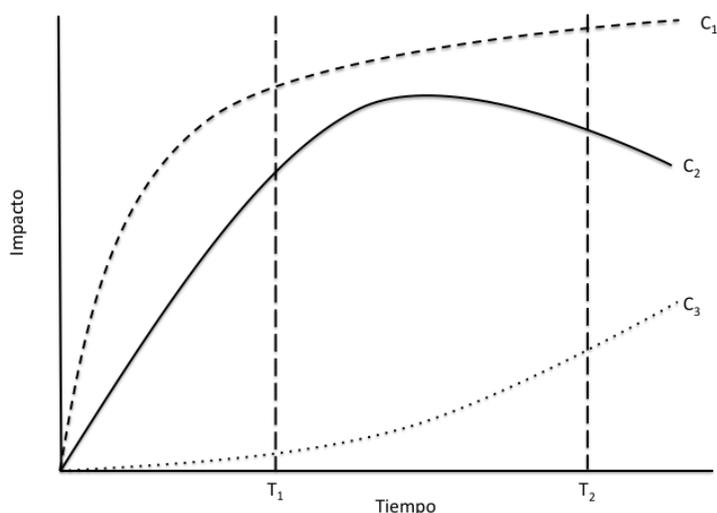
### *Utilizando la tercera ronda de encuestas para construir estimados de impacto*

Para la fecha en la que se desarrolló la tercera ronda de encuestas, a finales de 2009, todos los municipios de la muestra habían comenzado a recibir las TMC por lo menos desde finales de 2008. Por lo tanto, todos los hogares de la muestra estaban en municipios beneficiarios, y aunque no todos recibían las transferencias, no hay disponible un verdadero grupo de control en esta tercera encuesta. Los hogares que no recibían transferencias son claramente no comparables con los que las reciben, y sin embargo, existe interés en estimar los efectos promedios del tratamiento en los tratados.

Una de las limitantes de los estimados de impactos de muchas evaluaciones de programas es que se enfocan en entender los impactos en solamente un punto en el tiempo. Cuando las evaluaciones se diseñan con un estudio de “antes” y “después”, pueden fallar en estimar resultados que toman un tiempo particularmente largo en generarse, o estimar resultados para los cuales la duración de la exposición es importante (King y Behrman, 2009).

Es, en efecto, muy improbable que los impactos de un programa ocurran todos inmediatamente y que se mantengan constantes a través del tiempo. En la gráfica 2.1.1 se ilustran tres posibles trayectorias de los impactos. La trayectoria  $C_1$  aumenta rápidamente en un inicio y luego los beneficios del programa comienzan a estabilizarse, pero continúan aumentando. En la trayectoria  $C_2$ , el impacto también aumenta rápidamente al poco tiempo de implementado el programa, pero alcanza un pico y luego comienza a declinar. Estas trayectorias pudieran describir resultados de salud o educación, tales como matrícula escolar, que son condiciones necesarias para recibir las transferencias (como es el caso de *CSR*). Los beneficios pudieran llegar a estabilizarse en un nivel dado, por ejemplo, porque todos los beneficiarios potenciales ya han ingresado al programa, y algunos comienzan a retirarse en los casos en los que las personas se cansan de cumplir las condiciones. En la trayectoria  $C_3$ , el programa toma algún tiempo para comenzar a impactar los indicadores, pero después de un período de tiempo relativamente largo de aumentos lentos, los efectos comienzan a acelerarse. Esta trayectoria puede describir un resultado indirecto de los programas de TMC, tales como los puntajes  $Z$  de talla para edad, los que toman un tiempo largo en responder a los cambios en el ingreso de los hogares.

**Gráfica 2.1.1. Ilustración de trayectorias potenciales de los impactos**



Fuente: Elaboración propia

Ahora, deben considerarse dos tiempos potenciales para llevar a cabo la encuesta de “después” en una evaluación de impacto,  $T_1$  y  $T_2$ . Si la encuesta se lleva a cabo en  $T_1$ , probablemente se podrán identificar impactos de los indicadores que siguen las trayectorias  $C_1$  y  $C_2$ , pero no las que siguen  $C_3$ , porque todavía no serían estadísticamente diferentes de cero. Si, en cambio, la encuesta se lleva a cabo en  $T_2$ , el impacto estimado para los indicadores que siguen  $C_1$  serían básicamente iguales que los que se estimarían en  $T_1$ ; los estimados para los indicadores que siguen  $C_2$  serían también similares o incluso, talvez, algo menores. Por otro lado, se podrían identificar estadísticamente los impactos en los indicadores que siguen  $C_3$ , que es más alto en  $T_2$  que en  $T_1$ . Claramente estas trayectorias de los impactos reflejan la manera como los indicadores cambian en respuesta a un programa, entonces, la temporalidad de la evaluación puede ser importante.

Por lo tanto, un enfoque alternativo es comparar los resultados entre dos grupos, uno que ha estado en el programa por un período más largo de tiempo (equivalente a  $T_2$ ) con un grupo que ha estado en el programa por un tiempo más corto (equivalente a  $T_1$ ). Puesto que el corte entre los grupos de ingreso también fuerza diferencias significativas en el tiempo que llevan expuestos al programa, los supuestos de identificación subyacentes en los estimados de discontinuidad en la regresión todavía se mantienen. A pesar que no se puede utilizar la tercera ronda de encuestas para generar estimados de impactos *directos*, ésta tiene la ventaja que se puede utilizar para determinar los efectos de la duración de la exposición al programa. Así, cualquier estimado de impacto que utilice la tercera ronda de encuestas compara los resultados del tratamiento en el tiempo  $T_2$  en relación con los resultados de control en el tiempo  $T_1$ . Los impactos *relativos* estimados que se presentan son estimados locales del impacto adicional de un año más de exposición al programa, medidos en los umbrales que se han definido. En el Anexo B del Informe de Impactos a los dos años (IFPRI-FUSADES, 2010) se discute con más detalle el significado de estos impactos relativos. Es importante señalar que en los casos en los que no se encuentran impactos relativos no implica que

no existan impactos directos; en cambio, implica que no se encuentran impactos adicionales después que el programa haya iniciado.

### **2.1.3. Estimando los impactos complementarios de los servicios básicos**

Evaluar los impactos de los servicios básicos (SB) involucra una comparación entre los municipios que reciben TMC con y sin acceso a esos servicios. Esto conlleva a comparar los resultados de beneficiarios de TMC, diferenciando entre aquellos que viven en comunidades que hayan recibido servicios básicos y los que no los han recibido. Como resultado, no es posible medir el impacto de los servicios básicos por sí mismos, pero sí el impacto complementario de añadir servicios básicos a las TMC. Ésta es, en sí misma, una importante pregunta de política. En este informe se hacen las comparaciones utilizando la encuesta de línea basal y la tercera ronda de encuestas. Además, se hace énfasis en los indicadores que se consideran que puedan responder a la disponibilidad de servicios básicos, principalmente la prevalencia de diarrea y los indicadores antropométricos.

Puesto que los SB no se focalizan utilizando los grupos de pobreza extrema ni el IIMM, los estimadores DDR no son factibles para estos impactos complementarios. En su lugar, métodos de emparejamiento pueden ser utilizados para comparar los resultados entre municipios que reciben TMC y SB con aquellos que solamente reciben TMC. Los métodos de emparejamiento utilizan características observables de la comunidad para ponderar los resultados en los grupos de tratamiento y comparación, de acuerdo con la similitud en sus características observables. Hay varios métodos de emparejamiento disponibles, incluyendo emparejamiento de los puntajes de propensión, o “propensity score matching” (Rosenbaum y Rubin, 1983; Heckman, Ichimura, y Todd, 1997, 1998) y el emparejamiento de covariantes del vecino más cercano (Abadie e Imbens, 2006, 2007). Al igual que en el informe anterior, se estimaron los efectos utilizando ambos métodos para evaluar la robustez de los resultados con respecto al método de estimación.

## **2.2. Metodología para la investigación cualitativa**

En esta sección se detalla la metodología empleada en la investigación cualitativa. En la sección 1 se explican los motivos que impulsan esta investigación, así como las ventajas de emplear metodologías que combinen lo cuantitativo con lo cualitativo. La sección 2 contiene los temas y las principales preguntas incluidas en la investigación, así como el proceso de análisis empleado. En la sección 3 se describen los métodos cualitativos y las herramientas utilizados en la investigación. En la sección 4 se describe el manejo y análisis de datos. En el anexo C se explica cómo fueron seleccionados los sitios y hogares, respectivamente; también se presenta el número de informantes y de fuentes de datos utilizadas.

### **2.2.1. Motivación para la investigación cualitativa**

Al combinar la investigación cualitativa con la cuantitativa se busca construir una base de datos con mayor poder explicativo que la que resultaría al utilizar cualquiera de los dos métodos por separado. Las principales razones que explican el uso de metodologías cualitativas son: (1) que dichas metodologías pueden ayudar a comprender mejor las interacciones complejas que surgen en los

procesos de implementación de los programas y en la forma como son percibidos en el ámbito local y que pueden incidir en los resultados obtenidos; y (2) las opiniones e interpretaciones que hacen los beneficiarios sobre el programa son creíbles, importantes y deben ser escuchados. Al igual que en otras evaluaciones de programas de transferencias monetarias condicionadas realizadas por IFPRI, en México, Nicaragua y Turquía<sup>12</sup>, las metodologías cualitativas se utilizarán para:

- Explorar temas sociales y culturales, lo cual requiere de preguntas abiertas y de establecer una relación de confianza y una buena comunicación entre investigadores e informantes
- Indagar sobre las percepciones y el conocimiento de los informantes registrando las respuestas en sus propias palabras
- Plantear temas menos obvios y permitir que las entrevistadas expongan inquietudes que no fueron anticipadas por los investigadores
- Explorar respuestas conflictivas entre los informantes, así como interacciones entre diferentes factores
- Tomar en cuenta las sugerencias de los entrevistados para solucionar los problemas
- Buscar explicación sobre los resultados obtenidos en la investigación cuantitativa
- Sugerir nuevas preguntas y opciones de respuesta para posteriores investigaciones que utilicen encuestas, así como nuevas áreas de investigación cualitativa
- Demostrar la importancia del contexto local para explicar los resultados del Programa

La metodología de la investigación cualitativa permite no solo triangular los resultados, sino también complementar el análisis económico que resulta de la investigación cuantitativa. Mientras que las encuestas y el análisis económico permiten obtener indicadores concretos y objetivos del cambio, como los niveles de participación de los beneficiarios en las actividades del programa, la investigación cualitativa ayuda a entender los impactos indirectos del programa que pueden tener efectos en el largo plazo, como por ejemplo, el impacto del programa sobre el capital social.

### **2.2.2. Temas de investigación y proceso para definir preguntas clave**

El enfoque del estudio cualitativo, así como las principales preguntas de investigación, fueron determinados en varias etapas tomando como punto de partida las tres preguntas centrales establecidas en los Términos de Referencia para este componente de la evaluación:

- ¿Cuál es la satisfacción de los usuarios de la Red en cuanto al funcionamiento de los servicios de salud, educación, agua y saneamiento básico? (pregunta 6 de TDR)
- ¿Cuál es el efecto de la calidad<sup>13</sup> de la oferta de servicios en los impactos de la Red? (pregunta 7 de TDR)
- ¿Cuál es el efecto de Red sobre la participación ciudadana y social? (pregunta 8 de TDR)

La primera etapa se realizó durante la fase de diseño de la metodología, en ella se establecieron los temas relevantes de investigación a partir de la desagregación de las tres preguntas antes

---

<sup>12</sup> Ver: Adato et al. 2007; Adato and Roopnaraine 2004; Adato, Coady and Ruel 2000; Adato and Mindek 2000.

<sup>13</sup> La calidad debe ser definida de acuerdo con los estándares nacionales para cada servicio: salud y nutrición, electrificación, agua y saneamiento y educación.

mencionadas, buscando también incluir temas que habían sido identificados como relevantes en evaluaciones previas de otros programas de transferencias monetarias condicionadas en otros países.

La segunda fase consistió en un proceso intensivo y extensivo de consultas con grupos de interés: funcionarios gubernamentales<sup>14</sup>, comités y dirigentes municipales, instituciones académicas y representantes de organismos no gubernamentales (ONG). A través de diferentes reuniones se indagó su opinión sobre cuáles eran los temas y las preguntas más importantes que deberían incluirse, los resultados permitieron elaborar una lista de “preguntas clave” las cuales fueron agrupadas en tres preguntas principales de investigación, cada una de las cuales se divide en temas y subtemas.

En la tercera fase se consultó con el líder del equipo de investigación cuantitativa cuáles temas y preguntas habían surgido en dicha investigación y que podían ser aclarados a través del estudio cualitativo. Nuevas preguntas fueron incluidas en esta etapa.

En la cuarta y última fase se distribuyó entre el grupo de interés consultado en la segunda fase un borrador de las preguntas para su revisión. Algunas preguntas sugeridas en esta etapa también fueron incluidas.

Los principales temas tratados en el primer estudio cualitativo, realizado en 2009, y que resultaron del proceso antes descrito fueron: (a) satisfacción de los beneficiarios con el programa: percepciones, expectativas, cambios en la vida de las personas, comprensión sobre los objetivos del programa, entre otros; (b) calidad de la infraestructura y servicios de salud, educación y otros: confiabilidad y accesibilidad de los servicios de salud y educación, calidad y confiabilidad de los servicios de agua, saneamiento y electricidad y cómo esto ha afectado su participación en los servicios de educación y salud; (c) el efecto del programa sobre la participación ciudadana y social: opinión sobre la participación de las mujeres en el programa, cambios en las relaciones de género en los hogares, cambios en la autoestima y confianza de las mujeres, entre otros<sup>15</sup>.

El proceso para determinar los temas y preguntas clave en la segunda ronda de evaluación cualitativa también se desarrolló en cuatro etapas y tuvieron como punto de partida las tres preguntas de los TDR, citadas anteriormente. En la primera etapa se realizó una revisión del informe de la primera fase tomando en cuenta los temas y preguntas claves que allí se habían establecido.

En la segunda etapa se realizó una nueva consulta con el líder del equipo cuantitativo para indagar los temas y preguntas clave que resultaron de la segunda ronda de evaluación cuantitativa realizada a principios de 2010 y que podían ser esclarecidos a través del estudio cualitativo.

---

<sup>14</sup> Secretaría Técnica de la Presidencia, Fondo de Inversión Social y Desarrollo Local (FISDL), Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación.

<sup>15</sup> Los subtemas incluidos en cada uno de los temas principales están listados con mayor detalle en el primer informe cualitativo: “Informe de satisfacción de los usuarios de la Red”.

La tercera etapa consistió en una reunión con funcionarios del FISDL para conocer sus puntos de vista sobre los cambios ocurridos en el programa durante los últimos seis meses, así como también los temas de interés para incluir en dicho estudio. Finalmente, se realizaron pruebas piloto con los instrumentos que resultaron de este proceso y se hicieron los ajustes necesarios con base en los resultados de dichas pruebas.

Los principales temas abordados en la segunda ronda de evaluación se agrupan en tres áreas: (a) satisfacción de los beneficiarios con *Comunidades Solidarias Rurales*: percepciones sobre cambios ocurridos en el programa durante los últimos 6 meses, impacto del programa en la participación de los hogares en los servicios de salud y educación, percepción de por qué persisten algunas deficiencias en ciertos indicadores (controles prenatales, vacunación y nutrición), impacto de la nueva pensión de jubilación en las decisiones de los hogares de cumplir con las corresponsabilidades que establece el programa; (b) calidad de los servicios: cambios ocurridos en los últimos 6 meses en la calidad de los servicios de salud, educación, infraestructura, capacitación y el programa en general; (c) participación social y ciudadana: cambios percibidos en el funcionamiento institucional del programa, percepción sobre la existencia de canales para expresar quejas y preferencias, entre otros<sup>16</sup>.

Con base en los temas clave identificados en las dos rondas de evaluación cualitativa, se elaboraron instrumentos para realizar entrevistas con informantes conteniendo temas y preguntas para dichas entrevistas.

### **2.2.3. Métodos utilizados para la investigación cualitativa**

En la primera ronda de evaluación se utilizaron los siguientes métodos de investigación: revisión de documentos del programa, entrevistas semiestructuradas a profundidad con titulares y otros informantes clave, estudios de casos en comunidades y hogares, grupos focales formales con participantes en las capacitaciones, grupos focales informales con grupos de personas en la comunidad, observaciones en los hogares, comunidades, capacitaciones, talleres, unidades de salud y escuelas. Durante la segunda ronda de evaluación se emplearon las siguientes metodologías: las entrevistas semiestructuradas a profundidad con informantes clave, las entrevistas de grupo pequeño y los grupos focales formales, tanto con titulares del programa como con no titulares.

A continuación se explica brevemente cada uno de los métodos empleados:

- (a) Revisión de documentos del programa, informes de evaluación cuantitativa y cualitativa de programas TMC y de transferencias monetarias no condicionadas alrededor del mundo y estudios relevantes en el país.
- (b) Entrevistas semiestructuradas a profundidad con titulares e informantes clave: para ello se utilizaron guías de entrevistas que contenían preguntas abiertas a fin de facilitar la obtención de respuestas detalladas y la introducción de temas nuevos por parte de los informantes clave. Las

---

<sup>16</sup> Los subtemas incluidos en cada uno de los temas principales están listados con mayor detalle en el segundo informe cualitativo: “Estudio cualitativo – seguimiento”.

entrevistas forman parte de los estudios de casos dentro de las comunidades, los informantes clave fueron entrevistados en diferentes ocasiones formal e informalmente, a fin de aclarar, profundizar o confirmar hallazgos de entrevistas previas. En la primera ronda de evaluación, además de la titular, se entrevistaron a otros miembros de hogares beneficiarios y también se entrevistaron a varias personas de los hogares no beneficiarios. Los informantes clave que participaron en este tipo de entrevistas o en los grupos focales fueron: oficiales y personal de los servicios de educación y salud, personal de las ONG de seguimiento, promotores, líderes comunales, representantes de los comités comunitarios y municipales, y otros voluntarios del programa en la comunidad.

En la segunda ronda de evaluación se entrevistaron bajo esta metodología a promotores, personal de las ONG de seguimiento, representantes de los comités comunitarios o líderes comunales, alcaldes, oficiales y personal de los servicios de salud y educación. En esta oportunidad se elaboraron guías de preguntas específicas para cada tipo de informante, incluyendo temas en los cuales cada uno de ellos tiene un conocimiento especializado.

- (c) Estudios de casos en comunidades y hogares: los estudios de caso etnográficos constituyen el centro de la investigación cualitativa. Este método emplea interacciones intensivas de observación participante para entender la vida cotidiana y es adecuado para comprender la relación entre el programa y las personas, tanto beneficiarias como no beneficiarias, desde su propio punto de vista. Se caracteriza por un modelo de ciencia que enfatiza las relaciones en vez de la imparcialidad, estableciendo “diálogos múltiples” para comprender fenómenos empíricos (Burawoy 1998). Una característica que distingue este estudio de otros más generales es que utiliza estudios de caso en el ámbito del hogar enfocándose en las interacciones relacionadas, directa o indirectamente, con el programa. Para llevar a cabo el estudio etnográfico, las investigadoras de campo vivieron en las comunidades seleccionadas por un período aproximado de 4 meses, efectuando visitas a los hogares en diferentes horas del día, con el fin de completar las entrevistas semiestructuradas y de observar el tipo de actividades que realizan.

Algunos beneficios únicos de este enfoque son: que permite establecer una relación de confianza entre el investigador y los informantes, de manera que la información obtenida es más confiable y profunda; entrevistar a diferentes miembros del hogar ofrece un rango de perspectivas sobre el programa a través de los ejes de edad y género; permite hacer una mejor comparación de las respuestas entre un informante y otro.

- (d) Grupos focales: una ventaja de los grupos focales es que son eficientes en términos de costo y tiempo, ya que permite entrevistar mayor cantidad de personas en menos tiempo que si se realizaran entrevistas individuales; además, permite captar las opiniones de algunos participantes que no podrían obtenerse de otra manera. El diseño de los instrumentos para estos grupos es similar al de las guías de entrevistas semiestructuradas. En la primera ronda de evaluación se realizaron grupos focales formales con participantes en talleres y capacitaciones del programa y de Atención Integral a la Niñez en la Comunidad (AIN-C); además, se hicieron grupos focales informales con beneficiarios durante los días de pago y con los asistentes a las unidades de salud.

Éste fue el método principal para recoger información de los hogares en la segunda ronda, realizada en 2010, debido a las ventajas que ofrece: (i) las opiniones son dinámicas y los comentarios de algunos individuos pueden hacer que surjan recuerdos en otros participantes, lo que no sucedería en entrevistas individuales; (ii) las respuestas pueden ser más francas, pues los participantes son anónimos ante el entrevistador, por lo que experimentan menos temor de ser identificados; (iii) son eficientes en términos de tiempo y costo. En esta oportunidad se realizaron grupos focales tanto con beneficiarias del programa así como con no beneficiarias.

- (e) Observaciones del trabajador de campo en hogares y comunidades: de forma participativa y no participativa. Este método permite examinar prácticas e interacciones que confirmen o contradigan lo dicho por las personas, incluso pueden salir a la luz temas no mencionados por los informantes. Durante el estudio se realizaron observaciones de las siguientes actividades: cuidado de la niñez, prácticas de salud e higiene, compras, día de pago, uso del cajero automático, entrega de servicios de salud, actividades escolares, reuniones, capacitaciones del programa y de AIN-C.
- (f) Observación de actividades del programa: talleres de salud impartidos por las ONG, AIN-C y otras actividades. Las capacitaciones son herramientas importantes para asegurar que los beneficios del programa se mantengan en el largo plazo, debido a su potencial para modificar las actitudes y las prácticas de las personas. Por ello, durante la primera evaluación cualitativa se realizaron 25 observaciones en una localidad, siguiendo una guía de observación formal y recopilando datos cuantitativos sobre indicadores seleccionados, con el fin de evaluar el proceso y calidad de las capacitaciones impartidas. Además, los trabajadores de campo realizaron observaciones informales en los hogares, en la comunidad, en las escuelas, servicios de salud<sup>17</sup>, en reuniones y durante los días de pago.
- (g) Observaciones estructuradas en establecimientos de salud: la ventaja de este método sobre las entrevistas a profundidad es que ofrece una verificación independiente de la información a través de la observación directa. Se realizaron observaciones en establecimientos de salud para verificar la calidad, confiabilidad y accesibilidad de los servicios de salud materna (controles prenatales y posnatales) y de los niños menores de 5 años (controles de crecimiento y vacunación), se observaron otros aspectos que influyen sobre la calidad de los servicios y se buscaron elementos que dieran indicios sobre la satisfacción de los beneficiarios con dichos servicios<sup>18</sup>. La metodología empleada en estas observaciones estructuradas se describe en el “Informe sobre calidad de la prestación de servicios de salud: observaciones estructuradas” presentado en junio de 2009.

---

<sup>17</sup> No incluye las observaciones estructuradas de servicios de salud durante las cuales se recogieron datos cuantitativos y cualitativos, realizadas entre octubre y noviembre de 2008 y reportadas en: de Brauw, Adato, Rios y de Sanfeliú (2009).

<sup>18</sup> Como por ejemplo, la disponibilidad de insumos; la capacidad, amabilidad, competencia y actitudes de personal.

- (h) Entrevistas de grupo pequeño: es un método similar al de grupos focales, ya que emplea los mismos instrumentos, la diferencia radica en que incluye un número menor de participantes (entre 2 y 4 personas). Este procedimiento fue empleado únicamente en la segunda ronda de evaluación para recabar información de hogares beneficiarios del programa y que además tenían en su hogar a un adulto mayor que recibe la pensión básica universal, dado que el número de hogares en cada comunidad que cumple con este requisito es reducido.

#### **2.2.4. Manejo de datos y análisis**

En el Anexo C se presenta el detalle de los procedimientos seguidos para seleccionar los sitios en los que se llevaría a cabo el estudio cualitativo, así como para seleccionar a los hogares. También se presenta un detalle del tipo y cantidad de entrevistas, grupos focales y observaciones estructuradas realizadas.

La información de las entrevistas semiestructuradas y de los grupos focales se recolectó utilizando grabadoras digitales, adicionalmente los entrevistadores realizaron apuntes para recordar algunos aspectos clave. La grabación es importante para el tipo de metodología empleado en esta evaluación, ya que permite tener acceso directo a las palabras de los entrevistados, proveyendo información más precisa y minimizando los errores involuntarios que pueden producir las notas a mano y que resultan de errores de interpretación, olvido o subjetividad de quien las hace. Si bien la grabación podría producir un efecto de enajenación en los entrevistados, esto se compensa conduciendo la entrevista de forma más fluida y “conversada”. Por otro lado, los trabajadores de campo se esforzaron por crear un ambiente agradable y se ofreció preservar la identidad de los entrevistados.

Las notas fueron digitadas en computadora tan pronto como fue posible para maximizar el recuerdo de detalles de la entrevista. Las grabaciones fueron transferidas a computadoras portátiles en el campo y una copia fue enviada a un sitio FTP desde donde fueron recopiladas y organizadas en un sistema de monitoreo de recopilación de datos y manejo de archivos por los supervisores de campo. Posteriormente fueron transcritas.

La codificación es una fase central de la organización y análisis de datos. Los códigos son términos analíticos que asignan significado a una frase, párrafo o grupo de párrafos. En este estudio se utilizó una combinación de enfoques sobre codificación: por un lado se empleó una “codificación descriptiva” que clasifica los datos (frases o párrafos) en categorías o subcategorías. Un ejemplo de categoría sería ‘calidad de los servicios de salud’ y de subcategoría ‘vacunación’. Además, se utilizó una “codificación de patrones” que requiere de un proceso interpretativo más profundo, ya que relaciona los datos con hallazgos resultantes, como por ejemplo ‘autonomía en la toma de decisiones’. Una variante de la primera evaluación fue el uso de “codificación binaria” lo que permitió asignar valores positivos o negativos a los datos, por ejemplo: ‘sale más de la casa’. En los casos donde fue posible utilizar la codificación binaria se hizo un recuento del número de hogares o de individuos con respuestas positivas o negativas, se compararon frecuencias relativas y se determinó el predominio de resultados particulares.

Antes de la recolección de datos se definió un listado amplio preliminar de códigos, el cual fue ampliándose a medida que avanzaba el proceso de codificación. La lista de códigos se ordenó en categorías y subcategorías. Posteriormente el listado de códigos, las entrevistas transcritas y los apuntes de los trabajadores de campo se cargaron en el programa de Análisis Cualitativo de Datos (QDA, por sus siglas en inglés) “NVivo”. Vale la pena señalar que la codificación es un proceso manual e intelectual que consiste en la lectura cuidadosa de los datos (respuestas a las entrevistas y anotaciones) y su clasificación en el código más adecuado para describirlos.

Al finalizar la etapa de codificación, la información fue analizada identificando patrones temáticos en las respuestas (búsquedas por códigos), tipo de informante (beneficiario, líder local, etc.), fuente de datos y método (observaciones, grupos focales, etc.). Los datos se agruparon en “meta matrices” utilizando formatos estandarizados que permitieran comparar las categorías temáticas y comprobar la robustez de los resultados, las variables usadas en estas matrices varían por tema y categoría de análisis (por ejemplo: comunidad, hombres/mujeres). Para cada tema se establecieron resultados principales, subresultados y explicaciones, adicionalmente algunos casos de estudio cortos fueron registrados en recuadros dentro del informe para permitir mayor detalle y contexto de algún caso en particular.

### 3. OBJETIVO 1: EVALUAR LA FOCALIZACIÓN DE CSR

Existen varias justificaciones para focalizar los programas de protección social. La focalización de estos programas puede asegurar que los beneficios lleguen a quienes lo necesitan y no a todas las personas. Los errores que pueden ocurrir al focalizar toman dos formas principales. Primero, hogares o individuos pueden ser incluidos en un programa aun cuando no serían considerados como pobres. Este tipo de error de inclusión generalmente se conoce con el nombre de “fuga”. En un programa contra la pobreza, las fugas ocurren cuando hogares que no son pobres son seleccionados para recibir los beneficios. El segundo tipo de error ocurre cuando hogares o individuos pobres son excluidos del programa, por lo que no reciben sus beneficios aun cuando sí los necesitan. Se puede referir a los errores de exclusión como “subcobertura”. Todos los programas contra la pobreza o de protección social tienen algún tipo de error, ya sea de inclusión, de exclusión, o ambos.

En este capítulo se aborda el Objetivo 1: Evaluar la focalización del programa *Comunidades Solidarias Rurales*. En la sección 3.1 se presenta una descripción del proceso de focalización utilizado por *Comunidades Solidarias Rurales*; en las siguientes dos secciones se resumen los hallazgos más importantes del “Informe de la Eficacia de la Focalización” (IFPRI-FUSADES 2008); en la sección 3.2 se presenta un resumen análisis de la eficacia del mecanismo de focalización y en la sección 3.3 se presenta un análisis de la capacidad del PMT utilizado para predecir los niveles de pobreza, es decir, para minimizar los errores de inclusión y exclusión. En la sección 3.4 se comenta el posible aumento en los errores de exclusión debido a la regla de no incorporar a nuevos beneficiarios después del inicio del programa en un municipio.

#### 3.1. Focalización en Comunidades Solidarias Rurales

El método de focalización utilizado por CSR depende de la categoría de pobreza extrema y del año de ingreso al programa de cada municipio. CSR ha utilizado mayormente la focalización categórica, pero hay también un elemento de evaluación en las áreas urbanas.

El componente principal de la focalización categórica ocurrió antes del inicio del programa; las transferencias fueron focalizadas geográficamente utilizando el Mapa de Pobreza desarrollado por FLACSO y el FISDL. Solamente los hogares ubicados en los cien municipios<sup>19</sup> en las categorías de pobreza extrema severa o pobreza extrema alta son considerados elegibles para recibir transferencias.

El segundo componente se lleva a cabo mediante una focalización de grupo. Solamente se consideran beneficiarios potenciales los hogares con niños menores de 15 años (en las comunidades que ingresaron al programa entre 2005 y 2007) o menores de 18 años (en comunidades que ingresaron en 2008 ó 2009) que no hayan completado la primaria, o los hogares con mujeres embarazadas en el momento del censo de CSR. Los otros hogares pobres en esas comunidades no son elegibles para las transferencias; por ejemplo, hogares compuestos solamente por personas de edad avanzada que pudieran ser muy pobres, no son elegibles.

---

<sup>19</sup> Ver el cuadro B.1.1 del Anexo B para la lista de los 100 municipios.

El siguiente nivel de focalización es geográfico. En las áreas rurales de todos los municipios, ya sea en pobreza extrema severa o alta, todos los hogares que cumplan con los requisitos demográficos fueron considerados elegibles para el programa.

En las áreas urbanas de los municipios en pobreza extrema severa, que ingresaron al programa en 2005 y 2006, se generó una lista de los hogares que cumplieran con los requisitos demográficos; esta lista fue presentada al Comité Municipal de Coordinación de *CSR*<sup>20</sup>, para su validación<sup>21</sup>. En las áreas urbanas de los municipios de pobreza extrema alta, se administró una prueba de variables próximas (PMT, por sus siglas en inglés) para determinar si sus ingresos proyectados eran lo suficientemente bajos para necesitar las transferencias. Un PMT inicial fue administrado en los municipios que ingresaron en 2007, y un PMT modificado se administró a partir de 2008. Se construyó una lista inicial con los hogares que pasaban la prueba, la que era entregada al Comité Municipal de Coordinación de *CSR* para su validación.

En todos los municipios, los hogares con niños menores de 5 años o con mujeres embarazadas reciben bonos de salud, y los hogares con niños que no han completado sexto grado reciben bonos de educación. Los hogares que tienen niños en ambas categorías demográficas son elegibles para recibir una transferencia un poco mayor (\$20 al mes) que los hogares con niños en solo una categoría (\$15 al mes). El monto de las transferencias es por hogar, sin importar el número de niños que posean.

Los únicos hogares que se consideran elegibles para recibir los bonos, son los que cumplieran con las características demográficas en el momento cuando se realizó el censo del FISDL, por lo que se incorporaron al Programa cuando su municipio comenzó a recibir las TMC. Los hogares que adquirieron alguna de las características que los harían elegibles posteriormente al momento del censo, por ejemplo, un embarazo por una nueva madre, no son incorporadas para recibir las TMC.

### **3.2. ¿Cuán efectivo es el mecanismo utilizado para seleccionar a los beneficiarios de las TMC? (Preg. 2 de TDR)**

Para medir el desempeño de las metas en programas sociales, es común medir los errores de inclusión (fugas) y los errores de exclusión (subcobertura). Las fugas ocurren cuando personas u hogares que no son pobres reciben beneficios de un programa, y la subcobertura ocurre cuando personas u hogares que son pobres no reciben los beneficios de un programa. El análisis completo de las fugas y la subcobertura de *CSR* se presentó en el capítulo 3 del “Informe de la Eficacia de la

---

<sup>20</sup> El Comité Municipal de Coordinación es la instancia local de coordinación interinstitucional conformado por representantes de los organismos y dependencias gubernamentales (con presencia del FISDL, MSPAS y MINED, entre otras) y no gubernamentales involucrados en la operación de *CSR*, autoridades municipales y líderes comunitarios, aglutinados bajo la coordinación técnica de los responsables operativos del Organismo Ejecutor en el ámbito municipal (Asesor Municipal del FISDL).

<sup>21</sup> En las áreas urbanas de los municipios en pobreza extrema severa, se generó una lista de variables para cada uno de los hogares potencialmente elegibles. El Comité Municipal de Coordinación de *CSR* tenía a su cargo validar la lista de beneficiarios, utilizando estas variables, determinando si alguno de los hogares debía ser retirado de la lista de beneficiarios.

Focalización” (IFPRI-FUSADES 2008). En esta sección, se presentan los resultados más relevantes.

La estimación de las tasas de fuga y subcobertura se hizo usando las reglas básicas de elegibilidad en *CSR*, comentadas en la sección anterior. Se separan los resultados para las áreas rurales y urbanas, puesto que las reglas de inclusión son bastante diferentes, particularmente para los hogares en los municipios de pobreza extrema alta.

### 3.2.1. Resultados para las áreas rurales

La focalización en áreas rurales, en municipios de pobreza extrema tanto severa como alta, incluyó a todos los hogares que en el momento de la realización del censo de *CSR* cumplían con los criterios de selección. Puesto que la focalización es completamente categórica, cualquier “fuga” o “subcobertura” que ocurra, simplemente refleja, ya sea que los hogares no son pobres y reciben bonos (fuga) o que son pobres pero no tienen niños en las edades requeridas (subcobertura).

Al incluir los 100 municipios que ingresaron a *CSR* hasta 2009 y considerando la línea de pobreza relativa, se estima una tasa de fuga de 26.2% (cuadro 3.2.1). Es decir, 26.2% de los hogares elegibles no se considerarían pobres en las áreas rurales de esos municipios. Aunque esa tasa de fuga parezca alta, es importante señalar que simplemente refleja la focalización categórica de *CSR*: todos los hogares rurales son elegibles si tienen niños en la edad apropiada y/o mujer embarazada. Al calcular la tasa en los municipios de pobreza extrema severa, no sorprende que la tasa obtenida sea más baja, siendo de 19.6%. En los municipios de pobreza extrema alta, la tasa de fuga es mayor, 28.1%.

**Cuadro 3.2.1. Tasas de fuga y subcobertura estimadas en las áreas rurales de los municipios de *CSR***

	Tasa de fuga, línea de pobreza relativa	Tasa de subcobertura, línea de pobreza relativa
100 municipios de <i>CSR</i>	26.2%	21.5%
<b><i>Por nivel de pobreza extrema:</i></b>		
Municipios de pobreza extrema severa	19.6%	21.0%
Municipios de pobreza extrema alta	28.1%	21.7%

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Mapa de Pobreza (EHPM combinada, 2001-2004). La línea rural de pobreza relativa es \$1.32 per cápita por día; las cifras de ingreso fueron normalizadas a precios de 2003.

Luego, se estimó la tasa de subcobertura en los 100 municipios de *CSR*, utilizando también la línea de pobreza relativa. Es importante notar que las razones por las que estos hogares no están cubiertos es porque ellos no tienen niños en las edades requeridas, y que para que esos hogares puedan estar cubiertos el diseño del programa tendría que ser completamente diferente. En

promedio, 21.5% de todos los hogares rurales pobres no tienen las características que los harían elegibles para el programa; los porcentajes no son diferentes al separar por grado de pobreza: la tasa es de 21.0% para los municipios de pobreza extrema severa, y de 21.7% para los de pobreza extrema alta.

Solo cerca del 20% de hogares pobres en las áreas rurales de los municipios de *CSR* no tienen niños en las edades requeridas, por lo que el componente de transferencias en las áreas rurales parece estar razonablemente bien focalizado, aun cuando el mecanismo utilizado es en realidad bastante sencillo.

### 3.2.2. Resultados para las áreas urbanas

Para estudiar las áreas urbanas, se aplicó en los municipios de pobreza extrema alta, el PMT utilizado por *CSR*; se aplicó el modelo original para los municipios que ingresaron en 2007, y el modelo modificado para los municipios que ingresaron en 2008 y 2009. Se hizo el supuesto que todos los hogares que tuvieran un ingreso proyectado mayor que la línea de pobreza no recibirían las transferencias.

Las tasas de fuga en las áreas urbanas son bastante similares que las tasas de fuga en las áreas rurales, como se aprecia en el cuadro 3.2.2. Al considerar la línea de pobreza relativa, la tasa de fuga es 23.7%, levemente mayor que la rural. Aun cuando el PMT no se administra en los municipios de pobreza extrema severa, se observa que las tasas de fuga aumentan según avanza el año de ingreso a *CSR*. Por ejemplo, la fuga es alrededor de 21% en los municipios de pobreza extrema severa y es alrededor de 24% en los de pobreza extrema alta.

**Cuadro 3.2.2. Tasas de fuga estimadas en las áreas urbanas de los municipios de *CSR***

	Tasa de fuga	Subcobertura	
		Todos los hogares	Hogares con niños elegibles
100 municipios de <i>CSR</i>	23.7%	30.4%	11.1%
<b><i>Por nivel de pobreza extrema:</i></b>			
Municipios de pobreza extrema severa	21.5%	27.0%	---
Municipios de pobreza extrema alta	24.5%	31.7%	14.3%

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Mapa de Pobreza. La línea urbana de pobreza relativa es de \$2.12 per cápita por día; las cifras de ingreso fueron normalizadas a precios de 2003.

En las áreas urbanas la subcobertura surge tanto de la focalización categórica como de las predicciones del ingreso con base en el PMT. En estos estimados, la tasa de subcobertura es la proporción de hogares que son excluidos porque el PMT predijo que su ingreso estaría por arriba de la línea de pobreza seleccionada. Se observa que la combinación de PMT y requerimiento de grupo de edad excluye al 30% de los hogares extremadamente pobres en municipios de *CSR*. La tasa es más baja en los municipios de pobreza extrema severa (27.0%) que en los de pobreza extrema alta

(31.7%). Sin embargo, la subcobertura se reduce a 11.1% cuando se limita la muestra a los hogares que cumplen con los requisitos demográficos.

### 3.2.3. Índice Coady-Grosh-Hoddinott

A pesar que las tasas de fuga y cobertura son útiles, también tienen sus limitaciones. Como en el caso de *CSR*, la focalización puede, por diseño, crear fugas y subcobertura. La subcobertura a menudo ocurre al utilizar focalización demográfica, o como en algunos otros programas, por la autoselección. Segundo, las líneas de pobreza no siempre se definen de manera consistente. Algunos países tienen varias líneas de pobreza, como en El Salvador, o simplemente pueden tener diferentes definiciones de pobreza. Como resultado, no se pueden comparar confiablemente las tasas de fuga o subcobertura de los diferentes programas de protección social.

Para medir las fugas y la subcobertura, se debe partir de una línea de pobreza, para determinar si hogares específicos tienen ingresos proyectados por debajo de esa línea. Como se mencionó anteriormente, los hogares verdaderamente pobres que no son elegibles se consideran como subcobertura, mientras que los beneficios que llegan a hogares que no son verdaderamente pobres se consideran fugas del programa. Aunque es importante calcular las tasas de fuga y subcobertura, estos resultados no se pueden comparar fácilmente con otros programas, en parte, porque dependen de la línea de pobreza utilizada en un país, y en parte, porque la focalización utilizada usualmente varía entre los diferentes programas. Por ejemplo, *CSR* se focaliza solamente a los hogares con niños; por lo tanto, cualquier hogar que con base en el análisis caiga bajo la línea de pobreza pero que no tiene niños, necesariamente se categorizará como subcobertura. Otros hogares que no caen bajo la línea de pobreza pueden ser cubiertos por diseño, por ejemplo, si residen en el área rural en los municipios, por lo que se caracterizarían como fuga.

Para proporcionar una medida que posibilite la comparación entre programas, Coady, Grosh y Hoddinott (2004) desarrollaron un índice (conocido como el índice Coady-Grosh-Hoddinott, o CGH) que puede ser utilizado con facilidad. El índice CGH es el porcentaje de beneficios que reciben los hogares que se ubican por debajo de un punto específico en la distribución de ingreso. Usualmente se calcula el índice CGH para el 10, 20, o tal vez el 40% de la distribución de ingreso; sin embargo, las cifras para el 20% están disponibles para programas de la mayor cantidad de países.

La mejor manera de ilustrar el uso del índice CGH es por medio de un ejemplo. Si el 80% de los beneficios de un programa de protección social los reciben los hogares en el 20% más bajo de la distribución de ingreso, el índice CGH sería  $80/20=4$ . Si cada individuo u hogar en el país recibiera la misma cantidad de un programa, el índice CGH sería 1, pues 20% de los beneficios lo recibiría el 20% de la población; por lo tanto, valores cercanos a 1 indican un desempeño pobre. Puesto que el índice CGH puede estimarse para cualquier programa para el que se cuente con información disponible, es fácil hacer comparaciones entre programas y países.

Ya que las tasas de fuga y subcobertura no son ampliamente comparables entre países, se calcula el índice CGH, que es más comparable, como se discutió en la sección anterior. Debido a que en El

Salvador hay líneas de pobreza diferentes para las áreas urbanas y rurales, se calcula por separado el índice para las áreas rurales, urbanas, y para todo el país (cuadro 3.2.3). Se reportan los índices para el 10%, 20% y 40% más bajos de la distribución de ingreso en cada área y para cada año de ingreso. Estos índices se calculan utilizando los estimados de las transferencias mensuales que recibirían los hogares elegibles según los datos del Mapa de Pobreza: a los hogares elegibles para recibir el bono de salud o de educación se les asignan \$15 mensuales y a los hogares que cumplen con los requisitos para ambos, se les asignan \$20 mensuales. A pesar que las tasas de fugas en las áreas rurales pudieran considerarse grandes, los índices resultantes son bastantes altos: 2.13, 3.13 y 4.11 para los percentiles 40, 20 y 10 en la distribución nacional de ingreso, respectivamente. Al analizar a lo largo de los años de ingreso a *CSR*, los índices CGH son más altos en las áreas que se incorporaron primero; aún así, el CGH-40 nunca baja de 2.0 y el CGH-10 se mantiene por arriba de 3.6 en las áreas que se incorporaron en 2009.

**Cuadro 3.2.3. Índices Coady-Grosh-Hoddinott por área geográfica y percentil de ingreso**

Área geográfica	CGH	CGH	CGH
	Percentil 40	Percentil 20	Percentil 10
Áreas rurales	2.13	3.13	4.11
Áreas urbanas	1.80	2.16	2.16
Todo el programa	2.07	2.94	3.73

Fuente: Informe de la Eficacia de la Focalización (IFPRI-FUSADES 2008).

Los índices en las áreas urbanas son un poco más bajos: 1.80, 2.16 y 2.16 para los percentiles 40, 20 y 10, respectivamente. Al igual que para las áreas rurales, cada índice CGH se reduce en las áreas que se incorporan más adelante; sin embargo, en 2008 y 2009, el CGH-40 es en verdad más alto que el CGH-10. Los índices CGH para todo el programa son cercanos a los del área rural, estimándose en 2.07, 2.94 y 3.73 para los percentiles 40, 20 y 10, respectivamente.

En términos generales, el índice CGH señala que la focalización de *CSR* es muy buena. Cuando se compara con otros programas en América Latina y el Caribe (cuadro 3.2.4), se observa que el desempeño en *CSR* es mejor que casi todos los programas de protección social en la región identificados en un estudio reciente (Lindert et al., 2007). Si se considera que para el 20% más bajo de la distribución de ingresos, solamente Bolsa Familia en Brasil y el programa SUF están mejor focalizados que *CSR*, pues ellos tienen índices CGH de 3.65 y 2.98, respectivamente. *CSR* tiene un desempeño un poco más bajo al usar el CGH para el 40% de la distribución de ingresos, pero solo ligeramente. Es importante señalar que la focalización de *CSR* es mucho mejor que otros programas con perfil alto, como Oportunidades en México. Mientras que *CSR* llega al 20% de ingresos más bajos con el 56% de sus transferencias, Oportunidades solo llega al 20% más pobre con el 34.6% de sus transferencias.

**Cuadro 3.2.4. Índice CGH para 45 programas de asistencia social en América Latina y el Caribe**

<b>País</b>	<b>Año</b>	<b>Programa</b>	<b>CGH-20</b>	<b>CGH-40</b>
BRA	2004	Bolsa Familia-PNAD 2004	3.65	2.35
CHL	2003	SUF	2.98	2.10
<b>ES</b>	<b>2008</b>	<b>Comunidades Solidarias Rurales</b>	<b>2.94</b>	<b>2.07</b>
CHL	2003	Solidario	2.81	2.02
BRA	2004	Pre-BFP (BA, BE, PCA, AG) PNAD 2004	2.70	2.10
BRA	2004	PETI PNAD 2004	2.50	2.10
BRA	2003	Auxilio Gas (POF 2003)	2.39	2.01
PER	2003	Almuerzo escolar	2.25	1.94
PER	2003	Comedor infantil	2.13	1.87
ARG	2003	Head of household program	1.60	1.80
PER	2003	Desayuno escolar	2.22	1.79
BRA	2004	School Feeding (7-15), PNAD 2004	1.95	1.67
CHL	2003	Disability PASIS	1.74	1.66
BRA	2003	Bolsa Escola (POF 2003)	1.98	1.63
MEX	2002	Oportunidades (PROGRESA)	1.73	1.58
COL	2003	FAMI	1.91	1.53
BRA	2003	Renda minima (POF 2003)	1.30	1.49
COL	2003	Community child care or kindergarten	1.85	1.49
DOM	2004	TAE-School Assist. Card	1.75	1.48
COL	2003	Restaurante escolar	1.47	1.47
CHL	2003	Old age PASIS	1.32	1.47
DOM	2004	PAE-School Feeding	1.60	1.46
COL	2003	Preschool lunch	1.65	1.46
BRA	2004	BPC PNAD 2004	1.00	1.43
COL	2003	School snack or lunch	1.48	1.42
PER	2003	Vaso de leche	1.44	1.36
COL	2003	Preschool snack	1.52	1.35
CHL	2003	Family allowance	1.19	1.30
CHL	2003	Potable water subsidy	1.18	1.27
GUA	2000	Powdered milk or glass of milk	1.03	1.21
GUA	2000	School breakfast	0.89	1.14
GUA	2000	School materials packet	0.89	1.06
PER	2003	Comedor popular	1.01	1.03
GUA	2000	Glass of corn mush (atol)	0.86	0.97
DOM	2004	PROMESE-medicines	0.85	0.90
DOM	2004	INESPRE/Popular markets	0.83	0.89
GUA	2000	School snack	0.66	0.85
COL	2003	School scholarship	0.69	0.72
CHL	2003	Scholarships	0.56	0.63
MEX	2002	PROCAMPO	0.60	0.60
DOM	2003	Gas Subsidy	0.46	0.59
MEX	2002	Other Gov transfers	0.37	0.54
MEX	2002	Scholarships & Donations	0.26	0.25
GUA	2000	Nutrition pension (alimenticia)	0.06	0.17
GUA	2000	School transport subsidy	0.13	0.17
		<b>PROMEDIO</b>	<b>1.44</b>	<b>1.33</b>

Fuente: Lindert et al. 2007. The Nuts and Bolts of Brazil's Bolsa Familia Program. Washington, DC: The World Bank, para todos los programas, excepto para *Comunidades Solidarias Rurales*.

### **3.3. ¿Minimiza el mecanismo de focalización los errores de inclusión (fugas) y exclusión (subcobertura)?**

El análisis completo de la efectividad del mecanismo de focalización se presentó en el capítulo 4 del “Informe de la Eficacia de la Focalización” (IFPRI-FUSADES 2008); en esta sección se presenta un resumen de los resultados más relevantes. Pero antes, es importante señalar que la focalización de *CSR* se basa principalmente en categorías geográficas y demográficas, y que, como se mostró en la sección anterior, ese mecanismo ha funcionado bastante bien. En esta sección se evalúa el mecanismo adicional que se aplicó en las áreas urbanas de los municipios de pobreza extrema alta, es decir, el uso de una prueba variables próximas (PMT).

El PMT está basado en un análisis con base en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) de 2003, realizado por encargo del FISDL; las variables utilizadas en el modelo fueron incluidas con base en un método desarrollado por Grosh and Baker (1995). Posteriormente, previo a su aplicación a partir de 2007, el PMT fue modificado con base en la información utilizada para construir el Mapa de Pobreza, la que a su vez está basada en las EHPM de 2001 a 2004. Por último, el PMT fue nuevamente modificado previo a su aplicación a partir de 2008. Las variables seleccionadas fueron todas incluidas en los censos de *CSR*.

Antes de continuar, es necesario señalar que un mecanismo de focalización ideal tiene cuatro características. Primera, las variables usadas en el PMT deben estar disponibles tanto en una encuesta representativa en el ámbito nacional, e idealmente en una representativa en el ámbito regional, como en los datos censales usados para determinar la elegibilidad para el programa. Segunda, las variables deben estar correlacionadas con el ingreso o los gastos, dependiendo de la variable que se usa para determinar la tasa de pobreza. Tercera, debe ser razonablemente sencilla, para que los administradores de un programa puedan aplicarlo con facilidad. Cuarta, el PMT idealmente limitaría los errores de inclusión y exclusión hechos por el programa.

Puesto que las tres primeras características están presentes en el PMT utilizado por *CSR*, el análisis realizado se centró en evaluar qué tan bien miden los niveles de pobreza en las áreas urbanas de los municipios los modelos utilizados en 2007 y en 2008-2009. Al usar los PMT para predecir las tasas de pobreza, utilizando las bases de datos del Mapa de Pobreza, talvez el hallazgo más importante es que ambos parecen sobreestimar las tasas de pobreza total, aunque el modelo aplicado en 2007 en un grado un poco menor (cuadro 3.3.1); es decir, al aplicar el PMT, se generan más fugas de las que resultarían si hubiera un PMT ideal que fuera capaz de predecir perfectamente la pobreza. Sin embargo, se considera que no es preocupante la cantidad de fugas; después de todo, no se aplicó ningún PMT en las áreas rurales en esos municipios. Puesto que el programa parece estar cómodo con algunos errores de inclusión o fugas, y desde la perspectiva que el PMT existe para excluir principalmente los hogares no pobres de las áreas urbanas, puede considerarse que se está logrando ese objetivo.

**Cuadro 3.3.1. Poder predictivo de los PMT con respecto a las tasas de pobreza, áreas urbanas de los municipios de CSR**

	Tasas de pobreza en población (Mapa de Pobreza)	Tasas de pobreza predichas por PMT	
		PMT 2007	PMT 2008 y 2009
Áreas urbanas, municipios CSR	<b>55.9%</b>	<b>73.6%</b>	<b>75.7%</b>
<b>Por año de ingreso a CSR</b>			
Grupo 1 - 2005	73.7%	92.4%	85.4%
Grupo 2 - 2006	71.0%	94.0%	86.6%
Grupo 3 - 2007	58.1%	75.0%	82.2%
Grupos 4 y 5 - 2008	58.3%	73.4%	78.4%
Grupo 6 - 2009	52.3%	61.7%	70.4%

Fuente: Informe de la Eficacia de la Focalización (IFPRI-FUSADES 2008).

El análisis realizado y presentado en agosto de 2008, buscó algunas formas para mejorar el PMT aplicado a partir de 2008, para limitar la subcobertura y prevenir fugas adicionales. Al respecto, en su momento, se sugirieron tres modificaciones menores al PMT, las que mejorarían su poder, como se demuestra en el cuadro 3.3.2:

a) Para definir los coeficientes para las variables utilizadas en los modelos de PMT, se utilizaron los datos del Mapa de Pobreza, los que fueron recolectados entre 2001 y 2004. Puesto que el FISDL decidió usar la línea de pobreza de 2007 de \$2.56 per cápita por día como punto de corte para definir si un hogar sería beneficiado con las transferencias, se sugiere agregar 0.156 puntos a la constante que actualmente tiene el modelo utilizado, para dar cuenta de la inflación ocurrida entre la recolección de los datos del Mapa de Pobreza y 2007.

b) Tanto el PMT que se administró en 2007 como el que se administró a partir de 2008, incluyen una sola constante en el modelo correspondiente, lo que equivale a hacer el supuesto de que las condiciones en todos los municipios son similares. Sin embargo, al añadir al modelo variables indicadoras de municipio ayuda a mejorar la predicción de tasas de pobreza, lo que daría cuenta de las diferentes condiciones de mercado.

c) Adicionalmente, los PMT utilizados al incluirse en el modelo una variable continua que representa el número de bienes que el hogar posee, se hace también el supuesto implícito que cada bien que un hogar posee tiene la misma asociación con el ingreso. Sin embargo, al separar la variable continua en variables categóricas indicadoras de cada tipo de bien, muchas de estas variables tienen coeficientes bastante diferentes que el promedio; en general, se encuentra que los diferentes bienes tienen una asociación diferente con el ingreso.

**Cuadro 3.3.2. Tasas de pobreza predichas usando el PMT modificado y los PMT alternativos**

Modelo aplicado	Tasa de pobreza extrema	Tasa de pobreza total
Tasa de pobreza observada (Mapa de Pobreza)		55.90%
<b>Tasas de pobreza predichas por PMT</b>		
PMT-2008/2009	41.70%	75.70%
PMT modificado, variables indicadoras de municipios	33.00%	64.40%
PMT con variables indicadoras de bienes	33.50%	66.60%
PMT con variables indicadoras de bienes y de municipio	33.60%	65.60%

Fuente: Informe de la Eficacia de la Focalización (IFPRI-FUSADES 2008).

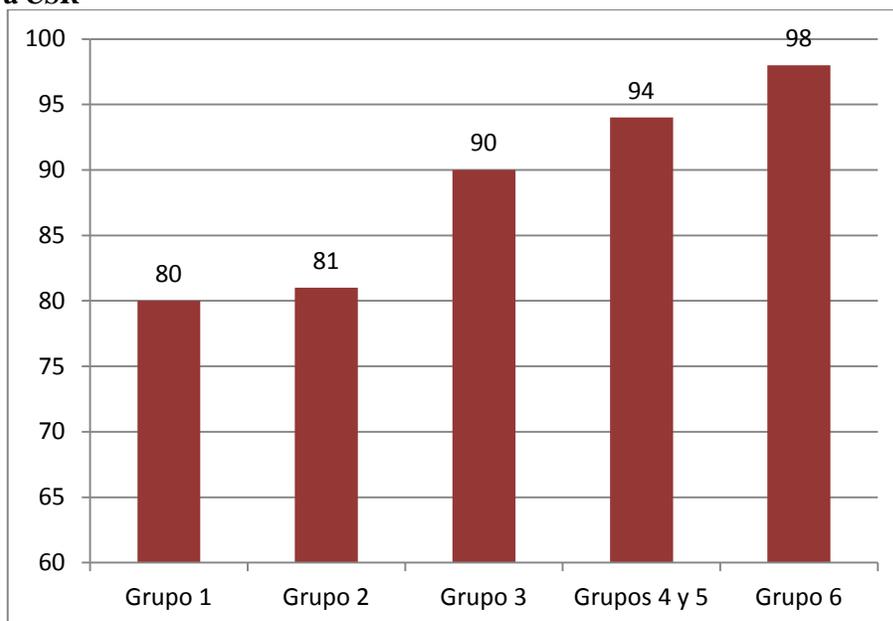
### **3.4. ¿Se han generado errores de exclusión adicionales, limitando el ingreso al programa de nuevos beneficiarios?**

El análisis presentado anteriormente, así como el descrito en IFPRI-FUSADES, 2008, excluyó lo que parece que se ha convertido en una regla importante para la focalización, pero que lleva a errores de exclusión (o subcobertura) adicionales. Es importante señalar que el desempeño del mecanismo de focalización probablemente ha tendido a declinar a medida transcurre el tiempo desde que cada municipio ingresó a *CSR*, puesto que los únicos hogares elegibles para recibir las TMC son los que cumplen con las características demográficas al momento de la realización del censo en su municipio. Las nuevas madres que habrían quedado embarazadas hasta después del censo, no son elegibles a pesar que algunas podrían ser pobres. Por lo tanto, el Programa sistemáticamente, hace errores de exclusión. En esta sección se hacen algunas consideraciones al respecto.

Puesto que el número de madres que serían afectadas en áreas urbanas de los municipios es pequeño, se considera que este problema es relativamente más pequeño que para las madres viviendo en áreas rurales. Más aún, no se cuenta con datos para determinar cuáles hogares en las áreas urbanas de los municipios no pasarían el PMT, por lo que no se intentó cuantificar los errores de exclusión adicionales en las zonas urbanas. Sin embargo, sí se estimaron los errores de exclusión adicionales que pudieran estarse generando en las zonas rurales.

La cantidad de transferencias que son enviadas a los municipios desciende con el tiempo después de su ingreso al programa, al igual que desciende el número de beneficiarios en cada municipio. Esto se ilustra en la gráfica 3.3.1, en la que se presenta la proporción de beneficiarios que todavía recibían transferencias en 2010, con respecto al máximo de beneficiarios que tuvo cada municipio cuando ingresaron al Programa. Por ejemplo, entre los municipios del Grupo 1, que entraron a *CSR* en 2005, el número de beneficiarios activos en 2010 es menos del 80% del número máximo de beneficiarios que llegaron a tener esos municipios. Aunque parte de este descenso puede ser explicado por deserciones, un gran porcentaje se debe a hogares que se gradúan del Programa sin ser reemplazados por nuevas madres.

**Gráfica 3.3.1. Proporción de beneficiarios activos en 2010, con respecto al máximo de beneficiarios que tuvieron los municipios cuando se incorporaron a CSR, por grupo de ingreso a CSR**



Nota: El Grupo 1 lo forman los municipios que ingresaron a CSR en 2005; el Grupo 2 los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008 y, finalmente, el Grupo 6 los municipios que ingresaron en 2009.

Fuente: Elaboración propia con información de FISDL.

La pregunta importante es, entonces, cuáles son las implicaciones para las estadísticas de focalización de no tener un mecanismo para incluir a nuevas madres. Primero, se debe considerar cómo esta regla afecta las tasas de fugas y subcobertura. Casi por definición, la tasa de fuga no se está afectando; cuando un grupo no pobre no recibe transferencias pero que tal vez sí se considerarían elegibles, las fugas no aumentan. El único tipo de error que puede ocurrir es la subcobertura adicional, por lo que no cambian las tasas de fuga presentadas en las secciones anteriores.

Sin embargo, es probable que la tasa de subcobertura aumente al ocurrir más errores de exclusión. Para estimar la cantidad adicional de la subcobertura que ocurre cada año después de que un municipio ingresa a CSR, se hizo lo siguiente. Primero, se recopiló el número de nacimientos que ocurrieron en cada municipio entre 2006 y 2009, usando datos proporcionados por el Ministerio de Salud<sup>22</sup>. Segundo, se utilizaron los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2007 para estimar el número de nacimientos de madres primerizas, por año de ingreso a CSR. Finalmente, se usó la EHPM 2007 para estimar el porcentaje de hogares con niños pequeños en los municipios de CSR que son pobres (57.2%)<sup>23</sup>. Finalmente, se multiplicó el número de nacimientos en los

<sup>22</sup> El número de nacimientos en 2009 se estimó como un promedio del número de nacimientos ocurridos entre 2005 y 2008, ya que como se muestra en el Anexo A, los datos para 2009 y la primera parte de 2010 no son confiables.

<sup>23</sup> Debido a que no se puede definir con claridad cuáles municipios pertenecen a CSR en la EHPM, puesto que no todos son autorrepresentados, se incluyeron los tres municipios de CSR para los que sí se incluye su

municipios, por la proporción estimada de partos de madres primerizas, por la proporción estimada de hogares pobres; el resultado es una estimación del número de nuevas madres que se hubieran considerado elegibles para recibir transferencias si hubiesen estado embarazadas al momento del censo. Finalmente, la tasa de subcobertura adicional se obtuvo dividiendo este número entre el total de hogares en cada municipio<sup>24</sup>.

Se utilizaron los cálculos anteriores para estimar cómo cambiarían en el tiempo las tasas de subcobertura en las áreas rurales (cuadro 3.3.3)<sup>25</sup>. En el primer año del programa, la única subcobertura se debe a la focalización categórica; hogares pobres que están abajo de la línea de pobreza no califican para recibir las transferencias porque no tienen niños en las edades requeridas. A medida que el programa avanza, los hogares con nuevas madres se convierten en un nuevo grupo que no son elegibles para el programa, aumentando la subcobertura. Por ejemplo, entre los municipios que ingresaron a CSR en 2005, la subcobertura estimada aumenta de 20.5% en 2005 a 27.3% en 2009, y continuaría incrementando en 2010. Se encontró un aumento similar en la subcobertura para municipios que ingresaron después. Puesto que en general una meta de los programas de protección social es limitar la sub-cobertura, se podría considerar que este incremento en la tasa es preocupante. Sin embargo, vale la pena notar que en este análisis no se incluyen los programas más nuevos que cubren a las personas pobres en algunas comunidades, tales como la Pensión Básica Universal.

**Cuadro 3.3.3. Estimaciones de tasas de subcobertura, áreas rurales de municipios de CSR, 2005-2009, con base en la exclusión de nuevas madres bajo la línea de pobreza**

Grupo de ingreso a CSR	Año				
	2005	2006	2007	2008	2009
Grupo 1 – 2005	20.5	22.2	23.9	25.6	27.3
Grupo 2 – 2006		21.7	23.4	25.1	26.8
Grupo 3 – 2007			18.4	20.6	22.8
Grupos 4 y 5 - 2008				23.3	27.3
Grupo 6 - 2009				22.6	24.2

Notas: La fuente de la tasa de subcobertura original es el Cuadro 3.2 en IFPRI-FUSADES 2008. Subcobertura adicional estimada a partir del Censo de Población y EHPM, ambos de 2007.

El Grupo 2 los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: elaboración propia.

Finalmente, se analiza cómo cambiaría en el tiempo el índice Coady-Grosh-Hoddinott (CGH) dado que la subcobertura está aumentando. La versión más comúnmente utilizada del índice CGH involucra la estimación del porcentaje de transferencias que llegan al 20% más pobre de la

---

identificación en la base de datos, así como todos los otros municipios que no son identificados. Como resultado, es probable que las estimaciones subestimen la pobreza y, por lo tanto, también la tasa de subcobertura.

<sup>24</sup> Dado que es probable que con el tiempo aumente el número de hogares en cada municipio, este indicador puede sobreestimar la subcobertura adicional.

<sup>25</sup> Se usaron las áreas rurales de los municipios de CSR porque no está claro si los hogares urbanos con nuevas madres pasarían el PMT, al menos para los municipios de pobreza extrema alta.

población, dividido entre 20 (por ciento). Estudiar los cambios en el índice CGH, entonces, involucra responder a dos interrogantes. Primero, ¿qué proporción de las nuevas madres caen en el 20% más pobre de la población y qué proporción de las transferencias ya no llegan al restante 80% de la población? si las nuevas madres, por ejemplo, se ubican entre los percentiles 25 y 50 de la distribución del ingreso, el índice CGH-20 (hasta el percentil 20) podría, en realidad, aumentar a medida que la subcobertura aumenta, pues una mayor proporción de transferencias ya no llegarían a hogares relativamente menos pobres. Segundo, ¿qué proporción de todos los hogares elegibles reciben solamente el bono de salud? si esta proporción es pequeña, entonces el efecto agregado sobre medidas como el índice CGH será pequeño, ya que la mayoría de hogares en el programa recibe el bono de educación o el combinado.

Desafortunadamente se carece de un buen conjunto de datos con los cuales estudiar dónde se ubican las nuevas madres en la distribución del ingreso; en parte, porque datos representativos a nivel nacional, recopilados recientemente (la EHPM) carecen de variables que permitan identificar a los municipios de *CSR*, y en parte, porque con esos datos también es difícil estimar el número de nuevas madres. Por lo tanto, para hacer cálculos aproximados acerca de los cambios en el índice CGH, fue necesario suponer que la distribución del ingreso de las nuevas madres es similar a la distribución del ingreso de todas las madres potencialmente elegibles para recibir el bono de salud en el subconjunto de la EHPM 2007 que pudiera representar a los municipios de *CSR*<sup>26</sup>. Bajo ese supuesto, se estimó el porcentaje de hogares elegibles para el bono de salud que caen en el 20<sup>o</sup> percentil de la distribución del ingreso, así como también el porcentaje de hogares arriba del 20<sup>o</sup> percentil. Se encontró que en áreas rurales, el 47% de los hogares elegibles para el bono de salud están debajo del percentil 20, y 31% de ellos están por arriba de éste.

De la submuestra de hogares en la EHPM que pertenecen, ya sea a municipios elegibles para *CSR* o en municipios que no se pudieron identificar, se estimó el porcentaje de ellos que serían elegibles para recibir el bono de salud que están abajo del percentil 20 de la distribución del ingreso, para medir la subcobertura adicional; se encontró que 47% de los que serían elegibles para el bono de salud están abajo del percentil 20. Sin embargo, de los hogares que serían elegibles para recibir el bono de salud, sólo el 17.6 % reciben únicamente el bono de salud, el resto recibe el combinado. Por lo tanto, los impactos en el índice CGH tienen que reflejar que solamente una pequeña proporción de hogares están dejando de ser incorporados como beneficiarios de las TMC.

De hecho, si se toman las disminuciones en el número de beneficiarios que se ilustran en la gráfica 3.3.1 como representativos de los cambios en la elegibilidad para el bono de salud, se encuentra que el cambio en el total de transferencias es demasiado pequeño para generar cambios en el índice CGH-20. Como resultado, éste continúa siendo de 3.13 para áreas rurales, 2.16 para áreas urbanas, y 2.94 para el programa en general.

---

<sup>26</sup> Se limitó la muestra a los tres municipios de *CSR* para los que sí se incluye su identificación en la base de datos, así como todos los otros municipios que no incluyen la variable que los identifique.

## **4. OBJETIVO 2: EVALUAR LA EFICIENCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA**

Los resultados de un programa pueden estar influenciados por la manera como éste es implementado, y en el caso de *CSR*, que tiene entre sus objetivos principales mejorar la educación, salud y nutrición de la población más pobre, también pueden estar influenciados por aspectos relacionados con la oferta de los servicios de educación y salud en los municipios estudiados. En este capítulo, y con el propósito de buscar elementos que puedan ayudar a ilustrar o a comprender mejor los resultados y los impactos encontrados, se discuten aspectos relacionados con la forma cómo está siendo implementado y como está operando el programa; también se comentan aspectos relacionados con la evolución de la cobertura de las diferentes intervenciones; por ejemplo, mejoras en infraestructura y otros servicios. Más adelante se presentan resultados relacionados con la calidad de la prestación de los servicios de educación y salud, y finalmente, se discute la percepción y experiencias de los beneficiarios con el programa y su satisfacción con la oferta de servicios de salud y educación.

### **4.1. ¿Qué tan bien está siendo implementado y operando el programa?**

En esta sección se evalúa la implementación y funcionamiento del programa *CSR*. En primer lugar, se analiza cómo ha evolucionado el porcentaje de hogares que son beneficiarios de las TMC. En segundo lugar, se estudia cómo han funcionado las ONG y los promotores con base en los resultados tanto de la evaluación cualitativa como de la cuantitativa; se abordan temas tales como el proceso del día de pago, percepciones y experiencias de las beneficiarias que han recibido descuentos y opiniones sobre los requisitos de selección del programa, y se incluyen algunas consideraciones acerca de los cambios administrativos e institucionales. En tercer lugar, se examinan los cambios en las funciones del Comité Comunitario y del Comité Municipal de Coordinación, desde la perspectiva de las beneficiarias y del personal que trabaja para el programa, con el propósito de determinar el éxito del fortalecimiento comunitario que busca *CSR*.

#### **4.1.1. Requisitos para selección de beneficiarios para recibir las TMC**

Para el tiempo cuando se llevaron a cabo la tercera y la cuarta encuesta, todos los municipios de la muestra habían ingresado ya al programa; además, todos los hogares de la muestra tienen características demográficas que las harían elegibles para recibir transferencias de *CSR*. Sin embargo, en la cuarta encuesta, el porcentaje de hogares que reciben transferencias ha disminuido levemente, de 84.2% en 2009 a 82.7% en 2010 (cuadro 4.1.1). Las beneficiarias están concentradas en hogares tipo 2, que son hogares con niños de edad entre 6 y 12 años que viven en ellos. Fueron encontrados muy pocos hogares tipo 2 que no se benefician del programa. Por otra parte, el porcentaje de hogares tipo 1, que son hogares con niños menores de 3 años de edad que viven en ellos, desciende levemente de 75.2% en la tercera encuesta a 68.8% en la cuarta encuesta. Hay menos beneficiarias en el Grupo 2 que en los otros tres grupos de municipios, probablemente porque el Grupo 2 ha estado en el programa por un período más largo.

**Cuadro 4.1.1. Hogares que reciben bonos, por grupo de ingreso a CSR (Porcentajes)**

Tipo de hogar y encuesta	Porcentaje total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b><i>Todos los hogares</i></b>					
Línea basal	44.8	95.6	98.6	0.0	0.0
Segunda encuesta	73.0	89.6	94.7	95.4	0.0
Tercera encuesta	84.2	76.1	85.8	85.6	87.8
Cuarta encuesta	82.7	76.3	84.6	84.5	84.5
<b><i>Hogares Tipo 1</i></b>					
Tercera encuesta	75.2	56.1	77.7	80.6	81.7
Cuarta encuesta	68.8	55.7	74.3	71.3	71.8
<b><i>Hogares Tipo 2</i></b>					
Tercera encuesta	92.9	93.6	94.0	91.1	93.7
Cuarta encuesta	95.7	95.2	94.6	96.7	96.0

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

Durante la cuarta encuesta, las razones que los hogares citan por las que no reciben el bono son similares a las obtenidas en las encuestas anteriores, y que se reportaron en el Informe de impactos a los dos años de implementación (IFPRI-FUSADES, 2010). La principal razón es que el primer embarazo de la mujer en el hogar ocurrió después que se había realizado el censo de CSR. Como se observa en el cuadro 4.1.2, este porcentaje es particularmente alto en los municipios de los Grupos 2 y 3 (que ingresaron a CSR en 2006 y 2007, respectivamente). Un 15.3% adicional de hogares indican que ellos o no vivían en el cantón al momento del censo o no fueron incluidos. Pocos hogares, por otra parte, sugieren que ellos no reciben el bono porque no cumplieron con las corresponsabilidades.

Por otra parte, hay un número notable de hogares que no saben por qué no reciben transferencias; este porcentaje aumentó de 11.5% en la tercera encuesta a 17.4% en la cuarta. Esto concuerda con hallazgos del estudio cualitativo; aunque algunos informantes claves mencionaron que antes de iniciar el programa se les explicó a los habitantes de las comunidades seleccionadas el proceso a seguir, no a todos les quedó claro. Como tampoco están claros para todas las personas los requisitos para pertenecer al programa; por ejemplo, no es claro por qué algunos hogares rurales son incluidos cuando “no lo necesitan” o por qué otros se excluyen cuando a su juicio tienen necesidad.

**Cuadro 4.1.2. Razones que los hogares dan para no recibir bonos, cuarta encuesta**

Razones	Porcentaje total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
No tuvieron suerte	9.0	12.3	1.9	10.4	9.2
No necesitaban la ayuda	0.8	1.3	0.0	1.4	0.0
No le gustaron las condiciones/corresponsabilidades	1.1	1.9	0.9	0.0	1.7
No lo censaron	15.3	16.2	10.4	12.7	21.8
Se embarazó después del censo inicial	37.2	42.9	40.6	29.4	36.1
No cumplió con las corresponsabilidades	4.2	3.9	6.6	2.8	4.2
No estuvo cuando levantaron el censo	9.0	8.4	6.6	9.8	10.9
No estuvo cuando firmaron el acuerdo familiar de corresponsabilidad	0.8	0.0	1.9	1.4	0.0
No cumplía con la condiciones cuando me censaron	8.8	9.7	4.7	11.9	7.6
No sabe	17.4	9.1	27.4	20.3	16.0
Otra razón	3.1	4.3	2.4	3.9	1.7
Número de observaciones	522	154	106	143	119

Notas: Se permiten respuestas múltiples. El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

Desde la perspectiva de intentar demostrar el impacto en indicadores seleccionados, el hecho de que la razón más frecuente por qué los hogares no están recibiendo el bono es el embarazo después del censo, podría ser preocupante, pero también es una oportunidad. La falta de incorporación de este tipo de hogares podría afectar los estimados de impacto en indicadores, tales como la proporción de mujeres que busca controles prenatales y la proporción de niños con controles de crecimiento en comunidades de CSR. Ya que estiman los “efectos sobre la intención de tratar”, o los impactos sobre quienes el proyecto pretendía tratar, el hecho de que una proporción notable de hogares no esté participando podría disminuir los niveles de significancia y magnitudes de los impactos estimados. Por otra parte, también hay una oportunidad para analizar los indicadores de los hogares que no participan en el programa. Se podrían considerar como “sostenibles”, por ejemplo, los resultados en esos hogares que no reciben transferencias, ya que esos hogares están indirectamente expuestos a CSR. En el capítulo 7 se retoma esta posibilidad.

En el trabajo de campo del estudio cualitativo, se preguntó a miembros de la comunidad y a informantes acerca de su percepción sobre la forma de seleccionar a los beneficiarios para recibir las transferencias. En Arambala, un miembro del comité comunitario cuestiona la focalización empleada para este programa: “*acá en el casco urbano se quedaron fuera algunas personas que necesitaban y el programa trae un reglamento que decía que algunas personas del casco urbano no aplicaban y que en cambio sí aplicaban los de la zona rural... hay personas que no tienen ninguna*”

*necesidad, pero que como por el hecho de ser de una zona rural sí aplicaban”* (EIC.Arambala.CM.MBL). Una informante clave en el cantón Pueblo Viejo en el municipio de Arambala, Morazán, expresa una postura diferente: *“...la población no entiende por qué se excluyó... porque algunos urbanos sí están involucrados, y quizá no deberían de ser del todo beneficiados. Pero en el convenio dice que es para el área rural”* (EIC.Puebloviejo.AIN.SLP). En el municipio La Laguna, Chalatenango, un miembro del comité comunitario cuestiona el proceso de focalización empleado para seleccionar a los beneficiarios.

En el estudio cualitativo se encontraron dos casos, el de un padre de familia de un hogar beneficiado y de un maestro, habitantes de dos comunidades diferentes que no están de acuerdo con que se entregue un bono a quienes gozan de un salario estable; afirma el maestro de la escuela en el cantón San Ildefonso, jurisdicción de San Esteban Catarina, San Vicente: *“no se hizo de una manera selectiva en el sentido de detectar a las familias que están en ese, en un grado de pobreza extrema...yo soy maestro no estoy en condiciones y recibo ayuda de este proyecto”* (EIC.Sanildefonso.LLPED.SCH).

Lo que sí tienen claro es que estar en el censo es el punto de partida para aspirar a ser beneficiario, de allí que la mayoría de informantes claves de las comunidades de estudio proponen que se realice un nuevo censo que incluya a las nuevas madres, en opinión de una funcionaria del comité municipal en el municipio Paraíso de Osorio: *“Ahora lo que estamos pidiendo y para mí es importante, es recensar o retomar esas madres solteras actuales que están creciendo, que han subido. Estamos hablando de un aproximado como unas 122 niñas y mujeres que ya son madres solteras y, por ende, necesitan y ameritan el apoyo”* (EIC.Paraísodeosorio.CM.RMR).

Los hogares sin hijos en las comunidades de estudio representan una minoría, al consultar a los informantes en estas comunidades su opinión sobre la inclusión de este grupo poblacional dentro del programa CSR, la mayoría coincide en que sería oportuna la entrega del bono para este grupo solamente si cumplieran con la condición de discapacidad, porque de otra manera tienen cómo trabajar y salir adelante; opinión de la promotora de la ONG de seguimiento en el cantón San Ildefonso: *“hay hogares que no tienen niños, pero en realidad los necesita, por ejemplo, gente con alguna enfermedad”* (EIC.Sanilldefonso.ONG.EBN).

Durante el primer estudio cualitativo los informantes clave sugirieron incluir en el programa a otros grupos poblacionales, siendo los ancianos el grupo con mayor apoyo para ser incluido. En el período entre la primera y la segunda ronda del estudio, el gobierno introdujo la entrega de la pensión básica universal para los ancianos de los municipios cubiertos por el programa. Otros grupos poblacionales que fueron mencionados son las personas con discapacidades.

#### **4.1.2. Seguimiento institucional: ONG de acompañamiento familiar y promotores**

La ONG de seguimiento y apoyo familiar desempeña un papel central en la operación del programa en los ámbitos municipal y comunitario. La cara visible de la ONG es el promotor, quien es el pilar del trabajo de esta organización en la comunidad. De hecho, los beneficiarios no identifican a la

ONG como institución, pero sí a las personas: promotores y coordinador local. Y esto es así, porque estas personas de la ONG sólo portan distintivos del programa y no de su institución.

En los 50 municipios incluidos en la muestra para esta evaluación, en 2009 trabajaban seis ONG de acompañamiento familiar (cuadro 4.1.3); la que está presente en más municipios de la muestra es Somos, que trabaja en 17 municipios (34%) seguida de Fundamuni, que trabaja en 12 municipios (26%). Las diferentes ONG están claramente representadas por región, lo cual corresponde también, en cierto grado, a los grupos de municipios por año de ingreso al programa. Por ejemplo, Asaprosar se concentra en comunidades que entraron en 2006 y a finales de 2008. En contraste, Calma está representada en municipios que entraron en 2007 y a inicios de 2008. Fundamuni y Somos están presentes en todos los grupos de municipios.

**Cuadro 4.1.3. ONG de acompañamiento familiar en los 50 municipios de la muestra- 2009**

Motivo	Número de municipios	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR				
		Total	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Asaprosar	8	16.0	27.0	0.0	7.0	31.0
Calma	6	12.0	0.0	9.0	33.0	0.0
Fundamuni	12	26.0	27.0	18.0	20.0	38.0
FUSAL	5	10.0	9.0	18.0	13.0	0.0
Seraphim	1	2.0	0.0	9.0	0.0	0.0
Somos	17	34.0	36.0	45.0	27.0	31.0

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuesta IFPRI-FUSADES a ONG de acompañamiento familiar, 2009

En el cuadro 4.1.4 se presentan algunas características de las ONG que trabajan en los municipios de la muestra. Por ejemplo, en promedio, han tenido presencia en los municipios correspondientes durante un poco más de tres años (36.9 meses). Aproximadamente en 38% de los municipios las ONG desarrollan también otros programas o proyectos; en este aspecto se observan diferencias que van desde el 45% en los municipios que ingresaron en 2006 hasta el 9% en los que ingresaron en 2007. Por otro lado, han trabajado específicamente como ONG de acompañamiento familiar, en promedio, por poco más de un año (12.5 meses); es decir, en general, las ONG han tenido presencia en los municipios desde antes de comenzar a trabajar con el programa. El cuadro muestra que no todos los municipios han tenido siempre la misma ONG de acompañamiento familiar. En efecto, entre los municipios de 2006, menos de la mitad han tenido siempre la misma ONG, y entre los de 2007 el porcentaje se reduce a menos del 10%; aún entre los municipios que ingresaron a inicios de 2008, 27% ya tienen una nueva ONG.

En el cuadro 4.1.4 también se presentan algunas de las características básicas del coordinador municipal que supervisa la implementación del programa y a los promotores. En general, tienden a ser mujeres, aunque esto varía mucho según los grupos de ingreso. Por ejemplo, los hombres son la mayoría en los municipios de 2006, mientras que las mujeres representan más del 80% en los

municipios de 2007. Los coordinadores municipales son relativamente jóvenes; la edad promedio es de aproximadamente 33 años.

Otra diferencia es el número de promotores por municipio, que se correlaciona con la población y geografía de cada municipio; ya que los del grupo de ingreso de 2006 son más pequeños, no es de sorprender que el número de promotores en los municipios de 2006 (6.2 en promedio) sea menos de la mitad de los que hay en el grupo de 2007 (13.2 promotores). No obstante, el número promedio de hogares que son atendidos por cada promotor, es menor entre los municipios de 2006 (116) que en el resto (cerca de 130).

**Cuadro 4.1.4. Algunas características de las ONG de acompañamiento familiar en los 50 municipios de la muestra- 2009**

Característica	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR				
	Total	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b><i>Experiencia en municipio</i></b>					
Presencia en municipio (meses)	36.9	63.5	32.8	27.6	28.4
Tiene otros programas o proyectos en el municipio (%)	28.0	45.5	9.1	33.3	23.1
<b><i>Experiencia como ONG en municipio</i></b>					
Tiempo como ONG de acompañamiento en municipio (meses)	12.5	24.0	8.5	10.0	9.6
Desde qué año (%)					
2006	12.0	54.5	--	--	--
2007	8.0	27.3	9.09	--	--
2008	50.0	0.0	18.2	73.3	92.3
2009	30.0	18.2	72.7	26.7	7.7
Primera ONG de municipio (%)	60.0	45.5	9.2	73.3	100.0
<b><i>Características de los coordinadores municipales</i></b>					
Género (% femenino)	62.0	45.5	81.8	60.0	61.5
Edad de coordinador municipal (años)	32.6	30.8	34.8	34.7	30.0
<b><i>Información sobre promotores</i></b>					
Número de promotores por municipio	9.5	6.2	13.2	9.7	9.1
Hogares atendidos por promotor					
Promedio	129.9	116.3	135.2	128.3	133.5
Mínimo	50.0	50.0	60.0	82.0	78.0
Máximo	200.0	160.0	200.0	171.0	179.0
<b><i>Número de observaciones</i></b>	<b>50</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>13</b>

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuesta IFPRI-FUSADES a ONG de acompañamiento familiar, 2009

Los beneficiarios reconocen que el promotor es la persona responsable de todos los aspectos diarios del programa. Para los beneficiarios, los promotores son la principal fuente de difusión de las actividades del programa. Un aspecto importante a destacar es que el promotor ofrece orientación personalizada a través de visitas domiciliarias.

En general, los beneficiarios tienen percepciones positivas de sus promotores, principalmente por su accesibilidad y solidaridad. Sin embargo, los informantes también expresaron que el trabajo del promotor puede mejorarse, en la medida en que respeten a las titulares y las posiciones político-partidarias de cada uno de los miembros de la comunidad. A diferencia de la comunicación horizontal y permanente que poseen los beneficiarios y promotores, los informantes beneficiados plantearon que sólo en escasas oportunidades pueden comunicarse con el personal del programa, dado que ellos no visitan frecuentemente las comunidades.

Según la segunda fase de investigación, los promotores siguen siendo reconocidos como una pieza clave del programa: verifican el cumplimiento de corresponsabilidades, que el bono sea bien administrado, ayudan a resolver los problemas administrativos relacionados con la TMC y son un canal de comunicación entre los beneficiarios y los encargados del programa, aunque es necesario continuar trabajando para hacer más fluida la comunicación. Finalmente, en opinión de los entrevistados, los promotores tienen a su cargo suficientes responsabilidades y no debería exigírseles más, porque se corre el riesgo de que descuiden el cumplimiento de sus obligaciones. El cambio más visible en las funciones que desarrollan los promotores desde que el programa se convirtió en CSR es que tienen bajo su cargo el monitoreo de la pensión del adulto mayor.

#### **4.1.3. Seguimiento a cumplimiento de corresponsabilidades**

Una de las posibles diferencias interesantes entre las ONG son los mecanismos que utilizan para asegurarse que los beneficiarios cumplan con las corresponsabilidades, y las acciones que toman en caso que no las cumplan. El monitoreo de las corresponsabilidades y la exactitud en los procedimientos para reportar los incumplimientos, pueden estar influenciados por factores como las dificultades logísticas de recolectar la información en cuanto a la asistencia escolar y de visitas a las unidades de salud, en particular si se encuentran geográficamente dispersas, o si los maestros y el personal de salud no siempre tienen la información disponible a tiempo. Algunos de estos factores se presentan en los cuadros siguientes, incluyendo el número de escuelas y unidades de salud que deben visitarse para obtener información para dar seguimiento al cumplimiento de las corresponsabilidades.

Los resultados relacionados con la asistencia escolar que se presentan en el cuadro 4.1.5 muestran que en cada municipio, los promotores de la ONG recogen información en aproximadamente 21 escuelas; este número es mucho mayor en los municipios de 2007 (30 escuelas) y menor en los municipios 2006 (16 escuelas). En promedio, las ONG reportan que deben visitar cada escuela 3.4 veces al mes, cifra similar entre los grupos de municipios. En contraste, en cada municipio los promotores de la ONG deben recoger información, en promedio, en 1.4 unidades de salud. El número promedio de visitas que reportan que deben hacer a cada unidad de salud es de tres visitas al mes.

**Cuadro 4.1.5. Aspectos relacionados con el monitoreo de corresponsabilidades de educación**

Indicador	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR				
	Total	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Número de escuelas que visitan	21	16	30	20	19
Promedio de escuelas por promotor	2.3	2.7	2.7	2.1	1.8
Número de visitas al mes a cada escuela	3.4	3.5	3.2	3.5	3.5
Número de establecimientos de salud que visitan	1.4	1.2	2.0	1.2	1.2
Número de visitas al mes a cada establecimiento	2.9	2.5	2.8	3.1	2.9

Notas: las observaciones son a nivel de municipio. El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuesta IFPRI-FUSADES a ONG de acompañamiento familiar, 2009

En el 85% de municipios, las ONG reportan que enfrentan problemas para obtener información de las escuelas; 30% dicen que los enfrentan todos los meses, siendo este porcentaje mayor (45%) en los municipios del grupo de 2007. Los problemas más frecuentes son atribuidos por las ONG a los maestros, principalmente por no tener actualizados los listados, cometer errores al pasar lista, o perder documentos como constancias médicas para justificar ausencias; también se quejan que los maestros no quieren atender a los promotores. Un porcentaje adicional menciona tener problemas porque algunos niños van a escuelas que están en otros municipios. Es interesante observar que estos problemas también se reflejan, de alguna manera, entre las causas para haber recibido descuentos, reportadas por los beneficiarios: errores administrativos o haber cambiado a los niños a otras escuelas.

**Cuadro 4.1.6. Aspectos relacionados con el monitoreo de corresponsabilidades de educación, según reportan las ONG de acompañamiento familiar, 2009**

Característica	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR				
	Total	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b><i>Qué tan frecuente es que tengan problemas en las escuelas (%)</i></b>					
Todos los meses	30.0	27.3	45.5	26.7	23.1
Otra frecuencia	56.0	72.7	36.3	66.7	46.2
Nunca	14.0	--	18.2	6.7	30.7
<b><i>Tipo de problemas (% , respuesta múltiple)</i></b>					
Los maestros no quieren atender al promotor	51.2	27.3	66.7	57.1	55.6
Los maestros no tienen actualizados los	53.5	63.6	44.4	57.1	44.4
Los maestros cometen errores al pasar lista	58.1	81.8	55.6	50.0	44.4
Los maestros pierden listados o documentos	41.7	0.0	60.0	50.0	20.0
Hay niños que van a escuelas en otros	7.0	9.1	11.1	7.1	0.0
Otros problemas	16.3	18.2	22.2	21.4	0.0

Notas: las observaciones son a nivel de municipio. El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuesta IFPRI-FUSADES a ONG de acompañamiento familiar, 2009

En cuanto al seguimiento de las corresponsabilidades de salud, en la mitad de los municipios de la muestra, las ONG reportan que enfrentan problemas para obtener información de los establecimientos de salud; 16% dicen que los enfrentan todos los meses, siendo este porcentaje mayor (27%) en los municipios del grupo de 2007 (cuadro 4.1.7). Como se observa, pareciera que es menos problemático para las ONG la obtención de información relacionada con la salud que con la educación. Los principales problemas reportados son de tipo administrativo: desactualización de la información o fallos en el registro de información en los cuadros de los niños.

**Cuadro 4.1.7. Aspectos relacionados con el monitoreo de corresponsabilidades de salud, según reportan las ONG de acompañamiento familiar, 2009**

Característica	Total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b><i>Qué tan frecuente es que tengan problemas en los establecimientos de salud (%)</i></b>					
Todos los meses	16.0	18.2	27.3	13.3	7.7
Otra frecuencia	34.0	18.2	36.4	33.3	46.1
Nunca	50.0	63.6	36.4	53.3	46.2
<b><i>Tipo de problemas (% , respuesta múltiple)</i></b>					
El personal no quiere atender al promotor	28.0	50.0	28.6	28.6	14.3
El establecimiento no tiene actualizados los registros	48.0	25.0	57.1	57.1	42.9
Errores al registrar la información en los cuadros de los niños	28.0	25.0	42.9	42.9	0.0
Hay niños que van a control en otros municipios	8.0	25.0	0.0	14.3	0.0
Pierden documentos o formularios	4.0	0.0	0.0	0.0	14.3
No tienen la documentación a tiempo	7.4	0.0	20.0	11.1	0.0
Otros problemas	16.0	25.0	28.6	0.0	14.3

Notas: las observaciones son a nivel de municipio. El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuesta IFPRI-FUSADES a ONG de acompañamiento familiar, 2009

#### **4.1.4 Cambios administrativos y cambios institucionales acogidos por las ONG**

A partir de 2010, los términos de referencia que deben cumplir las ONG de acompañamiento familiar sufrieron algunas modificaciones. Las más importantes, en lo que concierne a esta evaluación de impacto, son las que se refieren al eje 1, es decir, al acompañamiento de los hogares para que cumplan con sus corresponsabilidades, son las siguientes:

1. Se hacen explícitos los procedimientos que deben seguirse en casos problema, es decir, en los que se ha dado incumplimiento de las corresponsabilidades, inasistencia del día de pago, descuentos injustificados, etc.

2. Se eliminan las responsabilidades de la ONG en el desarrollo de actividades relacionadas con alfabetización de adultos, específicamente con el PAEBA.
3. El intervalo requerido para desarrollar al menos una jornada de capacitación en cada caserío se amplía de cada mes a cada dos meses.
4. Se agregan actividades relacionadas con el programa de pensión básica universal para adultos mayores.

Entre otros cambios están que las ONG ya no tendrán responsabilidad de apoyar en las actividades del eje 3, Generación de Ingreso y Desarrollo Productivo. También se introduce explícitamente la prohibición de realizar cualquier tipo de propaganda política o realizar proselitismo electoral durante la ejecución de actividades de CSR; también se agrega el requisito que para la contratación de promotores se les debe someter a evaluaciones psicotécnicas y a verificación de los antecedentes político-partidarios.

Además de los cambios en los términos de referencias, el representante entrevistado por una ONG de acompañamiento observó que hubo cambios institucionales en la relación entre la ONG y el FISDL posterior a convertirse de Red Solidaria a *Comunidades Solidarias Rurales*, sugiriendo que ahora había una relación más directa y comunicativa entre los dos. El mismo informante también se refirió a una comisión ‘mixta’ compuesta por personal de ambos, la ONG y del FISDL.

No es difícil entender por qué un representante de ONG veía esto como un cambio positivo en la estructura institucional: las ONG de acompañamiento desempeñan un papel central en la implementación del programa; por tanto, la creación de un espacio para una interacción más de cerca entre ellas y el FISDL probablemente sea de beneficio para el programa.

#### **4.1.5. Día de pago y el uso del cajero automático**

Las beneficiarias incurren en costos, en términos de dinero, tiempo, o ambos, para participar en CSR. Las beneficiarias tienen que transportarse al lugar del pago para recibir el bono, por lo cual pueden incurrir en un costo monetario si ellos pagan por el transporte. Las beneficiarias también tienen que esperar en el lugar del pago para recibir el bono, y el lugar puede ser o no un lugar al cual ellos viajarían. En el cuadro 4.1.8 se presentan estadísticas sobre los costos, en tiempo y dinero, relacionados con el proceso de pago, en la tercera y cuarta encuestas. El mayor costo de tiempo es en la espera, desde que llegan al lugar hasta que reciben las transferencias, el cual incrementa levemente, de 94 minutos en promedio a casi 101 minutos en 2010. El tiempo de viaje sigue siendo relativamente constante, en cerca de 51 minutos en promedio. El costo promedio de transporte es \$1 y \$1.1 en la muestra completa en 2009 y 2010, respectivamente, pero este promedio oculta diferencias geográficas. En 2009, por ejemplo, más de la mitad de hogares en el departamento de Cabañas reportó un gasto de más de \$2 por transporte.

**Cuadro 4.1.8. Costos relacionados con el desplazamiento al lugar de pago de los bonos en 2009 y 2010**

	Promedio total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b>Tercera encuesta</b>					
Tiempo en llegar (minutos)	50.6	56.1	50.4	53.4	42.9
Tiempo de espera (minutos)	94.4	79.2	82.4	109.0	98.3
Pago por transporte (ida y vuelta, \$)	1.0	1.2	1.1	0.9	1.1
Porcentaje con pago por transporte > \$ 2	23.0	32.0	26.6	20.7	14.5
<b>Cuarta encuesta</b>					
Tiempo en llegar (minutos)	50.7	53.2	50.8	54.6	43.9
Tiempo de espera (minutos)	100.7	98.2	93.9	106.1	102.5
Pago por transporte (ida y vuelta, \$)	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0
Porcentaje con pago por transporte > \$ 2	24.9	32.0	27.4	23.7	18.0

Notas: el número de observaciones es de 2,479 para la tercera encuesta y 2,433 para la cuarta. El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

En todas las rondas de encuestas, se preguntó a los hogares que reportaron recibir transferencias, si el proceso de pago había mejorado desde que el municipio ingresó a CSR (cuadro 4.1.9). La respuesta a esta pregunta depende un poco de la experiencia con el programa; en la segunda y tercera encuestas, las beneficiarias tendieron a reportar que el servicio había mejorado; por el contrario, en la cuarta encuesta, tendieron a reportar que el servicio no había cambiado. Cerca del 40% de los receptores reportaron un mejor proceso de pago en la cuarta encuesta, mientras que cerca del 54% afirmaron que era igual. El porcentaje de hogares que respondió que el proceso de pago ha empeorado es relativamente pequeño en todas las encuestas.

**Cuadro 4.1.9. Opinión de los beneficiarios sobre los cambios percibidos en el proceso de pago de las transferencias desde que se inició CSR en su municipio, por ronda de encuesta**

Opinión	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b>Línea basal</b>				
Mejorado	39.3	30.6	-	-
Igual	58.2	61.6	-	-
Empeorado	0.8	1.2	-	-
<b>Segunda encuesta</b>				
Mejorado	55.2	48.4	15.1	-
Igual	41.2	47.8	44.7	-
Empeorado	0.9	1.0	0.7	-
<b>Tercera encuesta</b>				
Mejorado	53.7	66.9	49.7	50.3
Igual	45.2	30.1	48.1	46.3
Empeorado	0.7	1.7	1.3	0.9
<b>Cuarto encuesta</b>				
Mejorado	40.7	40.6	41.2	40.3
Igual	53.4	54.2	54.1	54.4
Empeorado	4.8	4.5	3.1	3.2

Notas: Incluye solamente los hogares que reportan haber recibido bonos. Los porcentajes no suman cien pues no se reporta la opción "no sabe-no responde". El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

Durante el trabajo de campo cualitativo se observó que el proceso del día de pago está bien organizado en todas las comunidades estudiadas. Este día es una oportunidad para que beneficiarios, promotores y otro personal del programa socialicen. Así, una titular en Pueblo Viejo expresó: “*uno sale por dos cosas, por ir a traer el dinero y por ir a divertirse también, porque si no es así no sale*” (EC.Pueblo Viejo.HR.M). Además es un día de compra que estimula en alguna medida a la economía local. Una manera de explorar si la economía local se estaría beneficiando, es mediante la observación del porcentaje de hogares que reportan que van al lugar donde reciben los pagos; como se observa en el cuadro 4.1.10, el porcentaje de hogares que visitan los lugares donde se desarrollan los procesos de pagos, usualmente en las zonas urbanas de los municipios, se incrementa en el período entre encuestas; es interesante observar el incremento en los municipios del Grupo 2, que son los que más tiempo han estado en el programa: pasa de 41.9% en la línea basal a 56.0% en la cuarta encuesta.

**Cuadro 4.1.10. Porcentaje de hogares que visitan el lugar de pago por otras causas, por año de ingreso a CSR.**

	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR				
	Promedio total	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Línea basal	38.1	41.9	34.6		
Segunda encuesta	45.3	47.2	40.2	47.8	
Tercera encuesta	44.9	48.3	42.8	46.1	43.1
Cuarta encuesta	49.8	56.0	44.3	44.4	56.4

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

CSR ha implementado un sistema de pagos a través de cajeros automáticos en algunos municipios. En la investigación cualitativa fue posible observar el uso del cajero automático por los beneficiarios del cantón Agua Fría, jurisdicción de Tacuba, Ahuachapán. En general, este sistema de pago funciona, pero se les dificulta particularmente a las personas analfabetas. Por ello, es necesario reforzar la capacitación en el uso del cajero. Otro punto que surgió en cuanto al cajero automático, fue que la máquina se encuentra muy lejos de Agua Fría. Lo cual significa que los beneficiarios se ven obligados a viajar un distancia considerable para retirar sus transferencias; estos viajes incluyen tanto riesgo como gastos. A través de las encuestas cuantitativas, se pudo verificar que el aumento en la distancia no es exclusivo de esa comunidad. En el cuadro 4.1.11 se puede observar que el tiempo promedio que les toma a las beneficiarias llegar al lugar de pago es de más de 68 minutos para las que utilizan cajeros automáticos, mientras que a las que utilizan el proceso de pago tradicional les toma en promedio un poco más de 50 minutos. El costo de transporte para llegar al lugar de pago también es un poco más alto para las que reportan utilizar el cajero automático.

**Cuadro 4.1.11. Costos en tiempo y transporte para llegar al lugar de pago, tercera y cuarta encuesta**

	Tercera encuesta			Cuarta encuesta		
	Tarjeta de débito <i>CSR</i>	Otras tarjetas de débito	No tienen tarjetas de débito	Tarjeta de débito <i>CSR</i>	Otras tarjetas de débito	No tienen tarjetas de débito
Tiempo en llegar (minutos)	68.6	46.5	50.9	68.6	42.1	52.5
Tiempo de espera (minutos)	65.5	103.7	96.5	109.0	112.8	98.4
Pago por transporte (ida y vuelta en dólares)	\$1.10	\$0.85	\$1.02	\$1.15	\$0.85	\$1.05

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

Los hogares que reportan tener tarjetas de débito de *CSR* no parecen tener menores costos para recibir sus transferencias (cuadro 4.1.11). Durante la tercera encuesta se encontró que el tiempo que les tomaba esperar desde el momento que llegaban al lugar donde estaba el cajero automático, hasta el momento en que recibían su pago, era más bajo que para el proceso normal; sin embargo, esta diferencia ya se había erosionado para el tiempo de la cuarta encuesta. Los hogares se separaron en tres grupos: los que tenían tarjeta de débito de *CSR*, los que reportaron tener otras tarjetas de débito, y los que no tenían ninguna de las dos, puesto que el número de hogares que reportaron tener tarjetas de débito de *CSR* se redujo en la cuarta encuesta, pero se incrementó el número que tenía otras tarjetas de débito; para ambos grupos, el tiempo de espera se incrementó en la cuarta encuesta.

#### 4.1.6. Corresponsabilidades y descuentos

El cuadro 4.1.12 presenta la proporción de hogares beneficiarios que reportan que tuvieron descuentos en los bonos o que éstos les fueron suspendidos. En 2009, 13.6% de los hogares beneficiarios reportaron suspensiones o descuentos, mientras aproximadamente 11.2% de los hogares beneficiarios en 2010 reportaron tener sus pagos suspendidos o discontinuados en el año anterior a la encuesta. Finalmente, de los hogares que han experimentado descuentos o suspensiones, el 11.4% en 2009 y 8.8% en 2010 indican que se les ha pagado la suma original.

**Cuadro 4.1.12. Descuentos y suspensión de los pagos, tercera y cuarta encuestas, porcentajes**

Indicador	Promedio total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b><i>Descuentos o suspensión de pagos en el último año</i></b>					
Tercera encuesta	13.6	11.9	15.0	16.6	9.3
Cuarta encuesta	11.2	8.1	13.2	13.5	9.0
<b>Para los que les hicieron descuentos:</b>					
<b><i>Le repusieron después los descuentos que le hicieron</i></b>					
Tercera encuesta	11.4	5.9	12.9	10.5	16.4
Cuarta encuesta	8.8	11.9	11.3	5.3	10.0

Notas: el número de observaciones es de 2,479 para la tercera encuesta y de 2,625 para la cuarta. El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

Desde una perspectiva programática, es importante saber la proporción de beneficiarias que no recibe transferencias, y entender si la falta de pagos refleja problemas con la implementación, o con la conducta del hogar. De los hogares que han tenido descuentos en sus bonos, la mayoría lo atribuye a las faltas de asistencia de los niños a la escuela, como se observa en el cuadro 4.1.13. Muy pocos hogares indican que los descuentos se deben a corresponsabilidades relacionadas con salud.

**Cuadro 4.1.13. Razones a las que los hogares atribuyen los descuentos o suspensión de pagos**

Razón para el descuento	Promedio total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b><i>Tercera encuesta</i></b>					
Un niño faltó la escuela	54.3	57.7	48.9	53.6	61.4
Un niño faltó a controles de salud	3.9	9.6	2.2	4.3	0.0
Un niño no cumplió con las vacunas	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
No asistieron a las capacitaciones	2.1	1.9	2.2	2.9	0.0
Otra razón	23.7	25.0	26.7	22.3	21.1
No sabe	10.1	5.8	12.2	8.7	14.0
<b><i>Cuarta encuesta</i></b>					
Un niño faltó la escuela	64.1	61.9	70.0	62.8	60.0
Un niño faltó a controles de salud	6.4	9.5	6.2	7.1	3.3
Un niño no cumplió con las vacunas	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0
No asistieron a las capacitaciones	3.4	7.1	5.0	0.1	3.3
Otra razón	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
No sabe	9.2	11.9	7.5	7.1	13.3

Notas: El número de observaciones es de 337 para la tercera encuesta y 295 para la cuarta.

Se permiten varias respuestas para las razones porque hicieron descuentos o suspensión de pagos. El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

Faltar a la escuela es una de las principales razones para recibir descuentos, dichas faltas no siempre están relacionadas con problemas de salud. En ciertas ocasiones los niños llegan tarde debido a que primero deben ayudar con los quehaceres del hogar y algunas escuelas no les permiten entrar después de cierta hora; aproximadamente 10.1% y 9.2% de los hogares no saben por qué ellos tuvieron pagos suspendidos o discontinuados en 2009 y 2010, respectivamente, lo cual indica una brecha en la comunicación entre los promotores y los hogares receptores.

Sin embargo, ciertos hogares aún no tienen claros los incumplimientos que ocasionan sanciones monetarias y continúan atribuyéndolo a razones como no asistir a las capacitaciones. Otra situación que es confundida por las mujeres con una sanción por incumplir una corresponsabilidad, mencionada en el segundo estudio cualitativo, es la disminución en el monto del bono que se aplica cuando una familia deja de recibir el bono de educación y salud y pasa a recibir solo el de educación.

No asistir puntualmente a los controles de niño sano es otro motivo para recibir descuentos en el monto del bono, las madres explican que no siempre tienen dinero disponible para pagar el viaje hacia la unidad de salud y eso les impide asistir con regularidad.

En el estudio cualitativo se encontró que a los beneficiarios que entienden las condicionalidades les parecen justas y *“fáciles de cumplir”*. A los maestros también les parece justo que se apliquen descuentos cuando los niños faltan a la escuela, por ejemplo, pues en su opinión ciertos padres no muestran interés en la educación de sus hijos. Además, no solo las madres y los padres están conscientes de las responsabilidades que conlleva el recibir el bono, sino también los niños y niñas. Así, una madre en el cantón Los Zacatales dijo: *“Las niñas me dicen, mamá, ya me voy para la escuela porque si no voy le van a descontar el pisto de nosotros, dicen”* (EC.Zacatales.VL.M).

En general, las mujeres saben que deben cumplir con las corresponsabilidades y están de acuerdo con los descuentos cuando hay incumplimiento de su parte. Sin embargo, no les ha sido fácil acostumbrarse a rendir cuentas de sus acciones y someterse al sistema de controles implementado por el programa. Algunas se quejaron que no reciben reembolsos cuando los descuentos se deben a errores “administrativos” del programa. Esto también se detectó en la tercera encuesta cuantitativa, tal como fue reportado en el Informe de impactos a los dos años de implementación (IFPRI-FUSADES). Hay otras causas también relacionadas con la educación, que entre todas llegan al 13%, que probablemente no dependen solo de los hogares, si no, más bien, pudieran deberse a problemas administrativos en algún punto del proceso; en la mayoría de estas causas, se observan diferencias entre los grupos de municipios. Por ejemplo, hay un 4% que atribuye los descuentos o suspensión a que los niños más grandes, casi siempre adolescentes, ya no quisieron seguir estudiando, pero que los más pequeños no han faltado a la escuela. Otro factor mencionado es que los niños cambiaron de escuela o pasaron a PAEBA, pero que por alguna razón les hacen los descuentos aunque asistan regularmente a clases. También algunos hogares mencionaron que el niño ya había cumplido 5 años, por lo que ya no les dan el bono de salud, pero que como no va a la escuela no les dan el bono de educación. Para finalizar este tipo de causas, hay un pequeño porcentaje adicional que mencionan factores administrativos, ya sea en la escuela, de los promotores o del FISDL.

#### 4.1.7. Comité Comunitario

La primera fase de investigación de campo del estudio cualitativo que se llevó a cabo a mediados de 2009, reveló que en las seis comunidades estudiadas no existía ningún comité comunitario (CC), formado específicamente para el CSR, que estuviera funcionando. Sin embargo, la encuesta cuantitativa a las ONG de acompañamiento familiar, llevada a cabo entre octubre y noviembre de ese año, reportaron que en el 90% de los municipios de la muestra, funcionaban este tipo de comités (con excepción de los municipios del Grupo 5, en el cual funcionaban en el 69% de municipios). Para investigar qué podría estar detrás de esta aparente discrepancia, se contactó nuevamente a los coordinadores municipales para profundizar la información, mediante entrevistas telefónicas semiestructuradas. La mayor parte de los coordinadores municipales (86%) manifestaron que, a partir de la entrada de la nueva administración gubernamental, ha habido un redimensionamiento del papel de los comités comunitarios. En la actualidad, en buena parte de los municipios de la muestra, está aconteciendo un proceso de reactivación (incorporando y juramentando nuevos miembros) o de incorporación de las Asociaciones de Desarrollo Comunal (ADESCO) como comités comunitarios. Es interesante señalar que en el corto período que pasó entre la entrevista personal (entre octubre y noviembre) y la entrevista telefónica (diciembre), ya se observaron cambios en las estadísticas. Estos comités (muchos de los cuales son recientes) tienen un número promedio de miembros de casi 15 personas, de las cuales el 39% son mujeres y las reuniones se realizan en forma mensual. Hay poca variación en estas medidas por grupo de municipios, probablemente debido a que estos comités son tan recientes.

**Cuadro 4.1.14. Funcionamiento de Comités Comunitarios de CSR, 2009**

Indicador	Promedio total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b>Información obtenida entre oct. y nov. 2009</b>					
Municipios en los que funcionan (%)	90.0	90.9	100.0	100.0	69.23
Comunidades en los que funcionan <sup>1/</sup> (%)	54.6	46.3	60.1	64.5	45.2
<b>Información obtenida en diciembre 2009</b>					
Municipios en los que funcionan (%)	98.0	100.0	100.0	100.0	92.3
Comunidades en los que funcionan <sup>1/</sup> (%)	64.4	55.8	74.8	66.0	60.9
ONG recibieron lineamientos para fortalecer comités (%)	86.0	80.0	91.0	93.0	77.0
<b>Información sobre los comités</b>					
Número de miembros del comité (promedio)	15	13	16	15	14
Porcentaje de mujeres (%)	39	37	45	38	35
Número de reuniones al mes (promedio)	1	1	1	1	1

<sup>1/</sup> El porcentaje de comunidades se obtuvo dividiendo el número de comités comunitarios que se reportaron para cada municipio entre el número de comunidades (caseríos o barrios) que existen en el municipio, de acuerdo con la información del censo de FISDL.

Notas: la información es a nivel de municipio. El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuesta IFPRI-FUSADES a ONG de acompañamiento familiar, 2009

De acuerdo con los entrevistados, una de las nuevas atribuciones que se pretende potenciar a los comités comunitarios es en las áreas de esparcimiento, saneamiento ambiental, charlas educativas en salud preventiva en coordinación con la Unidad de Salud, capacitación en primeros auxilios, sensibilización y capacitación en la preservación del medio ambiente. Además, otro de los propósitos de este mayor protagonismo de los comités comunitarios, es que estas iniciativas buscan fortalecer las capacidades de formulación y gestión de proyectos, así como participar en las labores de validación y representación en el Comité Municipal de Coordinación.

Lo anterior se confirmó en la segunda fase de la investigación cualitativa, que se llevó a cabo en 2010, en la que se identificaron avances significativos en la presencia de estos comités con respecto a la primera ronda. Se observó que se ha hecho un esfuerzo de parte de CSR, FISDL y las ONG, por incrementar la participación ciudadana en el ámbito local. El nivel de involucramiento de los CC varía según la comunidad y hay distintas percepciones entre los líderes de ONG y FISDL y los miembros del CC en cuanto a sus roles y efectividad.

No obstante lo anterior, la investigación cualitativa reveló que, en general, hay un nivel bajo de conocimiento de los CC entre las beneficiarias. Este punto se investigó también por medio de las encuestas cuantitativas. Como se observa en el cuadro 4.1.15, durante la encuesta de 2009, casi tres cuartas partes de los hogares reportaron saber que en sus comunidades funcionaba un CC, mientras que en la última encuesta, en 2010, solamente 58% lo reportaron. Puesto que, como se comentó anteriormente, se dieron esfuerzos significativos para formar tales comités entre las dos rondas del trabajo cualitativo, podría ser el caso que muchos de esos comités no duraron mucho. Los resultados entre los diferentes grupos de municipios son bastante similares. Dicho esto, se encontró mejoras en el conocimiento de la existencia de Comités Municipales de Coordinación de CSR; los hallazgos cualitativos relacionados con estos últimos se comentan en el apartado siguiente.

**Cuadro 4.1.15. Conocimiento y participación en Comités Comunitarios y Municipales de CSR, tercera y cuarta encuesta**

	Conocimiento		Participación	
	Tercera encuesta	Cuarta encuesta	Tercera encuesta	Cuarta encuesta
Comité Comunitario	72.90%	58.30%	14.90%	9.70%
Comité Municipal de Coordinación	26.50%	30.20%	2.80%	3.90%

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

Durante el primer estudio cualitativo se evidenciaron algunos problemas en la implementación y funcionamiento de los comités comunitarios (CC). Las beneficiarias entrevistadas, así como otros informantes clave, respondieron que no conocían ningún comité vinculado con el programa y que cumpliera las funciones antes mencionadas; en algunos casos fueron confundidos con otras organizaciones comunitarias como directivas de agua, religiosas, ADESCO, etc. En Los Zacatales y Pueblo Viejo se mencionó que al inicio del programa se eligieron a las personas que integrarían dicho comité, aunque en la práctica no estaban operando. En San Ildefonso las beneficiarias expresaron que no había un comité comunitario, mientras que el personal de la ONG aseguró que sí existía. La falta de motivación y la apatía fueron señalados como las razones para la ausencia de

CC. En los casos en que no existía CC, algunas de sus funciones habían sido asumidas voluntariamente por líderes locales, principalmente el apoyo al promotor y la representación de la comunidad en el Comité Municipal de Coordinación. En este último caso se genera una superposición de roles: *“El Comité Municipal es el mismo Comunitario; pero a nivel de cantón no existe”* (EIC.LaCuchilla.ONG.ERB).

Durante el segundo estudio cualitativo se pudo constatar una mayor visibilidad de organizaciones comunitarias en los cantones atendidos por el programa e incluidos en el estudio. Dependiendo de la comunidad, esto implicó reactivar los comités existentes, motivar a que varios comités locales se involucraran en el programa (no sólo uno por comunidad), o establecer un comité nuevo. Los representantes del FISDL y de la ONG desempeñaron un papel principal en cultivar una mayor iniciativa local. De las cinco comunidades parte del estudio cualitativo cubiertas por CSR, tres tenían CC creados específicamente para las actividades del programa, y dos realizaban estas funciones a través de la ADESCO. Sin embargo, el grado de cumplimiento de las funciones asignadas por el programa varía, dependiendo de la comunidad y del tipo de organización existente. Debido a que los miembros que forman los CC específicos para el Programa, generalmente nunca habían participado en actividades similares, su entendimiento sobre las funciones que deberían desempeñar dependía de la información y la capacitación impartidas por el promotor, por lo que dijeron que estaban dispuestos a tomar más responsabilidad pero deseaban que hubiese mayor dirección y capacitación. En cambio, los integrantes de las ADESCO consideran que estas nuevas responsabilidades les han producido presiones de tiempo y financieras que han afectado su dedicación a las áreas del Programa.

#### **4.1.8. Comité Municipal de Coordinación**

La mayoría de las beneficiarias entrevistadas en la investigación cualitativa desconocen la figura del Comité Municipal (CMC) y sus funciones, a pesar de que en esta instancia se discuten casos concretos de familias atendidas por el programa. Algunas personas confunden el CMC con el concejo municipal, que es conformado por el gobierno municipal y presidido por el alcalde, y dado que en este último todos los miembros pertenecen al mismo partido político del alcalde, esto despierta desconfianza en las personas, sobre todo si no simpatizan con dicho partido.

En la mayoría de las comunidades atendidas por el programa hay representantes de la comunidad en el CMC; sin embargo, las beneficiarias no saben quiénes son, ni tampoco el trabajo que realizan. Para algunas personas lo visible de este Comité es el desarrollo de proyectos de infraestructura. Por lo tanto, puede asegurarse que la participación de líderes comunitarios en las reuniones del CMC no garantiza la participación real de la comunidad, de aquí que uno de los principales retos es difundir el rol del CMC y quiénes son las personas que lo integran, a fin de fortalecer los procesos de participación ciudadana.

Quienes participan en el CMC, sí conocen sus funciones y destacan su importancia, en tanto es un espacio interinstitucional donde se coordinan y validan las actividades del programa en las comunidades.

El CMC también es una instancia local que involucra a diferentes actores que se relacionan con el Programa *CSR* y permite una coordinación interinstitucional. Para fortalecer el rol de este comité se sugiere que los actores locales asuman un rol protagónico, que se revise la representatividad de sus miembros y se incorporen a nuevos actores, y que trabaje cercano a la gente. Un aspecto clave en la composición de este comité es la participación activa de la alcaldía, la siguiente cita ilustra este punto: *“Bien, la metodología es que está el asesor municipal del FISDL en cada municipio, ya está montado el comité de Red Solidaria municipal desde el inicio. Entonces se mantiene eh... nosotros como gobierno municipal el mecanismo que tenemos es que hemos nombrado a un referente del concejo municipal para que él esté en todas las reuniones. Como alcalde participo en unas y no en todas, por los compromisos de agenda interna...”* (EIC.LALAGUNA.TP1).

Después de la transformación de *Red Solidaria* en *Comunidades Solidaria Rurales*, el rol de los alcaldes se mantiene básicamente igual, pero algunos manifiestan que tienen una mayor comunicación con el gobierno central. Existe la expectativa que los alcaldes asuman un rol más protagónico, que participen en las diversas actividades del Programa. Hay una política deliberada del gobierno central de mantener un mayor contacto y comunicación con los alcaldes, lo cual, de consolidarse y de contar con la participación de representantes de todos los partidos, es algo muy positivo. Sin embargo, algunos informantes manifestaron que existe un alto riesgo de politizar el Programa si se le da demasiada participación y poder a los alcaldes en la conducción de *CSR*.

Finalmente, en la segunda ronda de la evaluación cualitativa, se indagó sobre el nuevo enfoque en la comunidad del programa *CSR* y se obtuvieron respuestas bastante variadas. Un gran número de entrevistados, especialmente en la comunidad, no pudieron identificar ninguna manifestación concreta del nuevo enfoque en la comunidad, y sentían que el programa seguía básicamente sin cambios en su orientación hacia hogares particulares.

#### **4.1.9. Uso del bono**

Una de las preocupaciones expresadas por algunas autoridades del gobierno y otros actores locales es en qué gastan el bono las beneficiarias. Dado que el bono se entrega en efectivo, es importante señalar que el dinero tiene una característica importante: es fungible o en otra palabra intercambiable. Así, los dólares que reciben las beneficiarias de este programa pueden usarse para comprar diferentes cosas: leche, medicinas, golosinas, gaseosas, zapatos, teléfono, etc. De ahí que, resulta difícil tratar de controlar que se gaste para un uso específico. Más aún, este bono se suma al ingreso familiar para financiar así las diversas necesidades del hogar. Por lo tanto, en el análisis sobre el gasto del bono no se debe perder de vista que el dinero es fungible.

A continuación se describe cómo la transferencia es dividida en los hogares, y en qué se gasta lo recibido. La información del cuadro 4.1.16 muestra que la cantidad promedio que reportan las beneficiarias haber recibido en el último pago, está en línea con lo que se espera, de acuerdo con los lineamientos del programa. El cuadro también muestra que muy pocas titulares reportan dar parte del bono a los cónyuges o compañeros de vida; en cambio, cuando la titular comparte una parte del

bono, ella con mayor frecuencia lo comparte con los hijos (29% en 2009 y 25% en 2010). Este hallazgo puede reflejar la percepción de que los hijos están ‘devengando’ el bono, o que los hijos pueden necesitar hacer algunos gastos escolares o comprar refrigerio mientras están en la escuela.

**Cuadro 4.1.16. Indicadores sobre los bonos recibidos, 2009**

Indicador	Tercera encuesta	Cuarta encuesta
Monto promedio del último bono -dólares	32.0	31.8
<b>Porcentaje que reportan dar parte del bono a otras personas:</b>		
A los niños		
Todos los hogares	29.5	25.0
Al esposo/compañero de vida *	3.0	1.2
Otras personas	0.5	
<b>Monto promedio que dan a otras personas (solo los que dan)</b>		
<b>- dólares</b>		
A los niños	9.8	11.7
Al esposo/ compañero de vida	12.5	11.6
A otras personas	12.5	17.5
<b>Número de observaciones</b>	<b>2,479</b>	<b>2,625</b>

\*Solamente las que tienen esposo o compañero de vida.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

Al preguntar sobre los rubros en los que gastan normalmente el bono que reciben, los gastos de alimentos son la respuesta más común, tanto en la tercera como en la cuarta encuesta (cuadro 4.1.17); el porcentaje de hogares que reportaron ese gasto pasó de 89.9% en la tercera encuesta a 95.2% en la cuarta. Otras categorías comunes son los gastos escolares, excluyendo uniforme y transporte (33.9% en 2009 y 27.6% en 2010), los gastos en medicinas y otros relacionados con la salud (20.0% y 16.9% en 2009 en comparación con 23.8% y 12.3% en 2010) y otros gastos del hogar (9.2% en 2009 y 10.2% en 2010).

En general, los beneficiarios de este programa son hogares en pobreza extrema y, por ende, la mayor parte de su gasto se destina a la compra de alimentos. Por lo tanto, se esperaría que una buena parte del bono se destine también a este rubro. Efectivamente, muchos de los beneficiarios entrevistados manifestaron que gastan parte del bono en alimentos. Por ejemplo, una madre de un hogar en Agua Fría contestó al ser interrogada sobre qué compra con el bono: “*azúcar, arroz y cositas, huevos también para que comamos todos así, porque no sólo los niños, verdad*”. (EC.Agua\_Fria.VS.M). Un aspecto importante es que varios beneficiarios contestaron que con el bono pueden comprar leche y verduras. Por ejemplo, un padre de familia en Los Zacatales al ser interrogado sobre qué tipo de alimentos logran comprar con el bono dijo: “*la leche para el niño, también para la niña grande*” (EC.Zacatales.VS2.P). Así que el bono posibilita, en algunos casos, a mejorar la dieta alimenticia, aunque sea por algunos días.

**Cuadro 4.1.17. Rubros en los que típicamente gastan el dinero de los bono, 2009 y 2010, porcentaje de hogares que reportaron el gasto**

Rubro	Tercera encuesta	Cuarta encuesta
Libros para la escuela	3.3	1.3
Otros materiales/útiles escolares	15.7	8.3
Uniforme escolar	10.4	1.4
Transporte para ir a la escuela	0.9	0.6
Otros gastos escolares	33.9	27.6
Transporte para ir a visitas/controles médicos	1.8	2.2
Medicina	20.0	23.8
Otros gastos de salud	16.9	12.3
Comprar comida	89.9	95.2
No gastaron - lo guardaron	0.8	0.3
Para insumos agrícolas o para algún negocio	0.2	0.2
Otros gastos de la casa	9.2	10.2
Otro gasto	3.5	7.5
Número de observaciones	2,479	2,433

Nota: Se permiten varias respuestas.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

Se considera que el bono debe gastarse en cosas para los niños. Una madre de una familia beneficiada en el cantón Las Pacayas, municipio de La Laguna en el departamento de Chalatenango, comentó lo siguiente: *“A veces les digo hoy sí vamos a comer bien les digo, porque a veces compro pollo en piezas y así les doy. Ellos me dicen como ese dinero es de nosotros nos va a dar un dólar a cada uno, pues yo les digo que no, porque soy yo la que lo voy a administrar, y a veces me preguntan que por qué al tiempo ellos se beben una gaseosa, yo les digo que sólo es por la ayuda que nos dan. Y si esta ayuda no la tenemos de otra forma no podemos comer. Y me dice una doctora, mire la gaseosa es mala, pero yo le digo que nosotros tomamos gaseosa una vez al tiempo. Y viera que ellos con una tacita que qué es, nada, pero ellos viera la gran alegría que les da”*. (EC.Pacayas.MN1.M).

Un miembro de un hogar en Pueblo Viejo, municipio de Arambala en el departamento de Morazán, ante la pregunta sobre en qué usa el dinero del bono respondió: *“para comprar las cosas de los niños...alguna ropita les compra cuando le sobra, o algún par de zapatos, todo lo que hace falta, los útiles, sí, se compran mochilas”*. (EC.PuebloViejo.PR2.OPR2).

El dinero es fungible y esto hace difícil observar un uso diferenciado del bono con respecto al resto del presupuesto. Se indagó si los beneficiarios utilizan en forma diferente el bono del resto del presupuesto del hogar. Por ejemplo, se le preguntó a una madre de un hogar en Las Pacayas si de los 30 dólares que recibe los mantiene aparte de lo que gana o si hace un solo presupuesto y su respuesta fue: *“No, eso yo lo tengo aparte”*. (EC.Pacayas.MN2.M). Una madre de familia en Pueblo Viejo respondió así: *“Sí, como hay veces que yo no hago venta esos días y ya el dinero queda aparte, a veces agarro dinero para hacer la venta, a veces no tengo para invertir, ya de ahí mismo agarro, pero yo siempre ya lo voy poniendo...”*. (EC.PuebloViejo.HR.M). Esta última respuesta muestra claramente que el dinero es fungible. En general, las respuestas obtenidas

muestran opiniones variadas que no permiten afirmar que sí lo utilizan en forma diferente o que no lo hacen.

También se indagó si los beneficiarios gastan en forma inmediata el bono que reciben. De los 56 hogares que respondieron, que representa solo el 58% del total entrevistado, el 71% respondió que no lo gastan inmediatamente. De ahí que, se puede inferir que varias familias ahorran parte del bono.

Otra área de interés para *CSR* es el aspecto del empoderamiento y poder de negociación de las mujeres. En el cuadro 4.1.18 lo reportado por las entrevistadas acerca de quién decide cómo se gasta el dinero de los bonos, en la tercera y la cuarta encuesta. En la mayoría de los hogares, cerca del 90%, la titular decide cómo gastar el dinero. Únicamente en unos cuantos casos la titular toma la decisión conjuntamente con alguien más o alguien más del hogar toma la decisión. Como con la mayoría de indicadores relacionados con el bono, no hay cambio entre las encuestas.

**Cuadro 4.1.18. ¿Quién decide cómo se gasta el dinero de los bonos? 2009 y 2010?**

<i>Persona</i>	Tercera encuesta Porcentaje	Cuarta encuesta Porcentaje
La titular	89.6	90.0
La titular y su cónyuge, en conjunto	8.2	7.5
La titular y el corresponsable (no cónyuge)	0.7	0.6
Otra persona del hogar	1.2	1.5
Otra persona fuera del hogar	0.3	0.8
Número de observaciones	2,479	2,433

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

#### **4.1.10. Resumen**

A pesar que todos los hogares de la muestra tienen características demográficas que los harían elegibles para recibir transferencias de *CSR*, durante la cuarta encuesta se encontró que sólo un poco más del 80% de ellos están participando en el Programa. Dada la estructura de nuestra muestra, la principal razón porque el porcentaje es tan bajo es que muchas mujeres se embarazaron después de la realización del censo en su comunidad. Los hogares no parecen estar excluidos del programa porque no están cumpliendo con las corresponsabilidades. Cerca del 14% de la muestra en 2009 y 11% en 2010 reportaron tener pagos descontados o suspendidos en el último año, lo cual ellos atribuyen principalmente a la falta de asistencia escolar de sus hijos.

Dos aspectos importantes en la implementación del Programa son la selección de los beneficiarios y el conocimiento de las corresponsabilidades. Con respecto a la selección, hay un porcentaje importante de hogares, 17.4% en la cuarta encuesta, que todavía no saben por qué no reciben transferencias. Tampoco es claro para todas las personas los requisitos para pertenecer al Programa, por ejemplo, por qué se excluyeron a los hogares pobres situados en los cascos urbanos. El Programa sí ha logrado que las beneficiarias conozcan sus corresponsabilidades. En general, las

beneficiarias no sólo entienden las condicionalidades para recibir la transferencia monetaria, sino que también les parecen correctas o adecuadas. Además, las mujeres saben que deben cumplir con las corresponsabilidades y están de acuerdo con los descuentos en caso de incumplimiento.

El seguimiento institucional es clave en la operación del Programa. Generalmente, las beneficiarias tienen percepciones positivas de los promotores de las ONG, quienes son reconocidos como apoyos fundamentales para el buen funcionamiento del Programa. Sí se escucharon quejas sobre las pocas oportunidades de comunicarse con personal del FISDL. Y la comunicación entre las ONG y el FISDL ha mejorado con la nueva administración. Sin embargo, existen problemas por parte de la ONG de seguimiento para obtener información de las escuelas y de los establecimientos de salud. Por ejemplo, hay problemas para contar con listados de asistencia escolar actualizados y con los documentos que justifican las ausencias.

El día de pago está generalmente bien organizado, pero hay dificultades en los lugares donde se utiliza el cajero automático. En la cuarta encuesta, cerca del 40% de los receptores reportaron un mejor proceso de pago, el 54% afirmaron que era igual y sólo un porcentaje relativamente pequeño señaló que el proceso ha empeorado.

El Programa ha tenido problemas con los comités comunitario y municipal, aunque se ha ido mejorando. Así, en la segunda fase de la investigación cualitativa en 2010 se encontraron avances significativos en la presencia de los comités comunitarios con respecto a 2009. Y todavía la mayoría de beneficiarias desconocen o tienen un conocimiento limitado o distorsionado del Comité Municipal de Coordinación. Por ello es importante mejorar la representatividad del Comité Municipal de Coordinación y la comunicación de su trabajo a las beneficiarias.

En resumen, *CSR* parece estar operando sin problemas en los municipios de la muestra. En la muestra, hay un número sustancial de no beneficiarias; en el capítulo 7 se tomó la oportunidad ofrecida por éstas no beneficiarias para observar si los indicadores principales son menores para ellos o no.

#### **4.2. ¿Cuál es la cobertura de las diferentes intervenciones?**

A través de las TMC, se pretende estimular la demanda de servicios de educación y salud, para lograr los objetivos trazados por el programa en términos de mejorar la educación, salud y nutrición de los hogares. El programa contempla que los hogares tengan un acompañamiento por medio de promotores, y que reciban cursos de capacitación para la vida, así como un programa de alfabetización de adultos. Además, busca potenciar la demanda de las familias para los servicios de salud y educación, a través de las intervenciones del lado de la oferta, mediante el fortalecimiento de los servicios de educación y salud y mediante la provisión de infraestructura básica.

Para mejorar el acceso de los servicios de educación, se estableció Redes Escolares Efectivas, es un programa que integra en un solo grupo una cantidad limitada de centros educativos que se encuentran en una misma zona geográfica, con el fin de ofrecer a niños y jóvenes la oportunidad de completar la educación básica bajo un mismo modelo pedagógico y con un sistema administrativo

coordinado. Para el momento de iniciar esta evaluación, ya estaban funcionando estas redes escolares en todos los municipios de la muestra.

Para facilitar el acceso a los servicios de salud en las áreas rurales, mediante la reducción de barreras relacionadas con las distancias, se creó el programa de Extensión de Servicios de Salud, que funciona a través de brigadas médicas que llegarían a los cantones por lo menos una vez al mes.

Además, como parte del Eje 2, el Programa busca dotar de servicios de agua, alumbrado y saneamiento básico al 100% de escuelas y unidades y casas de salud, además de mejorar la electrificación rural y los caminos rurales, principalmente los que llevan a los centros escolares y los establecimientos de salud. Además, el programa tiene un componente para llevar programas de alfabetización, principalmente mediante el Programa de Alfabetización y Educación Básica de Adultos (PAEBA). En los apartados siguientes se comenta la cobertura de estas intervenciones.

#### **4.2.1. Capacitaciones**

Las sesiones de capacitación son una parte integral del funcionamiento del programa; los promotores de las ONG son los encargados de conducir las para presentar información acerca del programa y sobre diferentes habilidades para la vida. Aunque las capacitaciones no son una parte condicional de las corresponsabilidades, la mayoría de beneficiarias creen que sí lo son. Puesto que la frecuencia de las capacitaciones cambió de mensual a bimensual a partir de 2010, se busca identificar si hay cambios en las respuestas acerca de la participación en las capacitaciones o los tipos de temas que las beneficiarias recuerdan. Se observa que, aunque casi todas las beneficiarias han asistido, por lo menos, a una capacitación desde que ingresaron al programa, de hecho, la participación ha disminuido (cuadro 4.2.1). En la tercera encuesta, cerca de tres de cada cuatro beneficiarias reportaron haber asistido a una capacitación el mes anterior; este porcentaje disminuyó a 65% en la cuarta encuesta.

Las capacitaciones son relativamente intensivas en tiempo, como se aprecia en el cuadro 4.2.1; en promedio, las sesiones duran un poco más de dos horas. Los cónyuges o compañeros de vida asistieron con la titular alrededor del 16% de las veces, lo cual no ha cambiado entre las últimas encuestas. Aunque se observa un leve descenso en el porcentaje de beneficiarias que comentan con los miembros de la familia o amigos acerca de lo que aprendieron, tres de cada cuatro beneficiarias todavía comentan con alguien acerca de lo que aprendieron. Entre los miembros de la familia, las beneficiarias específicamente indicaron que la mayoría lo hace con sus esposos o compañeros de vida (66%), seguido de sus hijos (59%) y otros parientes (51%). Más de la mitad reporta que comentan lo aprendido con otras personas, vecinos o amigos, lo que es una muy buena señal, ya que puede haber efectos de rebalse de conocimiento y aprendizaje más allá de las personas que asistieron a las sesiones de capacitación, incluso hacia otras personas que no son beneficiarias del programa.

**Cuadro 4.2.1. Aspectos relacionados con la participación en capacitaciones en 2009 y 2010, solamente las que reciben TMC**

Indicador	Tercera encuesta	Cuarta encuesta
Participó en por lo menos una capacitación desde ingreso a CSR (%)	99.3	99.0
Participó en alguna capacitación el mes anterior a la encuesta (%)	74.8	65.0
Aspectos relacionados con las capacitaciones:		
Duración promedio (minutos)	126.9	128.7
Ha asistido esposo o compañero de vida a algunas capacitaciones (%)*	15.8	16.6
Comenta lo que aprende con otros miembros de su familia (%)	85.8	75.6
Comenta lo que aprende con amigos o vecinos (%)	57.1	51.6

\* Solamente las que tienen esposo o compañero de vida.

Notas: el número de observaciones es de 2,479 en la tercera encuesta y 2,433 en la cuarta

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

A continuación se describe la variedad de temas a los que las beneficiarias reportan haber asistido desde que se inscribieron en CSR (cuadro 4.2.2). El tema más común es acerca de CSR y las corresponsabilidades, tal como se esperaba (87.0% en 2009 y 83.9% en 2010); sin embargo, no todas las beneficiarias mencionan haber recibido esta capacitación. Además, aproximadamente el 40 a 60% de las beneficiarias reportaron asistir a una variedad de otros temas, que incluyen derechos de los niños (59.2 % en 2009 y 63.5% en 2010), salud y nutrición infantil (57.2% en 2009 y 59.6% en 2010), participación y organización comunitaria (45.7% en 2009 y 45.9 % en 2010) y equidad de género (46.2% en 2009 y 49.2% en 2010). En el cuadro 4.2.2 también se observa que la dispersión de temas que las beneficiarias reportaron como última capacitación en la cuarta encuesta es mucho menor que durante la tercera encuesta; es más, casi dos terceras partes de beneficiarias entrevistadas para la cuarta encuesta señalaron que Vivienda Saludable fue el tema de la última capacitación recibida.

**Cuadro 4.2.2. Temas de las capacitaciones a las que ha asistido desde el ingreso al programa, según lo reportado en 2009 y 2010**

Tema	Desde ingreso a CSR		Última capacitación recibida	
	Tercera encuesta	Cuarta encuesta	Tercera encuesta	Cuarta encuesta
CSR y el cumplimiento de las	87.0	83.9	28.5	20.0
Participación y organización comunitaria	45.7	45.9	1.9	0.9
Equidad de género	46.2	49.2	2.3	1.6
Derechos de los niños y las niñas	59.2	63.5	18.1	9.5
Salud y nutrición infantil	57.2	59.6	7.6	5.6
Niños y niñas en riesgo (trabajo infantil)	41.9	47.0	3.5	1.9
Violencia intrafamiliar	44.6	51.0	2.9	2.2
Salud integral de la pareja	38.1	43.0	2.5	1.0
Vivienda saludable	46.0	66.5	10.5	44.8
Otros	20.6	12.3	22.3	12.5

Nota: Se permiten varias respuestas. El número de observaciones es de 2,479 para la tercera encuesta y de 2,433 para la cuarta.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

#### 4.2.2. Participación en PAEBA

Uno de los objetivos de *CSR* es mejorar la alfabetización de la población adulta. Para ello, los mayores de 15 años que no han completado la primaria tienen la oportunidad de ingresar al programa PAEBA. El cuadro 4.2.3 muestra cómo ha evolucionado la participación en este programa desde la línea base hasta la cuarta encuesta entre los hogares de la muestra. Como se observa, entre 12 y 15% de los adultos que no han completado la primaria se encuentran participando; las tasas de participación fluctúan entre encuestas, pero se mantienen entre 10 y 20%, dependiendo de los grupos de municipios. Llama la atención que la tasa de participación tendió levemente a aumentar en la tercera encuesta, para luego disminuir en la cuarta, observándose la mayor reducción entre los municipios del Grupo 2, que presentó una caída de 7 puntos porcentuales.

**Cuadro 4.2.3. Porcentaje de mayores de 15 años que no completaron la primaria y que participan en PAEBA, cualquier nivel.**

Indicador	Total	Grupos de municipios por año de ingreso a <i>CSR</i>			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Línea basal	13.3	19.7	13.9	10.3	10.5
Segunda encuesta	11.9	15.7	14.1	9.0	10.4
Tercera encuesta	15.3	20.8	17.0	12.7	12.0
Cuarta encuesta	12.7	13.4	15.0	10.9	12.2

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

#### 4.2.3. Extensión de cobertura de salud

Para facilitar el acceso a los servicios de salud en las áreas rurales, mediante la reducción de barreras relacionadas con las distancias, se creó el programa de Extensión de Servicios de Salud, que funciona a través de brigadas médicas que llegarían a los cantones por lo menos una vez al mes. Esta estrategia se lleva a cabo mediante dos modalidades: contratación de ONG como proveedores del servicio y mediante la formación de equipos médicos móviles del Ministerio de Salud. Esta estrategia sufrió modificaciones importantes a partir de julio de 2010; a partir de esa fecha, se suspendieron los contratos con las ONG y las brigadas fueron absorbidas por la modalidad institucional. Adicionalmente, en algunos municipios, las brigadas han comenzado a ser sustituidas por Equipos Comunitarios de Salud Familiar (ECOS Familiares), conformados por médico, enfermera graduada, auxiliar de enfermería, promotor de salud y polivalente de apoyo en logístico, transporte y archivo. Estos equipos tendrían su sede en los cantones céntricos en casas de la salud o casas comunales.

Antes de continuar, es importante resaltar que la cuarta ronda de encuestas se llevó a cabo apenas un par de meses después de iniciado el proceso de instalación de los ECOS Familiares; en los

cuestionarios aplicados se incluyeron algunas preguntas al respecto. Sin embargo, esta evaluación de impacto considera todo el período estudiado, a partir de finales de 2007 hasta 2010; por lo tanto, los resultados aquí presentados, pero sobre todo, los impactos en los indicadores de salud que se describen en los capítulos 5 y 6, no deben considerarse como una evaluación de la nueva estrategia. Para poder conocer los resultados de los nuevos ECOS Familiares, es necesaria una evaluación de impacto diferente cuando haya transcurrido tiempo suficiente.

En el cuadro 4.2.4 se presentan estadísticas acerca de la disponibilidad de equipos móviles en los municipios en las diferentes rondas de encuestas. Debido a los cambios institucionales relacionados con la atención a las comunidades rurales, en la cuarta encuesta se investigó la situación antes de julio y a partir de esa fecha; se han incluido ambos resultados. La disponibilidad de equipos móviles aumentó desde aproximadamente 73% en la línea basal, a 96% en la cuarta encuesta, antes de julio; este porcentaje se reduce a 67% después de cambiar la estrategia; la reducción es más marcada en los municipios del Grupo 2.

Otra estadística en la que se nota el cambio de estrategia es al observar que antes de julio, casi la mitad de los equipos eran operados por ONG, mientras que desde julio solo lo son el 9% de ellos. Aunque es muy pronto para detectar los impactos potenciales en la reducción de equipos móviles, sí se observó que aumentó el número de comunidades atendidas por cada equipo, que antes de julio era, en promedio, de 8.7 y pasó a 12.7. Esto tiene implicaciones no sólo por la entrega de servicios y el aumento de costos para los establecimientos, sino también porque se necesitarían esfuerzos mayores de coordinación requeridos, y el mayor número de población que deben atender.

La presencia de brigadas médicas también se investigó a través de los cuestionarios que se administraron en las comunidades (varios caseríos en cada cantón). Como se observa en el cuadro 4.2.5, durante la tercera encuesta, al 82% de las comunidades llegaban regularmente las brigadas médicas, porcentaje que disminuyó levemente al 79% durante la cuarta encuesta. También disminuyó del 54% al 48% el porcentaje de comunidades donde las brigadas llegan por lo menos una vez al mes.

**Cuadro 4.2.4. Disponibilidad de brigadas médicas en los municipios, por año de ingreso a CSR, encuestas a los establecimientos de salud**

	Promedio total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b><i>Cuentan con brigadas, %</i></b>					
Línea basal	72.7	77.8	100.0	57.1	66.7
Tercera encuesta	97.8	100.0	100.0	100.0	92.3
Cuarta encuesta					
Antes de julio 2010	95.8	90.9	100.0	100.0	90.9
Después de julio 2010	66.7	45.5	63.6	66.7	90.9
<b><i>% de brigadas operadas por ONG</i></b>					
Línea basal	50.0	28.6	55.6	50.0	62.5
Tercera encuesta	33.3	40.0	40.0	33.3	25.0
Cuarta encuesta					
Antes de julio 2010	45.7	50.0	54.5	46.7	30.0
Después de julio 2010	9.4	0.0	14.3	20.0	0.0
<b><i>Equipos móviles con los que cuentan</i></b>					
Tercera encuesta	1.1	1.0	1.3	1.1	1.1
Cuarta encuesta					
Antes de julio 2010	1.1	0.6	1.6	1.0	1.1
Después de julio 2010	1.3	1.0	1.9	1.3	1.1
<b><i>Número de comunidades atendidas por equipo móvil</i></b>					
Cuarta encuesta					
Antes de julio 2010	8.6	8.0	12.4	8.4	6.5
Después de julio 2010	12.7	14.4	22.9	11.0	6.5
Cuarta encuesta					
Presencia de ECOS Familiares (%)	41.7	45.5	36.4	53.3	27.3
Número de ECOS con los que cuentan*	2.8	2.0	3.8	3.1	1.7
Presencia de ECOS o brigadas	91.6	90.1	81.8	100.0	90.1

\* De los ECOS Familiares con los que cuenta un municipio, según lo informaron las Unidades de Salud, por lo menos uno está ubicado en el área urbana.

Notas: las estadísticas se han calculado a nivel de municipio. Cuando en un municipio se visitó a más de una unidad de salud, las estadísticas representan el nivel más alto de servicio disponible. Las estadísticas sobre el tipo y número de equipos móviles se calcularon entre las que reportaron tener por lo menos uno. El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES a los establecimientos de salud.

**Cuadro 4.2.5. Acceso a servicios médicos, por grupo de ingreso a CSR, Encuestas a las comunidades**

Indicador	Total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b>Presencia de brigadas de salud</b>					
Tercera encuesta	82.3	73.4	82.2	88.0	88.3
Cuarta encuesta	79.2	70.8	85.5	70.7	93.5
<b>Por lo menos una brigada al mes</b>					
Tercera encuesta	54.0	46.9	54.0	55.3	59.2
Cuarta encuesta	48.1	47.9	43.5	46.7	56.5

Notas: la información es a nivel comunidad. El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES a las comunidades

#### 4.2.4. Agua

Una meta del Eje 2 era dotar de agua al 100% de las escuelas y unidades de salud en los municipios de CSR. En cuanto al acceso a fuentes de agua, las encuestas muestran que todas las escuelas cuentan con algún sistema de agua potable, ya sea por cañería o de pozo. Como se muestra en el cuadro 4.2.6, la disponibilidad de agua por cañería en las escuelas encuestadas como parte de esta evaluación, pasó de 73.8% en la línea basal a 83.9% en la cuarta encuesta; los incrementos más grandes se observaron entre las escuelas de los municipios del Grupo 2 y los del Grupo 5, donde el 95% y 97%, respectivamente, cuentan con ese servicio. Por otro lado, en los municipios del Grupo 3 también se incrementó la disponibilidad, pero no así en los del Grupo 4.

**Cuadro 4.2.6 Disponibilidad de fuentes de agua en las escuelas primarias, por grupo de ingreso a CSR. Porcentajes**

Indicador	Porcentaje total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b>Encuesta de línea basal</b>					
Cañería	73.8	76.2	53.7	81.5	79.1
Pozo	11.5	7.1	24.4	3.1	16.3
Aguas lluvias	9.4	4.7	7.3	13.8	9.3
<b>Tercera encuesta</b>					
Cañería	81.1	89.2	65.2	79.7	94.7
Pozo	7.9	5.4	13.0	7.2	5.3
Aguas lluvias	4.2	2.7	2.2	7.2	0.0
<b>Cuarta encuesta</b>					
Cañería	83.9	94.6	71.1	79.4	97.5
Pozo	9.5	2.7	17.8	10.0	2.4
Aguas lluvias	0.0	0.0	0.0	10.0	0.0

Notas: la información es a nivel de escuela. El número de observaciones es de 255 en la línea basal, de 237 en la tercera encuesta y de 231 en la cuarta. El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES a las escuelas primarias

En el estudio cualitativo se encontró evidencia que los beneficiarios reconocen la importancia de la inversión en agua. Tanto en el cantón La Cuchilla (jurisdicción de La Laguna, Chalatenango) como en el cantón Los Zacatales (jurisdicción de Paraíso de Osorio, La Paz), se encontró bastante satisfacción con la mejora en el suministro de agua, entre líderes comunitarios y entre hogares. Por ejemplo, un líder en La Cuchilla expresó su satisfacción con el proyecto de agua para la escuela: “*Estamos muy contentos, por Red Solidaria hemos conseguido un proyecto de agua potable, la escuela de algo que nos sentimos muy orgullosos es que tenía 30 años de funcionar el centro escolar y nunca había tenido agua hasta ahora, todo el mundo, a la mamá, le tocaba ir con el cántaro para irles a preparar su comida, los niños llevar su agua, los maestros desde La Laguna para el centro porque no había agua y hasta este año logramos ponerle agua a la escuela*” (EIC.La Cuchilla.LL.NGL).

Similar al caso de las escuelas, todas las unidades de salud cuentan con algún sistema de agua potable, como se muestra en cuadro 4.2.7; sin embargo, la disponibilidad de agua por cañería tendió a disminuir levemente, pasando de 93.8% en la línea basal a 89.5%, posiblemente por problemas de mantenimiento de los sistemas de agua en los municipios del Grupo 4, puesto que la disponibilidad en los otros grupos se mantiene sin cambio, siendo incluso del 100% en los municipios del Grupo 2.

**Cuadro 4.2.7. Disponibilidad de fuentes de agua para uso general en los establecimientos de salud, por años de ingreso a CSR. Porcentajes**

Indicador	Porcentaje total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b><i>Encuesta de línea basal</i></b>					
Cañería	93.8	100.0	81.8	100.0	92.8
Pozo	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Aguas lluvias	2.0	0.0	9.1	0.0	7.1
<b><i>Tercera encuesta</i></b>					
Cañería	96.4	100.0	92.3	100.0	100.0
Pozo	3.6	0.0	7.8	0.0	0.0
Aguas lluvias	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<b><i>Cuarta encuesta</i></b>					
Cañería	89.5	100.0	81.8	86.7	90.1
Pozo	6.3	0.0	9.1	13.3	0.0
Aguas lluvias	8.3	0.0	9.1	6.7	18.1

Notas: la información es a nivel de establecimiento de salud. El número de observaciones es de 49 en la línea basal, de 49 en la tercera encuesta y de 48 en la cuarta. El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES a los establecimientos de salud

En las encuestas también se investigó acerca de la disponibilidad de agua potable entre los hogares; como se aprecia en el cuadro 4.2.8, el porcentaje de hogares que cuenta con agua por cañería dentro de su vivienda o propiedad pasó de 48.5% al 57.7% en la cuarta encuesta. Consistente con los esfuerzos de focalizar la inversión en infraestructura hacia los municipios de pobreza extrema severa, la disponibilidad es mayor entre los hogares del Grupo 2, que pertenecen a esa categoría e ingresaron en 2007 a CSR; en este grupo, la cobertura pasó de 63.3% en la línea basal a 73.7% en la cuarta encuesta; en los otros grupos, la cobertura es menor, llegando a ser entre 49% y 59%. Llama la atención que entre los hogares del Grupo 5, la cobertura aumentó entre la segunda y la

tercera encuesta, pero luego se redujo nuevamente en la cuarta; esto podría ser resultado problemas con el mantenimiento de los sistemas de agua potable. Al examinar el comportamiento de la disponibilidad de agua potable, sin importar si es dentro de la propiedad o por medio de cantareras, el comportamiento es similar: pasó de 67.4% en la línea basal a 75.3% en la cuarta encuesta; la cobertura en el Grupo 2 es mayor, llegando a 88.7%, mientras que en los otros grupos llegó a 65.0%, 71.9% y 77.0%.

**Cuadro 4.2.8. Acceso de los hogares a agua por cañería, por año de ingreso a CSR**

Indicador	Porcentaje total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b><i>Agua por cañería en vivienda o propiedad</i></b>					
Línea basal	48.5	63.4	45.2	43.1	46.9
Segunda encuesta	50.6	73.1	45.6	42.0	46.4
Tercera encuesta	54.3	70.2	48.5	46.3	66.2
Cuarta encuesta	57.7	73.7	51.4	49.7	58.9
<b><i>Agua por cañería, cualquier fuente</i></b>					
Línea basal	67.4	81.4	57.5	65.0	68.6
Segunda encuesta	67.7	88.4	55.8	63.2	66.3
Tercera encuesta	72.3	85.0	59.1	68.1	80.1
Cuarta encuesta	75.3	88.7	65.0	71.9	77.0

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

En el estudio cualitativo, en Las Pacayas, al nivel de hogar, se podía observar que el organismo encargado de la gestión, ADESCO, ha implementado un sistema de mantenimiento comunal que consiste en la participación de todos los hogares beneficiados. Además, se está prestando atención al tema de enfermedades de transmisión hídrica. Habiendo dicho esto, también se reportaron algunos inconvenientes con las inversiones. En La Cuchilla, una empleada de la ONG que brinda servicios de salud observó que lamentablemente a pesar de la garantía de parte de la empresa, el mantenimiento del equipo de agua potable dependía mucho del esfuerzo de la comunidad.

#### **4.2.5. Saneamiento**

Otra meta del Eje 2 era dotar de servicios de saneamiento al 100% de las escuelas y unidades de salud en los municipios de CSR. En cuanto al acceso a tazas, a alcantarilla o fosas en las escuelas, se observa que la cobertura es más limitada que para el caso del agua potable, aunque aumentó en el período estudiado. En general, la cobertura aumentó de 53.7% en la línea basal a 66.3% en la cuarta encuesta (cuadro 4.2.9); nuevamente, los incrementos más grandes se observaron entre las escuelas de los municipios del Grupo 2. Por otro lado, en los municipios del Grupo 3 la cobertura se mantuvo prácticamente sin cambios, alrededor el 58 y 59%.

**Cuadro 4.2.9. Acceso a tazas conectadas a alcantarilla o fosas en las escuelas primarias**

Indicador	Porcentaje total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Línea basal	53.7	44.6	59.3	60.3	48.3
Tercera encuesta	59.0	61.2	55.5	59.2	61.2
Cuarta encuesta	66.3	70.3	57.8	72.1	65.9

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES a las escuelas primarias

En el cuadro 4.2.10 se muestra que el acceso a tazas a alcantarilla o fosas por parte de las unidades de salud es y ha sido en todo el período, casi universal; especialmente se observó que desde la tercera encuesta todos los establecimientos de los Grupos 3, 4 y 5 contaban con este servicio, pero para uso del personal; la cobertura para uso de los pacientes es ligeramente menor, aunque superior al 90%. Solamente algunas de las unidades de salud del Grupo 2 indicaron no contar con este servicio, siendo la cobertura del 91%, tanto para uso del personal como de los pacientes; en este caso, llama la atención que durante la línea basal, estos establecimientos habían reportado disponer del servicio, lo que podría apuntar a problemas con el mantenimiento de los sistemas.

**Cuadro 4.2.10. Acceso a tazas, a alcantarilla o fosas en unidades de salud**

Indicador	Porcentaje total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b><i>Para uso del personal</i></b>					
Línea basal	96.7	100.0	88.9	92.9	100.0
Tercera encuesta	98.0	90.9	100.0	100.0	100.0
Cuarta encuesta	97.9	90.9	100.0	100.0	100.0
<b><i>Para uso de pacientes</i></b>					
Línea basal (pacientes)	91.3	100.0	88.9	92.9	84.6
Tercera encuesta	92.0	90.9	100.0	86.7	92.3
Cuarta encuesta	93.8	90.9	100.0	93.3	90.9

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES a los establecimientos de salud.

En las encuestas también se investigó el acceso de los hogares a inodoros o letrinas. Como se aprecia en el cuadro 4.2.11, el porcentaje de hogares que disponen de ellos apenas aumentó de 83.9% en la línea basal a 88.2% en la cuarta encuesta; nuevamente, los incrementos más grandes se observaron entre los hogares de los municipios del Grupo 2, donde la cobertura pasó de 79.5% a 87%.

**Cuadro 4.2.11. Porcentaje de hogares con acceso a inodoro o letrina, por año de ingreso a CSR**

	Porcentaje total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Línea basal	83.9	79.5	82.6	82.6	92.8
Segunda encuesta	84.6	82.3	85.9	81.6	88.9
Tercera encuesta	86.4	83.3	86.4	84.6	91.7
Cuarta encuesta	88.2	87.0	86.4	86.2	93.3

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

#### 4.2.6. Electricidad

También es una meta del Eje 2 dotar de electricidad al 100% de las escuelas y unidades de salud en los municipios de CSR. El porcentaje de escuelas con electricidad aumentó de 87.4% en la línea basal a 93.8% en la cuarta encuesta. Sin embargo, el salto en la disponibilidad de electricidad es evidente únicamente en la tercera encuesta en donde se registró un aumento de cinco puntos porcentuales en relación con el porcentaje del total de escuelas de la línea basal (87.4%). De la tercera a la cuarta encuesta, el porcentaje sólo aumentó dos puntos porcentuales; no obstante, en los municipios del Grupo 4 el acceso a electricidad en las escuelas subió de 89.2% (línea basal) a 95.6%. Ver cuadro 4.2.12.

**Cuadro 4.2.12. Acceso electricidad en escuelas primarias**

Indicador	Porcentaje total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Línea basal	87.4	88.1	80.5	89.2	80.7
Tercera encuesta	91.5	94.6	86.9	89.8	97.3
Cuarta encuesta	93.8	94.4	86.7	95.6	97.6

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES a las escuelas primarias

Para el caso de las unidades de salud en los municipios de la muestra, se encontró que todas cuentan con electricidad desde la línea basal hasta la cuarta encuesta.

También se investigó el acceso de los hogares a la energía eléctrica. Como se aprecia en el cuadro 4.2.13, se incrementó de 72.8% a 80.6%, si se incluyen los hogares que obtienen electricidad de la conexión del algún vecino. Entre los hogares del Grupo 2, el incremento fue cercano a 10 puntos porcentuales, el mayor entre todos los grupos de municipios.

**Cuadro 4.2.13. Acceso de los hogares a alumbrado eléctrico, por año de ingreso a CSR**

Indicador	Porcentaje total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b><i>Tienen alumbrado eléctrico</i></b>					
Línea basal	72.8	76.7	58.3	72.3	85.6
Segunda encuesta	73.2	79.1	58.7	72.3	82.4
Tercera encuesta	77.7	85.3	67.5	76.6	83.0
Cuarta encuesta	80.6	87.8	71.1	79.5	84.2
<b><i>Tienen conexión en su casa</i></b>					
Línea basal	66.8	70.5	54.3	66.4	77.5
Segunda encuesta	62.9	68.9	51.9	63.6	66.6
Tercera encuesta	66.6	73.8	60.1	66.4	66.8
Cuarta encuesta	71.5	79.0	63.9	71.2	72.2

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

#### **4.2.7. Caminos rurales**

Puesto que como parte del Eje 2 del programa se pretende mejorar el acceso a los servicios de educación y salud mediante la mejora de los caminos que llevan a las escuelas y a las unidades de salud. Por esta razón, también se investigó el estado de las vías de acceso que llevan desde la comunidad hasta la escuela primaria más cercana y a la unidad de salud (cuadro 4.2.14). En general, se observa que el porcentaje de comunidades de la muestra, todas rurales, que tienen vías de acceso buenas o regulares, tanto a las escuelas como a las unidades de salud ha tendido a disminuir. Sin embargo, se observan mejoras importantes en los municipios del Grupo 2 entre la línea basal y la tercera encuesta, los que aparentemente no fueron duraderos, pues el porcentaje volvió a caer durante la cuarta encuesta.

En general, apenas un poco más de la mitad de las comunidades rurales de la muestra tienen vías de acceso en condiciones buenas o regulares hasta la escuela más cercana y hasta la unidad de salud. Es notable que el porcentaje menor se da entre los municipios del Grupo 2, que ingresaron a CSR en 2006 y pertenecen al grupo de pobreza extrema severa, que es donde se ha concentrado más la inversión en infraestructura; nuevamente, podría estarse evidenciando problemas con el mantenimiento de las inversiones.

**Cuadro 4.2.14. Vías de acceso en condiciones buenas o regulares entre la comunidad y la Unidad de Salud**

Indicador	Total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b><i>Vías a la Unidad de Salud</i></b>					
Línea basal	64.3	48.2	64.4	71.7	69.3
Segunda encuesta					
Tercera encuesta	60.3	65.3	60.3	60.5	55.1
Cuarta encuesta	54.5	45.8	58.1	52.0	63.0
<b><i>Vías de acceso a la escuela primaria más cercana</i></b>					
Línea basal	53.7	44.6	59.3	60.3	48.3
Segunda encuesta					
Tercera encuesta	59.0	61.2	55.5	59.2	61.2
Cuarta encuesta	53.2	50.0	51.6	52.0	60.9

Notas: la información es a nivel comunidad. El número de observaciones es de 255 para la línea basal, de 237 para la tercera encuesta y 231 para la cuarta. Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES a las comunidades

#### **4.2.8. Resumen**

En esta sección se ha discutido la evolución de dos tipos de intervenciones. Primero, dos relacionadas con el Eje 1: la participación en las sesiones de capacitación y la participación en PAEBA. Y luego, intervenciones en infraestructura relacionadas con el Eje 2: agua, saneamiento, electricidad y caminos.

En general, se observa que casi todos los hogares reportan haber participado en capacitaciones por lo menos una vez desde que ingresaron a CSR; sin embargo, la participación en las sesiones de capacitación ha tendido a disminuir de 75% en la tercera encuesta a 65% en la cuarta. Similarmente, la participación de personas de 15 años y más que no han completado la primaria en el PAEBA también disminuyó levemente entre la tercera y cuarta encuesta, pasando de 15% al 13%; en este caso, la reducción más grande se observó en los municipios del Grupo 2, donde la disminución fue del 21% al 13%.

Para mejorar el acceso de los servicios de educación, se estableció Redes Escolares Efectivas; para la fecha en que se inició esta evaluación, las Redes Escolares Efectivas estaban funcionando en todos los municipios.

Para facilitar el acceso a los servicios de salud en las áreas rurales, mediante la reducción de barreras relacionadas con las distancias, se creó el programa de Extensión de Servicios de Salud, que funciona a través de brigadas médicas que llegarían a los cantones por lo menos una vez al

mes. La disponibilidad de brigadas aumentó desde aproximadamente 73% de los municipios en la línea basal, a 96% en la cuarta encuesta, antes de julio; este porcentaje se reduce a 67% después de cambiar la estrategia; la reducción es más marcada en los municipios del Grupo 2. Aunque es muy pronto para observar los impactos potenciales en la reducción de equipos móviles, sí se observó que el aumento en el número de comunidades atendidas por cada equipo, que antes de julio era, en promedio, de 8.7 y pasó a 12.7. Por su parte, en la encuesta de comunidades se encontró que el porcentaje de ellas donde llegan las brigadas pasó de 82% en la tercera encuesta al 79% durante la cuarta; también disminuyó del 54% al 48% el porcentaje de comunidades donde las brigadas llegan por lo menos una vez al mes.

En general, *CSR* busca dotar de servicios de agua, alumbrado y saneamiento básico al 100% de escuelas y unidades y casas de salud, además de mejorar la electrificación rural y los caminos rurales, principalmente los que llevan a los centros escolares y los establecimientos de salud. Sin embargo, a la fecha de la cuarta encuesta, no se había podido lograr esta meta, aunque se observaron avances importantes.

Para el caso de las escuelas primarias, la cobertura de electricidad ha aumentado de 87% al 94% entre la línea basal y la cuarta encuesta. La cobertura de agua potable es total, al contar las diversas fuentes; también se observó aumento en el porcentaje de escuelas que obtienen agua por cañería, el que pasó de 74% a 84%. El acceso a servicios sanitarios a alcantarillas o a fosa séptica continúa siendo un reto, pues pasó de 54% a 66%. Apenas un poco más de la mitad de las comunidades de la muestra cuentan con caminos en condiciones buenas o regulares hasta la escuela primaria más cercana; acá se observó un incremento hasta la tercera encuesta, pero luego volvieron a su nivel inicial.

La disponibilidad de infraestructura es un poco mejor entre las unidades de salud; por ejemplo, todas cuentan con electricidad, y el 90% cuenta con agua potable y servicios sanitarios, aunque este último porcentaje ha tendido a bajar, para ambos servicios, principalmente en el Grupo 3. También en este caso, apenas un poco más de la mitad de las comunidades de la encuesta cuentan con caminos buenos o regulares hasta la unidad de salud.

Finalmente, el acceso de los hogares a servicios básicos también aumentó en el período, aunque se mantienen relativamente bajos. Por ejemplo, el porcentaje de hogares con acceso a agua por cañería en su propiedad o chorros públicos, pasó de 67% a 75% y con alumbrado eléctrico pasó de 73% a 81%; sin embargo, el acceso a inodoros o letrinas cambió poco, de 84% a 88%.

En general, para el caso de la infraestructura, se observó que los mayores avances se dieron entre los municipios del Grupo 2, que son considerados de pobreza extrema severa, por lo que en ellos se concentró mucha de la inversión en infraestructura. Por otra parte, el progreso observado en el Grupo 3 fue limitado. Otro de los hallazgos relacionados con este tema es que si bien se dieron avances, algunos de ellos ya se están revirtiendo, sobre todo para el agua potable y las vías de acceso.

### **4.3. ¿Qué tan buena es la calidad de los servicios en las escuelas, establecimientos de salud y del programa de extensión de servicios de salud?**

#### **4.3.1. Calidad de los servicios educativos**

Una escuela que ofrece servicios de calidad tiene ambientes físicos adecuados y dispone de suficientes insumos para promover los aprendizajes. La disponibilidad de programas de estudios y materiales educativos actualizados influyen en la calidad de la educación, en la medida que éstos afectan lo que los maestros hacen y pueden hacer en las aulas (Cuéllar-Marchelli, 2008). Por consiguiente, es fundamental que las revisiones del currículo nacional se trasladen oportunamente a los maestros; y, éstos a su vez, dispongan a tiempo de los recursos educativos que facilitan su implementación. Entre los recursos educativos más importantes se destacan los libros de texto, que contienen la esencia del currículo; y las guías del docente, las cuales son particularmente efectivas cuando explican qué y cómo enseñar, cómo planificar las lecciones diarias y cómo evaluar a los estudiantes. Otro insumo para el aprendizaje que cada vez cobra mayor importancia, son las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) en las aulas, particularmente las computadoras, las cuales se han convertido en el recurso moderno para adquirir y procesar información.

El programa *CSR* ha contribuido a mejorar la calidad de los servicios de educación, pero las necesidades de infraestructura y recursos de muchas escuelas son grandes y diversas. Las escuelas públicas rurales se caracterizan por cumplir estándares mínimos de calidad y ofrecer servicios que no son necesariamente homogéneos. En los municipios de *CSR*, las variaciones en la calidad de los servicios escolares dependen de la condición inicial en que se encontraba la escuela y la comunidad antes de *CSR*, el tiempo de existencia del programa, así como los esfuerzos de inversión en desarrollo local que se programan y ejecutan. Como se señala al final de este apartado, un aspecto favorable es que a pesar de las carencias que existen en muchas escuelas, la opinión de los beneficiarios acerca de los servicios educativos que reciben es muy positiva.

#### ***Disponibilidad de infraestructura básica***

Como se discutió en la sección 4.2, la mayoría de escuelas tiene una infraestructura básica mínima que le permite funcionar y ha tendido a mejorar en el transcurso del tiempo. Esto es consistente con los objetivos del Eje 2 del programa, el cual pretende mejorar el acceso a los servicios de educación. Por consiguiente, el programa *CSR* ha hecho posible que la población estudiantil de los municipios de *CSR* tenga acceso a escuelas con, al menos, un estándar mínimo de calidad en su infraestructura básica.

Las necesidades de infraestructura en las escuelas no sólo son diversas sino también pueden cambiar a lo largo del tiempo. A través de la tercera y cuarta encuesta para conocer la situación de las escuelas primarias, se encontró que las necesidades de infraestructura escolar eran múltiples: reparación de techos, la construcción de más aulas y otras áreas (salones de maestros, cocinas, bodegas, etc.), y la construcción de muros o cercas perimetrales, entre otras necesidades en general (cuadro 4.3.1). Por otra parte, como se ve en el cuadro 4.3.2, las principales necesidades de infraestructura escolar predominantes en los municipios de *CSR* son diferentes en cada lugar y

tiempo, dependiendo del financiamiento disponible para la ejecución del plan de mantenimiento y construcción de obras físicas anuales que tengan – o no – las escuelas del sistema educativo público. Mientras en la tercera encuesta se estima que 21.05% de las escuelas en la muestra tenía como necesidad principal la reparación de sus techos, en la cuarta encuesta este porcentaje solamente fue de 7.37%. En esta última encuesta se encontró, además, que las prioridades cambiaron, de modo que cerca del 17% de las escuelas reportó que su principal necesidad era reparar el edificio y construir muros perimetrales, cercas y más aulas. Otro 13.68% mencionó como prioridad la construcción de otras áreas y un 6.84% la construcción del centro de cómputo. Considerando que las necesidades principales de infraestructura escolar son distintas dependiendo del año de ingreso a CSR del municipio en donde se encuentra la escuela, es importante señalar que en los municipios que ingresaron a finales de 2008, el 12.2% de las escuelas reportó como prioridad la construcción de un centro de cómputo.

**Cuadro 4.3.1. Necesidades generales de infraestructura en las escuelas primarias por años de ingreso a CSR. Porcentajes**

Necesidades de infraestructura	Total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b>Tercera encuesta</b>					
Techos	33.2	16.2	39.1	31.9	44.7
Más aulas	29.5	18.9	45.7	29	21.1
Construcción de otras áreas	45.3	48.6	43.5	46.4	42.1
Muro o cerca perimetral	42.6	48.6	43.5	39.1	42.1
Mejora de servicios sanitarios	26.3	18.9	34.8	18.8	36.8
Reparación edificio	22.1	21.6	15.2	23.2	28.9
Área de parvularia	7.4	10.8	6.5	5.8	7.9
Construcción de centro de cómputo	11.6	18.9	6.5	11.6	10.5
Área de recreación y deportivas	15.3	18.9	8.7	13	23.7
Agua (pozos de captación, tuberías)	8.9	2.7	10.9	14.5	2.6
Construcción de laboratorios	4.7	5.4	4.3	5.8	2.6
Otros	8.4	8.1	8.7	11.6	2.6
Ninguno	4.7	8.1	2.2	5.8	2.6
<b>Cuarta encuesta</b>					
Techos	11.4	10.8	8.8	17.6	4.8
Más aulas	32.1	40.5	26.7	36.7	21.9
Construcción de otras áreas	43.0	45.9	42.2	41.1	43.9
Muro o cerca perimetral	47.1	45.9	53.3	39.7	53.6
Mejora de servicios sanitarios	31.0	43.2	24.4	25.0	36.5
Reparación edificio	32.1	18.9	35.5	33.8	34.1
Área de parvularia	8.2	5.4	4.4	10.2	12.0
Construcción de centro de cómputo	21.4	13.5	20.0	26.4	21.9
Área de recreación y deportivas	18.6	27.0	17.7	14.7	19.5
Agua (pozos de captación, tuberías)	10.8	10.8	6.6	16.1	7.3
Construcción de laboratorios	3.6	0.0	4.4	5.8	2.4
Reparación eléctrica	8.8	8.1	11.1	7.5	9.7
Otros	5.7	2.7	13.3	4.4	2.4
Ninguno	0.5	0.0	0.00	0.00	2.4

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES a las escuelas primarias.

**Cuadro 4.3.2. Principal necesidad de infraestructura en las escuelas primarias por años de ingreso a CSR. Porcentajes**

Necesidades de infraestructura	Total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b>Tercera encuesta</b>					
Techos	21.0	16.2	23.9	23.1	18.4
Más aulas	18.4	10.8	30.4	18.8	10.5
Construcción de otras áreas	15.7	24.3	10.8	15.9	13.1
Muro o cerca perimetral	11.0	8.1	10.8	8.7	18.4
Servicios sanitarios	7.3	5.4	8.7	5.8	10.5
Reparación edificio	5.7	10.8	4.3	2.9	7.8
Área de parvularia	4.2	10.8	2.1	2.9	2.6
Construcción de centro de cómputo	3.6	2.7	0.0	5.8	5.2
Área de recreación y deportivas	3.1	0.0	4.3	2.9	5.2
Água (pozos de captación, tuberías)	1.0	0.0	0.0	1.4	2.6
Construcción de laboratorios	1.0	0.0	0.0	2.9	0.0
Otros	2.6	2.7	2.1	2.9	2.6
Ninguno	4.7	8.1	2.1	5.8	2.6
<b>Cuarta encuesta</b>					
Techos	7.37	8.3	2.2	14.7	0.0
Más aulas	16.8	30.5	13.3	16.1	9.7
Construcción de otras áreas	13.6	16.6	13.3	10.2	17.0
Muro o cerca perimetral	16.8	8.3	22.2	14.7	21.9
Servicios sanitarios	8.9	11.1	4.4	8.8	12.2
Reparación edificio	16.8	8.3	22.2	19.2	14.6
Área de parvularia	3.6	0.0	2.2	5.8	4.8
Construcción de centro de cómputo	6.8	5.5	4.4	5.8	12.2
Área de recreación y deportivas	3.6	5.5	6.6	1.4	2.4
Agua (pozos de captación, tuberías)	2.1	2.7	0.0	2.9	2.4
Construcción de laboratorios	0.5	0.0	2.2	0.0	0.0
Otros	1.5	2.7	4.4	0.0	0.0
Ninguno	0.5	0.0	0.0	0.0	2.4

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES a las escuelas primarias

En la segunda fase de la investigación cualitativa, se encontraron algunas mejoras en la infraestructura física en las escuelas. Sin embargo, serias deficiencias en la infraestructura física continúan en estos centros educativos. Por ejemplo, las aulas en Agua Fría tienen agujeros en las paredes, en La Cuchilla se carece de baños aceptables y seguros, en Los Zacatales y Potrero Grande (jurisdicción de El Paisnal, San Salvador) no se cuenta con un espacio recreativo adecuado. Además, la falta de suficiente personal docente no permite sacarle el mayor provecho a las mejoras en infraestructura. No obstante, una nota positiva es que se ha introducido el servicio informático y centros de cómputo, lo cual no aparece en el estudio del año pasado. Esta mejora en la tecnología fue reportada en el cantón Potrero Grande, Los Zacatales y Agua Fría por el personal escolar: “Infraestructura. Digo que está mejorando, ahora tenemos un centro de cómputo. Fue un aula más equipada con computadoras, con una persona donada por AD para este año; le están dando clase

a los alumnos, a líderes de la comunidad, a ex alumnos que salieron de la escuela, a nosotros también los profesores nos están dando clases de computación”.

### **Disponibilidad de recursos**

La disponibilidad de recursos que facilitan los procesos de aprendizaje en las escuelas también ha mejorado, pero es insuficiente para cubrir la demanda de estos servicios satisfactoriamente. A partir de las encuestas a las escuelas primarias se comprobó que aunque todas tienen pupitres y pizarras, estos insumos continúan siendo insuficientes para satisfacer la demanda (cuadro 4.3.3). Se estima que el 61.66% del total de las escuelas cuenta con suficientes pupitres y el 79.17% posee la cantidad necesaria de pizarras que necesitan en función del número de aulas. Estos porcentajes tienden a ser mayores en los municipios de CSR que ingresaron en 2006 y a inicios de 2008, y menores para aquellos que ingresaron en 2007 y a finales de 2008. De acuerdo con los resultados de la cuarta encuesta, el 63.21% del total de escuelas en la muestra mencionó que más de la mitad de los pupitres están en buen estado. Este porcentaje alcanzó el 77.08% cuando se refirió al estado de las pizarras.

**Cuadro 4.3.3. Disponibilidad y suficiencia de insumos en las escuelas, por años de ingreso a CSR. Porcentajes.**

Indicador	Total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b>Encuesta de línea basal</b>					
Disponibles:					
Pupitres	99.5	97.6	100	100	100
Pizarras	100	100	100	100	100
Suficientes para la demanda:					
Pupitres	59.7	57.1	68.3	58.5	55.8
Pizarras	72.3	71.4	68.3	70.8	79.1
<b>Tercera encuesta</b>					
Disponibles:					
Pupitres	100	100	100	100	100
Pizarra	100	100	100	100	100
Suficientes para la demanda:					
Pupitres	54.7	54.1	54.3	59.4	47.4
Pizarra	74.7	75.7	71.7	69.6	86.8
<b>Cuarta encuesta</b>					
Disponibles:					
Pupitres	100	100	100	100	100
Pizarra	99.48	100	100	98.53	100
Suficientes para la demanda:					
Pupitres	61.66	64.86	57.88	66.18	56.1
Pizarra	79.17	83.78	71.11	85.07	75.61
Más de la mitad en buen estado					
Pupitres	63.21	64.86	71.11	55.88	65.85
Pizarra	77.08	78.38	75.56	77.61	78.01

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES a las escuelas primarias

En cuanto al inventario de material didáctico, libros de texto y guías de trabajo, las encuestas revelaron que aunque la disponibilidad de estos insumos ha aumentado relativamente, ésta continúa siendo inadecuada para cubrir las necesidades de los estudiantes la mayoría de las veces. Como lo muestra el cuadro 4.3.4, menos de la mitad de las escuelas cuenta siempre o casi siempre con estos recursos. Para el caso de los materiales didácticos, llama la atención que el porcentaje de escuelas que tienen siempre o casi siempre este recurso disminuyó de 46.8% en la tercera encuesta a 44.56% en la cuarta encuesta. Sin embargo, tal porcentaje es mayor al porcentaje de la línea base (28.9%). En general, el incremento en la disponibilidad de este insumo tiende a ser mayor en los municipios que ingresaron a *CSR* en 2006. La disponibilidad de libros de texto y guías de trabajo únicamente se investigó a través de la tercera y cuarta encuesta sobre la situación de las escuelas primarias. Éstas revelaron que los libros de texto son el insumo que más falta hace en las escuelas, ya que apenas el 35.23% cuenta, la mayoría de las veces, con este recurso tan esencial para promover los aprendizajes.

**Cuadro 4.3.4. Recursos disponibles para cubrir las necesidades de los estudiantes siempre o casi siempre, por año de ingreso a *CSR*. Porcentajes.**

Indicador	Grupos de municipios por año de ingreso a <i>CSR</i>				
	Total	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b><i>Encuesta de línea basal</i></b>					
Material didáctico	28.9	19.1	51.2	24.6	23.8
<b><i>Tercera encuesta</i></b>					
Material didáctico	46.8	54	47.8	44.9	42.1
Libros de texto	28.4	29.7	36.9	23.2	26.3
Guías de trabajo	38.9	48.6	39.1	37.7	31.6
<b><i>Cuarta encuesta</i></b>					
Material didáctico	44.56	40.54	46.67	51.47	36.59
Libros de texto	35.23	43.24	37.78	29.41	34.15
Guías de trabajo	46.11	48.65	51.11	41.18	46.34

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES a las escuelas primarias

### ***Eficiencia interna de la educación***

Otra manera de evaluar si la calidad de los servicios escolares es buena, es a través de los indicadores de eficiencia interna de la educación; esto implica tasas altas de promoción y tasas bajas de repetición y deserción. Los sistemas educativos son eficientes en la medida que se obtienen resultados positivos usando un mínimo de recursos: buenos maestros más ambientes físicos adecuados, libros de texto, guías de trabajo y mobiliario, entre otros insumos importantes. Esto significa que si los estudiantes entran al sistema y avanzan hacia grados superiores sin repetir grado o abandonar la escuela, se reduce el desperdicio en el uso de los espacios y recursos. Por otra parte, en la medida que aumenta la eficiencia interna de la educación, la capacidad de responder a la demanda nueva o creciente del servicio educativo es mayor.

Con base en los hallazgos de la evaluación de impacto del programa *CSR*, se concluye que uno de los principales desafíos es aumentar la eficiencia interna de la educación. Como se explica más adelante en la sección 5.1.1 de este informe, la tasa de repetición en primer grado continúa siendo alta y cercana al 17%. Las causas de este resultado pueden estar relacionadas con problemas de sobreedad, insuficiente apresto (educación inicial y parvularia) y posiblemente baja calidad en la enseñanza. Es posible que la atención y los recursos para responder satisfactoriamente a las exigencias del primer grado no sean las más adecuadas. En el primer grado, los estudiantes aprenden a leer y escribir. A mayor dominio de las competencias de lenguaje que se enseñan en este grado, mayor es la capacidad de aprender nuevos conocimientos en otras áreas y aumentar el éxito escolar en próximos grados. Contradictoriamente, en muchas escuelas rurales, el primer grado se ofrece en aulas multigrado con maestros que tienen pocos años de experiencia en las aulas y con muchas limitaciones de recursos – especialmente libros de texto. Si bien es cierto, entrando a la educación inicial o parvularia más temprano puede ayudar a reducir la tasa de repetición en primer grado, este impacto podría ser más contundente prestando mayor atención a la educación que se ofrece en el primer ciclo de la primaria (1° a 3° grado), particularmente en el primer grado.

Otro indicador que evidencia los problemas de eficiencia e insatisfactoria calidad de la educación, es la tasa de repetición del quinto grado, la cual se mantiene al menos dos puntos porcentuales arriba de la línea basal correspondiente. Los resultados de las encuestas revelaron que la tasa de repetición al quinto grado en los municipios de *CSR* aumentó de 3.6% (línea basal) a 5.6% en la cuarta encuesta. Cuando los estudiantes completan el quinto grado se espera que hayan adquirido las competencias que le dan sostenibilidad a su capacidad para leer, escribir y comprender. Una tasa alta de repetición en quinto grado puede deberse a una baja calidad de la enseñanza en grados inferiores y el ingreso tardío a la escuela, entre otros factores que pueden estar interactuando. Sería interesante explorar a profundidad cuáles son las causas de este resultado, a fin de proponer soluciones que contribuyan a elevar la calidad de los servicios educativos en el área rural y amplificar los impactos del programa *CSR*.

#### **4.3.2. Calidad de los servicios de salud**

Un componente importante del programa *CSR* es la mejora de la entrega del servicio de salud. En la evaluación, se realizó una serie de entrevistas semiestructuradas y observaciones en los establecimientos de salud en octubre y noviembre de 2008, con el objetivo de evaluar la entrega del servicio y la satisfacción del paciente. También se realizaron encuestas cuantitativas de los establecimientos de salud en la encuesta de línea basal, y en la tercera y cuarta encuestas. En esta sección, se combina información obtenidas en las entrevistas semiestructuradas con un análisis de los datos de las encuestas a los establecimientos de salud para evaluar la calidad de los servicios, así como también los cambios en la calidad en el tiempo. Se puso mayor atención en la disponibilidad de medicina y vacunas, en el personal de salud y la dotación de personal y en la calidad de las evaluaciones de salud.

### *Extensión de servicios de salud*

Un componente clave de las observaciones estructuradas de los servicios de salud incluyó la observación de brigadas de extensión de servicios de salud. Se encontró que las brigadas médicas han facilitado el acceso a la atención en muchas comunidades de difícil acceso. Aunque el programa está dirigido a la salud preventiva, con énfasis en el cuidado materno infantil, no se niegan los servicios a otras personas que buscan tratamiento médico. El equipo de médicos y el promotor de salud continuamente intentan educar a los miembros de la comunidad acerca de la naturaleza “preventiva” de las brigadas. Los médicos comentan que, en promedio, los miembros de la comunidad entienden y apoyan la iniciativa, pero hay personas que critican las brigadas como discriminatorias hacia otros tipos de personas, por ejemplo, con enfermedades crónicas, e incluso, hay algunas personas que en ocasiones extremas pueden amenazar al equipo médico.

La demanda de servicios el día de las brigadas es sustancial; la cantidad de consultas promedio en ese día oscilan desde 40 a 60 pacientes. El equipo de la brigada, el cual típicamente consiste de un doctor y dos enfermeras, no obstante, se asegura que ningún paciente se vaya sin ser atendido. Algunas desventajas que se han observado con esta prestación de servicios incluye: períodos de espera más largos, que pueden incluso ser de varias horas para el caso de pacientes que llegan desde temprano en la mañana; insuficientes medicamentos, lo que pone en riesgo la calidad de la atención. Debido a la alta demanda y al número de actividades, el tiempo que se da a cada paciente se reduce; el tiempo por paciente promedia menos de 10 minutos. Por otro lado, los inventarios de insumos asignados para el día tienen el riesgo de terminarse antes de satisfacer la necesidad (por ejemplo, al no empacar suficientes vitaminas o vacunas).

Como se mencionó, las brigadas médicas pueden ser operadas, ya sea por el personal médico de las unidades de salud, por equipos de médicos del Ministerio de Salud o por una ONG contratada para tal fin. Aunque la calidad de la atención proporcionada por las tres modalidades parece consistente, se mencionó que las ONG tienen una ventaja – enfrentan menos escasez de recursos y suministros. Por ejemplo, indicaron, una ONG puede tener menos problemas con la gasolina y, en general, tienen todo el equipo necesario para su operación diaria.

Un reto tanto para la unidad de salud como para la unidad móvil, es asegurar el intercambio preciso de información de los pacientes. Las brechas en el sistema actual han llevado a perder información o a tener información imprecisa de los pacientes. Por ejemplo, durante una visita a una unidad de salud, una paciente negó que le hubieran ofrecido vitamina A durante la visita de la brigada, aunque su carnet de identificación documentaba lo contrario. Además, los equipos de brigadas médicas normalmente guardan los registros clínicos de los pacientes, pero esta información no siempre se comparte con las unidades de salud. En una ocasión, un médico trató de comparar el estado del peso de una paciente prenatal con respecto al peso que tenía en consultas anteriores, pero eso no fue posible debido a la falta de información.

### *Disponibilidad y suministro de vacunas*

Se observó que ha habido mejoras sustanciales en la disponibilidad de vacunas claves en el tiempo (cuadro 4.3.5). El mejor desempeño está en la disponibilidad de la vacuna BCG. En 2007 solamente 2% de los establecimientos tenía vacuna BCG, éste incrementó a más de la mitad (54%) en 2009 y hay cobertura completa (100%) en 2010. Otras vacunas muestran tendencias similares al alza. Aparte de la Hepatitis B, todas las vacunas están disponibles en 2010 a tasas ya sea de 97.9% o 100%, que indica que un municipio carece de OPV, DT y Pentavalente. La disponibilidad de la vacuna contra la Hepatitis B está en descenso, ya que en gran medida ha sido reemplazada por la Pentavalente, la falta de disponibilidad no es causa de preocupación.

**Cuadro 4.3.5. Disponibilidad de vacunas en establecimientos de salud en CSR**

	Promedio total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b><i>Línea basal</i></b>					
BCG	2.2	0.0	0.0	0.0	7.7
OVP	91.3	80.0	88.9	92.9	100.0
DPT	93.5	90.0	77.8	1.0.0	100.0
SPR	89.1	90.0	66.7	92.9	100.0
DT	93.5	80.0	88.9	100.0	100.0
Hepatitis B	90.9	100.0	100.0	93.3	100.0
Pentavalente	19.6	20.0	0.0	21.4	30.8
<b><i>Tercera encuesta</i></b>					
BCG	54.0	36.4	70.0	60.0	46.2
OVP	96.0	100.0	100.0	100.0	84.6
DPT	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
SPR	96.0	90.9	100.0	93.3	100.0
DT	88.0	90.9	90.0	93.3	76.9
Hepatitis B	32.0	36.4	40.0	26.7	30.8
Pentavalente	98.0	100.0	100.0	93.3	100.0
<b><i>Cuarta encuesta</i></b>					
BCG	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
OVP	97.9	90.9	100.0	100.0	100.0
DPT	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
SPR	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
DT	97.9	100.0	100.0	93.3	100.0
Hepatitis B	39.6	54.5	18.2	46.7	36.4
Pentavalente	97.9	100.0	100.0	100.0	90.9

Notas: Notas: Las estadísticas están calculadas a nivel municipal. Cuando se encuestó a más de un establecimiento de salud en un municipio, las estadísticas representan el nivel más alto de disponibilidad de servicios.

El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES a los establecimientos de salud

Aunque se puede considerar que las vacunas están generalmente disponibles, es probable que los establecimientos enfrenten falta de inventario o situaciones en las que la oferta de una cierta vacuna no satisfaga la demanda. Por lo tanto, a continuación se analiza si las clínicas reportan tener

suficiente oferta para satisfacer la demanda (cuadro 4.3.6). Las estadísticas muestran una historia similar a la de la disponibilidad de vacunas, donde hay incrementos en las encuestas y en cada grupo de ingreso. En 2010, las seis vacunas claves están siempre disponible entre el 93.8% de municipalidades (BCG, OPV y Pentavalente) y el 97.9% (DT). Mientras que los grupos de ingreso 2 y 3 reportaron escasez de vacunas con bastante regularidad en la línea basal; en la cuarta encuesta casi ningún municipio reportó problemas. Aunque aún hay un poco de campo de mejora, en general se observa que el suministro de vacunas ha mejorado sustancialmente desde la encuesta de línea basal.

**Cuadro 4.3.6. Suficiente oferta para satisfacer la demanda de vacunas en establecimientos de salud en CSR**

	Promedio total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<i>Línea basal</i>					
BCG	2.2	-	-	-	2.2
OVP	92.4	80.0	88.9	92.9	92.4
DPT	91.3	80.0	77.8	100.0	91.3
SPR	84.8	80.0	66.7	85.7	84.8
DT	93.5	80.0	88.9	100.0	93.5
Hepatitis B	89.1	80.0	77.8	100.0	89.1
Pentavalente	19.6	20.0	-	21.4	19.6
<i>Tercera encuesta</i>					
BCG	38.0	18.1	50.0	40.0	38.0
OVP	94.0	100.0	100.0	93.3	94.0
DPT	90.0	90.9	100.0	80.0	90.0
SPR	86.0	81.8	80.0	93.3	86.0
DT	84.0	90.9	90.0	86.7	84.0
Hepatitis B	28.0	36.4	20.0	26.7	28.0
Pentavalente	88.0	90.9	90.0	80.0	88.0
<i>Cuarta encuesta</i>					
BCG	93.8	100.0	90.9	86.7	93.8
OVP	93.8	90.9	90.9	93.3	93.8
DPT	95.8	100.0	90.9	93.3	95.8
SPR	95.8	100.0	90.9	93.3	95.8
DT	97.9	100.0	100.0	93.3	97.9
Hepatitis B	33.3	45.5	18.2	33.3	33.3
Pentavalente	93.8	100.0	90.9	93.3	93.8

Notas: Las estadísticas están calculadas a nivel municipal. Cuando se encuestó a más de un establecimiento de salud, las estadísticas representan el nivel más alto de disponibilidad de servicios. El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES a los establecimientos de salud.

### ***Personal de salud y dotación de personal***

A continuación se examina el personal de salud y la dotación de personal de las unidades de salud. Los datos cuantitativos indican un incremento en el número de médicos por establecimiento, pero una reducción en el número de promotores de salud (cuadro 4.3.7). El número de médicos se incrementó de 2.2 a 2.7, en promedio, entre la tercera y cuarta encuestas; el número de enfermeras se mantuvo en 1.2, mientras el número de promotores de salud se redujo de 8.6 a 7.3. En las observaciones detalladas realizadas a finales de 2008, se encontró que la mayor demanda de servicios de salud estaba poniendo una fuerte carga en el personal médico y el personal de los establecimientos. Por lo tanto, observar incrementos en el número de médicos es una señal positiva. Sin embargo, en algunos casos se encontraron médicos en año social que eran los responsables de la atención en algunos municipios, y que además tenían falta de conocimiento de *CSR*.

**Cuadro 4.3.7. Personal médico clave a tiempo completo en establecimientos de salud en comunidades *CSR*, número promedio**

	Promedio total	Grupos de municipios por año de ingreso a <i>CSR</i>			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b><i>Tercera encuesta</i></b>					
Doctores	2.2	2.4	2.2	2.2	2.1
Enfermeras	1.3	1.3	1.0	1.0	1.8
Auxiliares de enfermeras	2.1	1.0	1.6	1.6	3.9
Promotores de salud	8.6	6.5	12.8	7.5	9.0
Técnicos de salud	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2
Odontólogos	0.8	0.9	0.7	0.7	0.9
<b><i>Cuarta encuesta</i></b>					
Doctores	2.7	2.7	2.9	2.9	2.2
Enfermeras	1.4	1.3	1.7	1.3	1.3
Auxiliares de enfermeras	1.6	1.0	2.0	1.5	1.8
Promotores de salud	7.3	5.9	11.5	6.1	6.1
Técnicos de salud	0.1	0.0	0.1	0.2	0.0
Odontólogos	0.7	0.6	0.7	0.9	0.5

Notas: Las estadísticas están calculadas a nivel municipal. Cuando se encuestó a más de un establecimiento de salud, las estadísticas representan el nivel más alto de disponibilidad de servicios. El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES a los establecimientos de salud

### ***Sistemas de información de salud***

La coordinación, monitoreo y comunicación entre los sistemas de salud gubernamentales es una parte importante de la entrega del servicio, tanto para asegurar que se están siguiendo las directrices apropiadas para propósitos de la calidad de la atención, como también para permitir el flujo de información y los recursos. Ya que el Ministerio de Salud ha introducido una cantidad de nuevas directrices en los últimos cinco años, parece importante revisar la cobertura de formularios y

procedimientos de monitoreo en las municipalidades donde opera el *CSR* (cuadro 4.3.8). Aunque la mayoría de municipalidades tienen al menos alguna forma de telefonía fija o móvil, únicamente la mitad (52%) tiene una máquina de fax, y menos (39.6%) tienen algún tipo de conexión de Internet. En 2009, la información más reciente sobre disponibilidad de computadoras, aproximadamente el 59.2% reporta contar con una computadora. Aunque estos métodos de comunicación no son requeridos en todas las situaciones, es probable que la coordinación, comunicación y flujos de información mejoraran al contar con alguna, si no todas estas tecnologías.

**Cuadro 4.3.8. Indicadores de disponibilidad de servicios de comunicación en establecimientos de salud**

	<i>Línea basal</i>	<i>Tercera encuesta</i>	<i>Cuarta encuesta</i>
Teléfono de línea fija	95.7	94.0	91.7
Celular	4.3	4.0	12.5
Máquina de fax	69.6	62.0	52.0
Conexión de Internet	8.7	20.0	39.6
Computadora	58.7	59.2	nd
Número de observaciones	46	50	48

Notas: Las estadísticas están calculadas a nivel municipal. Cuando se encuestó a más de un establecimiento de salud, las estadísticas representan el nivel más alto de disponibilidad de servicios. nd- dato no disponible

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES a los establecimientos de salud

Además, en las observaciones estructuradas a establecimientos de salud, a finales de 2008, se notó que se está usando una variedad de formularios para las visitas de salud maternal y monitoreo del crecimiento. Se investigó acerca del uso y disponibilidad de formularios que son usados para el cuidado prenatal y monitoreo del crecimiento del niño en la ronda de la tercera encuesta (cuadro 4.3.9). Hay varios mensajes claves. Primero, no se encontró un formulario específico que sea usado constantemente para cualquiera de los dos tipos de visita. En particular, se esperaba que el formulario de monitoreo del crecimiento más reciente (2007) sea la fuente primaria de monitoreo del crecimiento del niño; sin embargo, éste no era el caso en 2009 (solamente el 33% de los establecimientos reportan usar la versión de 2007). Segundo, los usuarios actuales del formulario más reciente mencionaron que no hay suficiente suministro para satisfacer la demanda.

**Cuadro 4.3.9. Formularios de salud disponibles en 2009 en CSR, tercera encuesta, porcentajes**

Formulario	Promedio total	
	Uso actual	Suficiente suministro para satisfacer la demanda
<b><i>Atención materna</i></b>		
Historia Clínica Básica Perinatal	94.0	57.4
Carnets prenatal	92.0	65.2
<b><i>Control de crecimiento y desarrollo de niños</i></b>		
Hojas de inscripción del menor de 5 años (AEIPI) versión 2007	33.3	21.4
Hojas de inscripción del menor de 5 años (AEIPI) versión 2003	0.0	--
Hojas de inscripción del menor de 5 años (AEIPI) versión 2001	2.7	100.0
Hojas de inscripción del menor de 5 años (AEIPI) versión 1999	5.6	100.0
Carnet infantil	74.5	31.4

Notas: Las estadísticas están calculadas a nivel municipal. Cuando se encuestó a más de un establecimiento de salud, las estadísticas representan el nivel más alto de disponibilidad de servicios.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES a los establecimientos de salud

Debido a que hay varios tipos de servicios que proveen los establecimientos de salud, a continuación se ilustra cómo los mecanismos de reportes han cambiado entre la línea basal y la ronda de la cuarta encuesta para registro del cuidado prenatal y monitoreo del crecimiento del niño (cuadro 4.3.10). Mientras que el mecanismo de reporte preferido es tanto registrar la inscripción como la visita de monitoreo en los formularios del Ministerio de Salud, esto no siempre ocurre. Los establecimientos usan una gama de mecanismos de reporte, que incluyen los desarrollados en sus propias instalaciones tanto para cuidado prenatal y monitoreo del crecimiento. Además, el uso de formularios estándar para inscripción y registro de cada visita generalmente no ha mejorado entre la línea basal y la ronda de la cuarta encuesta. La razón por la que los establecimientos están usando una gama de métodos de monitoreo no está clara. Sin embargo, hay varias explicaciones potenciales, que incluyen la deficiente capacitación, la falta de suministros o deficiente coordinación con el sistema central de información de salud.

**Cuadro 4.3.10. Información de salud e indicadores de mantenimiento de registros por encuesta en comunidades**

	<i>Línea basal</i>	<i>Tercera encuesta</i>	<i>Cuarta encuesta</i>
<i>¿Cómo se registran los controles prenatales?</i>			
La inscripción en formulario estándar del Ministerio de Salud	93.5	100.0	87.5
La inscripción en formulario propio del establecimiento	56.5	92.0	35.4
Cada control en formulario estándar del Ministerio de Salud	80.4	98.0	85.4
Cada control en formulario propio del establecimiento	60.9	90.0	33.3
Se anota en un carnet que se entrega a la paciente	89.1	94.0	85.4
Otro	13.0	12.0	2.1
<i>¿Cómo se registran los controles de crecimiento y desarrollo por niños?</i>			
La inscripción en formulario estándar del Ministerio de Salud	91.3	98.0	87.5
La inscripción en formulario propio del establecimiento	52.2	90.0	37.5
Cada control en formulario estándar del Ministerio de Salud	80.4	94.0	87.5
Cada control en formulario propio del establecimiento	45.7	90.0	33.3
Se anota en un carnet que se entrega a los padres	84.8	94.0	85.4
Otro	4.3	10.0	2.1

Notas: Las estadísticas están calculadas a nivel municipal. Cuando se encuestó a más de un establecimiento de salud en un municipio, las estadísticas representan el nivel más alto de disponibilidad de servicios.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES a los establecimientos de salud

Otra razón por la que los establecimientos podrían usar sus propios formularios es porque podrían ser confusos. En las observaciones detalladas, se observó que formularios específicos, tales como el formulario de inscripción de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), podría ser mejorado para que más fácilmente incluya información completa, tal como información sobre las vacunaciones. Se puede considerar que hay dos posibles razones por las que no se encontró evidencia de que los niños reciben la vacuna SPR al usar sus fichas de crecimiento; podría ser que los niños no la reciban, pero también podría ser que los doctores no están registrando las vacunas que los niños reciben. Finalmente, no es sólo importante asegurar que el suministro de fichas nuevas sea lo suficientemente alto para satisfacer la demanda, sino que también se imparta orientación y capacitaciones acerca de cómo llenarlas.

En conclusión, fueron examinados tres aspectos de la calidad de los servicios de salud. Primero, se observó que ha habido cambios sustanciales positivos con respecto a la disponibilidad general y al inventario de vacunas. Dicho eso, no se encontraron cambios en las cantidades del personal clave entre la tercera y la cuarta encuestas. Finalmente, se observa que hay aún suficiente espacio para mejorar los sistemas de información de salud, ya que los formularios tanto para salud materno infantil y de monitoreo del crecimiento de niños pequeños no son constantes en todo el país y algunas veces son confusos. Como mínimo, parece imperante asegurar la adecuada distribución de formularios del Ministerio de Salud, asegurando la capacitación sistemática en todos los establecimientos de salud acerca de cómo usar dichos formularios y quizás hasta rediseñarlos para

hacerlos más fáciles de usar, lo que también garantizaría que haya información sistemática que puede ser usada después, si es necesario, para desarrollar alguna acción con base en ella.

### ***Procedimientos y documentación***

En las observaciones estructuradas de los establecimientos de salud, que se llevaron a cabo como parte del estudio cualitativo, se realizaron observaciones de consultas de salud materna y de controles de crecimiento en niños pequeños. Se pudo observar que la manera en cómo se completaba la documentación de ambos tipos de consultas presentaba algunas deficiencias, como se muestra en el cuadro 4.3.11. Las directrices del Ministerio de Salud para la atención materna manda a los profesionales de salud a que documenten la visita prenatal de una mujer tanto en el carnet prenatal como en el HCPB. Sin embargo, se observó que únicamente en el 52% de los casos se seguía este protocolo, mientras el resto seguía un procedimiento diferente. El Ministerio de Salud proporciona a las unidades de salud las Hojas de Inscripción del Menor de 5 años para el registro clínico y monitoreo subsiguiente. La adecuada documentación de los controles de crecimiento requiere que se hagan las anotaciones tanto en esos formularios como en el carnet infantil; el cumplimiento con este procedimiento fue observado únicamente en el 65% de las consultas médicas. En general, para documentar la visita del niño, los formularios AEIPI son utilizados en el 89% de las veces; para el restante 11%, las visitas fueron documentadas ya sea sólo en el carnet o en un formulario producido por el establecimiento (a menudo una hoja de papel en blanco).

**Cuadro 4.3.11. Protocolo seguido para documentar el control prenatal y el control de crecimiento**

Tipo de documentación, control prenatal	Porcentaje de la muestra		
HCPB y carnet prenatal	52%		
Carnet prenatal y “ <i>otro formulario</i> ”	35%		
HCPB solamente	10%		
Carnet prenatal solamente	3%		
Tipo de documentación, control de crecimiento y desarrollo	Todos los niños	Menores de 1 año	Entre 1 y 5 años
Formulario AEIPI+ carnet infantil	65%	60%	68%
Formulario AEIPI solamente	24%	31%	18%
Carnet infantil solamente	5%	4%	5%
Carnet infantil + otro	2%	2%	2%
Otro solamente	5%	3%	7%

Fuente: IFPRI-FUSADES, observaciones estructuradas de establecimientos de salud

A pesar que las consultas no siempre se documentan apropiadamente, se encontró que los protocolos que deben seguirse en los controles prenatales casi siempre se cumplen (cuadro 4.3.12). Los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud requieren que se sigan cinco procedimientos

en las visitas de control prenatal: 1) evaluar el mes de amenorrea de la paciente; 2) tomar la presión sanguínea; 3) medir el peso de la paciente; 4) medir la altura uterina; y 5) detectar los latidos del corazón del feto. También se encontró que casi todas las mujeres reciben los micronutrientes. Por último, en promedio, un médico puede pasar entre 10 y 15 minutos con una paciente; este corto período puede afectar la calidad del servicio prestado a algunas pacientes. No obstante, las conclusiones sugieren que el Ministerio de Salud reconoce la necesidad de contar con personal calificado para prestar los servicios prenatales de rutina.

**Cuadro 4.3.12. Actividades médicas de rutina en controles prenatales**

Actividad	Porcentaje de cumplimiento
Peso	97%
Presión sanguínea	100%
Altura uterina	94%
Mes de amenorrea	100%
Latidos de corazón del feto	93%

Fuente: IFPRI-FUSADES, observaciones estructuradas de establecimientos de salud

En cuanto a los protocolos que deben seguirse en las consultas de control de crecimiento y desarrollo en niños pequeños, se encontró que no se seguían apropiadamente. La evaluación del desarrollo de habilidades de un niño comienza en el nacimiento. En los controles recomendados del niño, se requiere que personal médico evalúe las siguientes habilidades en un niño: motricidad, coordinación, desarrollo socio afectivo y lenguaje. La evaluación de las cuatro habilidades fue observada solamente en el 42% de los casos, mientras que la evaluación de por lo menos una de ellas se observó en 53% de los casos (cuadro 4.3.13). En particular, se encontró que no siempre se completaban todos los procedimientos. Por ejemplo, aunque el peso normalmente se medía correctamente, la talla-para-edad casi nunca fue evaluada contra las curvas de crecimiento. En el 92% de las visitas, la altura del niño no fue evaluada ni fue marcada en el gráfico. Entre el pequeño grupo (8%) cuya talla-para-edad sí fue evaluada, casi siempre se utilizó el gráfico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2006.

**Cuadro 4.3.13. Evaluación del desarrollo, por número de habilidades**

Número de habilidades	Porcentaje de niños
4	42%
3	1%
2	7%
1	3%
0	47%

Fuente: IFPRI-FUSADES, observaciones estructuradas de establecimientos de salud

**4.3.3. Resumen**

El Programa contó con la Extensión de Servicios de Salud, que funcionó por medio de brigadas médicas, que llegaban a los cantones por lo menos una vez al mes, dirigidas por ONG o por la

equipos móviles del Ministerio de Salud. Esta estrategia permitió facilitar el acceso de los hogares rurales a los servicios de salud y por lo tanto, aumentar su demanda. Sin embargo, la calidad de los servicios prestados por esta modalidad presentaba algunas deficiencias: períodos de espera muy largos, tiempo de consulta muy corto e insuficientes medicamentos.

Con respecto a la disponibilidad y suministro de vacunas, se encontraron mejoras sustanciales. Por ejemplo, la disponibilidad de la vacuna BCG pasó de solamente 2% de los establecimientos en 2007, a 54% en 2009 y cobertura completa en 2010.

Un área deficitaria es la dotación de personal en las unidades de salud, pero está mejorando un poco.

Los sistemas de información de salud necesitan mejorarse. En los establecimientos de salud se usa una gama de mecanismos de reporte para cuidado prenatal y monitoreo del crecimiento. Así, se encontró que no ha mejorado el uso de formularios estándar entre la línea basal y la cuarta ronda de encuesta.

#### **4.4. ¿Cuáles son las percepciones de los beneficiarios y de los implementadores del programa acerca de la entrega y calidad de los servicios?**

En esta sección, se estudian las percepciones de los beneficiarios y de los implementadores del programa con respecto al acceso y la calidad de los servicios de educación y salud disponibles en sus comunidades. Para ello, se analizan las percepciones desde dos perspectivas. Primero, se utilizan medidas cuantitativas, incluyendo una adaptada de la batería de preguntas de SERVQUAL, para medir las percepciones de los beneficiarios. Segundo, se utilizan los resultados de los estudios cualitativos.

##### **4.4.1 Servicios educativos**

###### ***Satisfacción de los usuarios con los servicios de las escuelas primarias***

Aun cuando en muchas escuelas predominan las deficiencias en infraestructura y recursos para el aprendizaje, los beneficiarios de CSR tienen una opinión muy positiva acerca de la calidad de los servicios de educación. En las encuestas a los hogares beneficiarios siempre se incluyó un módulo diseñado para medir las percepciones de la calidad de los servicios. Los beneficiarios respondieron a siete preguntas en una escala de 1 a 4, donde 1 reflejaba una percepción excelente del servicio, 3 una percepción intermedia y 5 una percepción mala. El puntaje total, al sumar todas las respuestas, varía de 7 (excelente servicio) a 28 (mal servicio). Como se observa en el cuadro 4.4.1, el puntaje promedio que se obtuvo en todas las encuestas es casi el mismo, siendo de 12.13 en la línea basal y 12.15 en la cuarta encuesta. De allí que las percepciones muy positivas sobre la calidad de los servicios de educación se han mantenido a lo largo del tiempo.

**Cuadro 4.4.1. Percepción promedio sobre la calidad de los servicios prestados por la escuela primaria más cercana, por año de ingreso a CSR.**

Indicador SERVQUAL	Total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Encuesta de línea basal	12.13	11.94	11.74	12.32	12.48
Segunda encuesta	12.52	12.44	12.04	12.89	12.59
Tercera encuesta	12.31	12.33	12.36	12.64	11.75
Cuarta encuesta	12.15	12.21	11.67	12.37	12.28

Notas: Los puntajes son la suma de las respuestas numéricas a 7 preguntas sobre indicadores de percepción, en una escala de uno a cuatro, donde uno significa “excelente” y cuatro significa “deficiente”; por lo tanto, el puntaje posible varía de 1 a 28. El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

Las encuestas de hogares muestran que, la mayoría de beneficiarios que tienen niños en la escuela primaria, perciben que la calidad de los servicios escolares es buena y ha mejorado desde que el programa CSR llegó a su municipio (cuadro 4.4.2). Considerando los resultados de la cuarta encuesta, un poco más del 70% de los beneficiarios considera que a partir del lanzamiento del programa es más fácil matricular a sus hijos en la escuela; y, un porcentaje relativamente alto de los encuestados percibe que hay mejoras en la atención que reciben los niños (67.53%), la asistencia de los maestros (61.64%) y la organización de la escuela (59.27%). Aunque la percepción de los hogares no concuerda con los problemas que enfrentan las escuelas públicas rurales para ofrecer servicios de buena calidad, este resultado tiene una explicación. Los hogares beneficiarios miden la calidad de los servicios educativos de otra manera. Como se expondrá más adelante, los resultados de la evaluación cualitativa de los servicios de educación demuestran que, para los beneficiarios, la escuela es buena si está siempre abierta y los maestros no faltan a clase, son amables y tratan bien a los estudiantes.

**Cuadro 4.4.2. Porcentaje de personas que aseguran que el servicio de las escuelas mejoró después del lanzamiento de CSR, por ronda de encuesta. En cada ronda se incluyen solamente los hogares en municipios que ya habían ingresado a CSR, con niños estudiando en primaria.**

Aspecto	Línea basal	Segunda encuesta	Tercera encuesta	Cuarta encuesta
La facilidad para matricular a los niños	65.9	64.7	63.5	73.07
La asistencia de los maestros	59.5	58.8	57.5	61.64
La calidad de lo que enseñan	58.2	59.4	57.5	64.76
El edificio en donde está la escuela	50.6	50.0	49.2	52.99
El número de niños por aula	61.6	56.8	63.2	64.28
La organización de la escuela	53.4	54.3	51.4	59.27
La atención que reciben los niños	57.4	58.0	56.0	67.53

Notas: el número de observaciones es de 1,064 para la línea basal, 1,749 para la segunda encuesta, 2,172 para la tercera, y 2,276 para la cuarta.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

Uno de los hallazgos más interesantes de la evaluación cualitativa del programa *Comunidades Solidarias Rurales (CSR)*, es que los hogares beneficiarios y el personal de educación tienen percepciones diferentes acerca de la entrega y la calidad de los servicios en las escuelas. Estas diferencias están asociadas con el nivel de escolaridad y qué entiende cada actor por calidad. Mientras los docentes y directores consideran que la prioridad es elevar la calidad de la educación, la mayoría de los padres de familia se sienten satisfechos con ésta, y piensan que lo más importante es asegurar que los niños permanezcan en la escuela más allá del sexto grado. A continuación se explica cómo los hogares beneficiarios y el personal de educación perciben la calidad del servicio de educación.

Para los hogares beneficiarios, el servicio educativo es de calidad si los maestros no faltan a la escuela, no maltratan a los niños y saben explicar. Esto se debe a que carecen del conocimiento y los criterios para determinar cómo influyen en los aprendizajes de los estudiantes otros aspectos, como son: los métodos de enseñanza que usa el maestro, los materiales pedagógicos, el tiempo de instrucción y el clima escolar. Los padres de familia evalúan la calidad de las escuelas en función de las cualidades del maestro, sin tomar en cuenta cómo es su desempeño en las aulas, si cuentan con suficientes recursos didácticos, si usan efectivamente el tiempo de la clase y enseñan los contenidos del programa de estudio en forma adecuada. Por ejemplo, EC.Zacatales.Lopez. afirma que la calidad de la enseñanza en la escuela del cantón *“quizás está buena, como los niños en realidad no dicen que los traten mal, no. Está bueno porque aquí nunca hemos tenido ninguna queja, no he oído que ningún niño diga mamá tal cosa de los profesores, está bueno así como está”*. Lo más importante para los beneficiarios es que el maestro siempre esté en la escuela, tenga experiencia y pueda explicar; y en muchos casos atribuyen las dificultades para aprender de sus hijos a su falta de disciplina y concentración en las clases. Muchas madres beneficiarias, incluso, asocian los problemas de aprendizaje de sus hijos con las dificultades que ellas enfrentan para ayudarles a estudiar y hacer las tareas en casa, porque su nivel educativo es bajo o deben ocuparse en sus quehaceres.

Los beneficiarios conocen la modalidad de administración escolar a donde asisten sus hijos y piensan que funciona relativamente bien. Para las familias, la gestión escolar es considerada efectiva si la escuela está siempre abierta, las relaciones entre los maestros y los padres de familia son cordiales, y los organismos de administración escolar – particularmente la Asociación Comunal para la Educación (ACE) – vigilan la asistencia del maestro. La mayoría de los padres de familia con hijos en escuelas EDUCO, administradas por la ACE, se sienten empoderados para decidir sobre los asuntos de la escuela; y esto hace que tengan una percepción positiva sobre la efectividad de la gestión escolar. En cuanto a la calidad de los materiales pedagógicos y la infraestructura, la percepción de los beneficiarios es que la escuela funciona bien y es bonita, pero enfrenta algunas necesidades. Por ejemplo, no todas las escuelas disponen de libros de texto y guías de trabajo para cada niño, y algunos centros escolares carecen de muros perimetrales, otros necesitan reparaciones en sus techos o ampliar el número de aulas.

En síntesis, los hogares beneficiarios están satisfechos con la calidad del servicio de educación y piensan que el reto principal es lograr que sus hijos continúen estudiando hasta completar el bachillerato. Las familias consideran que la escuela de su comunidad es de gran beneficio, pero en

varios cantones ésta no ofrece servicios más allá del sexto o noveno grado y los estudiantes deben matricularse en otra escuela, usualmente distante, si desean seguir estudiando. Para EC.Pueblo Viejo. Perez2.OPR1 *“el reto sería que todos los niños que están en la escuela y van a llegar a sexto grado puedan continuar en la escuela, y darle a conocer a los papás que es importante la educación de los niños. Importante también para uno de madre. El reto sería que todos estos niños que están en el programa, sacaran bachillerato y tendrían su trabajo.”* Al respecto, algunos padres de familia sugieren aumentar la oferta de grados que se ofrecen en la escuela local u ofrecer algún tipo de apoyo económico adicional a los estudiantes que necesitan trasladarse a una institución educativa fuera del cantón para continuar el noveno grado o completar su bachillerato.

El personal de educación reconoce que CSR facilita el acceso y la permanencia en la escuela; pero, a diferencia de los hogares beneficiarios, sostiene que el reto principal es elevar la calidad de los servicios de educación. Las opiniones de los maestros y directores coinciden en que es difícil lograr buenos procesos de aprendizaje si la educación no está centrada en el niño y los métodos de aprendizaje, el recurso didáctico y la infraestructura no son los adecuados. Este pensamiento compartido se resume en la siguiente frase: *“Que hay necesidades, sí, pero lo primero es apuntarle al niño, esa es la necesidad más grande y al docente que necesitamos una actualización importante, porque es como los médicos, que si no agarramos otro libro para leer estamos estancados, nos vamos quedando... Por ejemplo, el método con el que a mí me enseñaron a multiplicar, en esta época ya no les funciona a los niños, hay que actualizarse... y las necesidades siguen, en infraestructura no todo está completo”* (CE Cantón Pacayas19052009).

Sobre los requerimientos de infraestructura escolar, la evidencia muestra que éstos son variables. Unas escuelas carecen de agua potable, otras de buena iluminación en las aulas y otras presentan problemas en sus techos. No obstante, varios maestros y directores coinciden en señalar que sus escuelas aún no cuentan con espacios apropiados para la educación parvularia (4-6 años), la educación física y la recreación. La investigación también encontró que algunos cambios positivos en la infraestructura física ocurrieron de 2009 a 2010. No obstante, un problema significativo mencionado en algunas comunidades, es la escasez de personal docente suficiente como para capitalizar de manera efectiva en los cambios a la estructura física (en particular, la división de salones por grado).

Para el personal de educación, la calidad de ésta se puede elevar mejorando el desempeño de los docentes y la disponibilidad de recursos para estimular los aprendizajes. Coincide en que también se deben hacer esfuerzos para crear bibliotecas e introducir en las escuelas el uso de computadoras y otras tecnologías de la información y comunicación, para estar al día con las exigencias del mundo actual. Además, mejorar la formación de los docentes en servicio y reflexionar sobre sus propias prácticas pedagógicas es esencial para incidir positivamente en los aprendizajes. Los maestros piensan que es importante aprender nuevos métodos de enseñanza para mejorar los aprendizajes de sus estudiantes, especialmente si éstos presentan alguna discapacidad o asisten a un aula multigrado. Varios maestros comparten la opinión de que las escuelas públicas en zonas rurales no cuentan con recursos suficientes para proveer a todos los niños de libros de texto, y que es difícil enseñar cuando la mayoría de los estudiantes proviene de familias que viven en situación de extrema pobreza.

En cuanto a la efectividad de la gestión escolar, desde la perspectiva del personal de educación, en las escuelas EDUCO, el director carece de autoridad y las evaluaciones del desempeño de los docentes no son las adecuadas. En estas escuelas, aunque las ACE son muy efectivas para vigilar la asistencia de los docentes y mantener a la escuela funcionando, son los directores o los maestros quienes desempeñan esta función, los que en la práctica resuelven los problemas de la escuela diariamente. El problema es que éstos son usualmente asesores de la ACE en los asuntos administrativos y carecen de autoridad para tomar decisiones. Por ejemplo, aunque pueden opinar acerca de la calidad de los docentes no son los responsables de evaluar su desempeño, ya que esta responsabilidad les corresponde a los padres de familia, aun cuando carecen del conocimiento y las herramientas adecuadas para saber si un maestro es competente. Al respecto, un director dijo lo siguiente: *“si hablamos de los representantes de la ACE ellos vienen y preguntan cómo es el desempeño. A veces en la comunidad como no hay expertos en educación, entonces si usted le puede hablar a ellos, yo no lo he hecho porque no me atrevo, porque la llevo de perder, sería bonito que nos entendieran el lenguaje al decir que si usted tiene un docente, no es por la amabilidad que aprende el niño, es el método de enseñanza. Hay docentes super amables con los padres de familia, con los niños, pero cuando yo mido el rendimiento de los niños yo veo cinco, ocho y diez niños que no pueden leer”* (CE cantón Pacayas 19052009). Para solventar estas dificultades, los maestros y directores coinciden en que el Ministerio de Educación debería mejorar el sistema de supervisión y asesoría pedagógica para las escuelas rurales. También es fundamental capacitar a los miembros de la ACE en administración escolar y orientarlos sobre los criterios a usar para determinar si un maestro es competente o no. Los directores, por su parte, insisten en tener mayor autoridad para administrar las escuelas redefiniendo sus funciones y las de la ACE.

A pesar de las diferencias en las percepciones acerca de la calidad del servicio educativo, otro hallazgo importante que mostró la evaluación cualitativa es que en donde hay consenso es en la opinión positiva acerca de la relación entre los padres de familia y los maestros, las ventajas de los esquemas participativos de gestión escolar y cómo el programa CSR ha contribuido a fomentar la cohesión social, la solidaridad y a generar mayor interés de los padres de familia en apoyar la escuela. Este resultado, que prevaleció en la investigación cualitativa, subraya la importancia del involucramiento de la comunidad en el sistema educativo. De hecho, en la segunda etapa de esta investigación, la cual se concentró en explorar posibles cambios en las actitudes y percepciones de las personas hacia la educación (evaluación de seguimiento), el personal de educación recalcó la importancia de mantener a los padres de familia y a la comunidad involucrada en los asuntos de la escuela. Para los docentes, la motivación y participación activa de los padres de familia en la educación de sus hijos ayudan a contrarrestar una de las razones centrales citadas para la no asistencia a clases: la falta de interés de parte de los niños y/o los padres. Esta percepción es común en todas las comunidades que se tomaron en cuenta en la segunda etapa de la investigación, incluyendo la comunidad no atendida por CSR.

Finalmente, en cuanto al programa de paquetes escolares gratuitos que se entrega a los estudiantes de parvularia y primaria del sistema público desde 2010, los resultados de la investigación cualitativa sugieren que, si bien es cierto éste contribuye a disminuir el costo de la educación de las comunidades en extrema pobreza, el bono sigue siendo un incentivo muy importante para garantizar

la asistencia regular a la escuela. Antes de la entrada en vigencia de este nuevo programa gubernamental, la mayoría de hogares beneficiarios reportó que parte del bono lo utilizaba para solventar el costo de uniformes y útiles escolares. La investigación encontró que en las comunidades *CSR* en donde hubo retrasos en la distribución de los paquetes escolares gratuitos, el bono siguió desempeñando un papel importante en la asistencia a la escuela y la compra de estos insumos. La percepción de los hogares no beneficiarios de *CSR* (que no reciben TMC) y el personal de educación que fueron entrevistados para comprender el impacto potencial del paquete escolar en la asistencia en la escuela, es que la falta de uniformes y útiles escolares afecta el acceso y la permanencia en el sistema educativo. No obstante, tanto el personal de educación como otros informantes clave, reconocen que la TMC continúa actuando como un incentivo eficaz para mantener la asistencia a la escuela. También perciben que el bono en efectivo, combinado con las capacitaciones sobre “educación y familia” y las intervenciones que promueven el involucramiento de los padres de familia en la escuela, puede tener un impacto mayor en la calidad del servicio de educación.

#### **4.4.2. Servicios de salud**

A través de observaciones estructuradas a los establecimientos de salud, parte del estudio cualitativo, se pudo observar que en términos generales, los usuarios se encuentran satisfechos con estos servicios y en su opinión han mejorado, principalmente con la llegada del *CSR*. Esto es consistente con los resultados cuantitativos obtenidos a través de las cuatro rondas de encuestas de evaluación.

Para medir la satisfacción de los usuarios de salud, al igual que para el caso de los servicios de educación, en el cuestionario aplicado a los hogares se incluyó un módulo diseñado para medir las percepciones de la calidad de los servicios. Las preguntas se basaron en el estándar SERVQUAL, el que fue modificado para acortar el tiempo de aplicación y para clarificar los contenidos. Por cada una de siete preguntas se solicitó una respuesta en una escala de 1 a 4, donde 1 siempre reflejaba una percepción “excelente” del servicio y 4 una percepción mala. Como una primera aproximación, simplemente se suman las respuestas, así que un puntaje de 7 representaría la mejor calidad y uno de 28 reflejaría la peor. Para el caso de los servicios de la unidad de salud más cercana, en las cuatro encuestas se obtuvo casi el mismo puntaje, cercano a 14 (cuadro 4.4.3); por lo tanto, en general, no parece que las percepciones de calidad del servicio cambiaran en el período investigado. Como nota positiva, si *CSR* ha inducido una demanda mayor por la prestación de servicios de salud, la percepción de la calidad no parece haberse deteriorado.

**Cuadro 4.4.3. Percepción promedio sobre la calidad de los servicios prestados por la unidad de salud más cercana, por año de ingreso a CSR**

Indicador SERVQUAL	Total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Encuesta de línea basal	14.26	14.15	13.70	14.52	14.57
Segunda encuesta	14.14	14.10	13.70	14.37	14.29
Tercera encuesta	14.05	13.92	14.17	14.18	13.88
Cuarta encuesta	14.02	14.11	13.84	14.11	13.98

Notas: Los puntajes son la suma de las respuestas numéricas a 7 preguntas sobre indicadores de percepción, en una escala de uno a cuatro, donde uno significa “excelente” y cuatro significa “deficiente”; por lo tanto, el puntaje posible varía de 1 a 28. El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

Además, en el cuadro 4.4.4. se presenta el porcentaje de hogares que consideran que se han dado mejoras en una serie de aspectos relacionados con la calidad de los servicios de salud, desde que sus municipios ingresaron a CSR. En general, parece que los habitantes de esos municipios están levemente menos satisfechos con los servicios de salud que con los servicios educativos. En general, se observa que la proporción de hogares que reportan mejoras descendió levemente entre la tercera y cuarta encuestas para algunos de los indicadores, y bastante para otros. En el caso de la disponibilidad de medicina, la mitad de la muestra reportó que había mejorado a la fecha de la tercera encuesta, pero descendió a 40% en la cuarta encuesta. Aunque únicamente 36% reportó que los tiempos de espera mejoraron en la cuarta encuesta, es un dato similar a los obtenidos en encuestas anteriores, implicando que no pareciera que la mayor demanda por servicios de salud esté causando percepciones negativas significativas de la calidad del servicio de salud.

**Cuadro 4.4.4. Porcentaje de personas que aseguran que el servicio de las unidades de salud mejoró después del lanzamiento de CSR, por ronda de encuesta. En cada ronda se incluyen solamente los hogares en municipios que ya habían ingresado a CSR**

Aspecto	Línea basal	Segunda encuesta	Tercera encuesta	Cuarta encuesta
La disponibilidad de los médicos y enfermeras para atender a las personas	58.2	52.5	59.8	54.1
El trato de los médicos y enfermeras	51.5	49.0	51.8	49.3
La disponibilidad de medicamentos	44.9	43.6	50.1	40.1
El tiempo que le dedican en la consulta	41.0	43.0	44.8	42.3
El tiempo de espera para recibir atención	37.1	36.7	38.4	36.0
El costo de la consulta	40.8	36.5	69.0	61.9
El costo de los medicamentos	39.4	34.8	64.5	58.6

El número de observaciones es de 1,298 para la encuesta de línea basal, 2,193 para la segunda encuesta, 2,817 para la tercera, y 2,945 para la cuarta.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

En resumen, las percepciones cuantificables acerca de los servicios de las unidades de salud y de las escuelas primarias son bastante altas y no han cambiado sustancialmente en el tiempo de la evaluación. Una posible preocupación es que a medida que los hogares aumentan su demanda de estos servicios, se vuelven más concurridos, aumentan los tiempos de espera, posiblemente se afecte la disponibilidad de recursos, y la calidad percibida decae. No se encontró evidencia cuantitativa que esto haya ocurrido, en general; aunque tampoco se encontró evidencia que las percepciones hayan mejorado. No obstante, las percepciones ya eran altas desde la línea basal, por lo que mejorarlas sería un poco difícil.

A continuación, se presentan algunas percepciones de beneficiarios e implementadores acerca de la calidad de los servicios, utilizando los resultados del estudio cualitativo.

#### ***Sobre las unidades de salud***

En términos generales, el trato recibido en las unidades de salud fue calificado como “muy bueno”; sin embargo, en la mayoría de las comunidades se quejaron de las grandes distancias que deben recorrer para llegar a las unidades. Así lo expresó una persona entrevistada: *“Pues el servicio está bien, porque por lo menos aquí se preocupan de ir viendo a los niños como van, está bien, pero en ese caso que hay que llevarlos a la unidad, ahí sí está difícil, porque le digo, nos sacrificamos mucho para ir hasta allá, pero de todos modos vamos”* (EIC.AguaFría.LL.RGR).

Otro aspecto con el cual los entrevistados manifestaron descontento fue con el desabastecimiento de medicamentos que sufren las unidades de salud, pues en ese caso no reciben las medicinas apropiadas para su padecimiento y, por lo tanto, tienen que comprarlas en farmacias particulares: *“Vaya, para mí porque yo a las clínicas casi muy poco voy, este, por las razones que si usted va, le detectan todo eso, va, y le dicen: vaya aquí está la receta no tenemos, vaya a comprarla, uno se queda con la receta pues y...con la receta se queda. No existen y la otra cosa que veo y es verdad pues, si usted lleva mal de orín le dan Acetaminofén, lleva dolor de cabeza le dan Acetaminofén,*

*lleva diarrea le dan Acetaminofén, lleve lo que lleve Acetaminofén, nosotros le decimos curalotodo” (EIC.AguaFría.MRM).*

La mayoría de madres entrevistadas opinan que reciben un buen servicio en los controles de crecimiento. En primer lugar porque, en su opinión, se respeta el protocolo establecido, así lo dijo una madre a la que se le preguntó si creía que chequeaban bien a sus hijos: *“pues yo creo que sí, se van a pesa, le miden la cabeza si le está creciendo bien o no. Vaya por ejemplo, Douglas, la vez pasada me dijeron que le hacía falta un poquito de crecimiento. Y a la Ana, no. Pero de grandes para la edad que tienen están bien, me dicen”* (EC.Pacayas.MN1.M). Otras razones por las cuales el servicio les parece satisfactorio es porque después del examen les explican la condición en que se encuentra el niño; si tiene desnutrición reciben consejos sobre los alimentos apropiados para que recuperen el peso, en algunas ocasiones les dan vitaminas, suplementos proteicos y desparasitantes.

Sin embargo, algunos padres se quejaron porque el trato que reciben no siempre es igual; en ocasiones el personal de las unidades de salud no está de buen humor o las explicaciones que reciben son limitadas.

Finalmente, otra queja de los usuarios se refiere al poco personal médico en las unidades de salud lo que se traduce en prolongados tiempos de espera.

Muchas de las mujeres que asisten a los controles de embarazo aprecian los consejos que les brindan así como las vitaminas y el hierro, estos últimos fueron señalados como incentivos para asistir. Quienes no asisten o lo hacen en forma irregular se quejaron de la distancia hacia la unidad de salud, pues implica una inversión en tiempo y dinero que no siempre pueden asumir.

### ***Sobre los servicios de extensión de cobertura***

Los beneficiarios valoran la llegada a sus comunidades de las brigadas médicas, contratadas por el Ministerio de Salud para desarrollar el programa de extensión de cobertura, principalmente porque con ello, las consultas médicas se han vuelto más accesibles en términos económicos (ahorro de pasajes para llegar a la unidad de salud y pagos de consultas), geográficos y de tiempo. Así lo dijo una beneficiaria a la cual se le preguntó su opinión sobre las brigadas médicas: *“pues yo hallo que está bien, usted, porque así se evita uno de más gasto y todo eso, porque ya para ir a La Laguna uno gasta más y aquí ya casi no gasta porque allí está cerquita y le queda más fácil a uno ir”* (ESE.LasPacayas.SMN).

En opinión de los entrevistados los servicios de vacunación son bastante accesibles en el sentido que existen diversas opciones para recibir las vacunas: los promotores de salud están pendientes de las fechas de vacunación de los niños y llegan a sus hogares para aplicárselas, algunos informantes comentaron que tienen la libertad de ir a la casa del promotor para recibir las vacunas, pueden hacerlo cuando llegan las brigadas médicas a la comunidad o bien ir hasta la unidad de salud.

En todas las comunidades incluidas en el estudio cualitativo las personas valoran los servicios de vacunación, pues en su opinión les ayuda a reducir el riesgo de contraer enfermedades o minimizan su impacto. Al respecto una titular del programa comentó: *“...a los cipotes míos cuando les falta la*

*vacuna me preocupo, siempre los he llevado, yo siempre estoy pendiente, porque la vacuna lo protege mucho a uno, porque si le cae una media enfermedad...no le cae fuerte porque está protegido, la vacuna es una gran cosa” (EC.LaCuchilla.MN.M).*

### ***Percepción de implementadores***

Aunque el Ministerio de Salud ha hecho un esfuerzo para garantizar el acceso a la “oferta básica de servicios de salud” (aumentando recursos y revisando directrices), las observaciones señalan que se requieren mayores esfuerzos para garantizar la equidad en la atención de calidad. En algunas comunidades, los establecimientos enfrentan escasez de recursos (personal y equipo médico, medicamentos y suministros de oficina) para asegurar la calidad de los servicios.

Los resultados del estudio han revelado ciertas variaciones en el nivel de los servicios prestados para la atención materno e infantil, por ejemplo, en lo que se refiere al manejo de formularios de documentación clínica para niños menores de cinco años, por parte del personal de salud.

Según comentaron algunos médicos, las limitantes de equipo que enfrentan las unidades de salud les han obligado a utilizar sus propios insumos, como por ejemplo, estetoscopios y cintas de medir. En otras ocasiones las unidades buscan medios alternativos para suplir sus carencias, ya sea solicitando ayuda a las alcaldías, desarrollando actividades para recaudar fondos o solicitando a los pacientes que compren algún tipo de material.

El déficit de personal en las unidades de salud pone una presión adicional que afecta la calidad del servicio, el cumplimiento de programas satura las funciones de los trabajadores que allí laboran. Así lo reconoció una informante clave de salud entrevistada: *“El principal reto está, es que con la escasez de personal que tenemos en este momento, cumplir con todos los programas que conlleva Red Solidaria y cumplirlos con calidad y calidez que es lo que pretendemos. Se me hace muy difícil con el personal que tengo y con la saturación de programas, dar seguimiento a algunos que son fundamentales pero que lamentablemente no podemos dar seguimiento como se debe y realmente creo que ese es el problema, el recurso humano es el mayor problema que tengo en este momento. No puedo decir de insumos porque creo que en infraestructura, porque a pesar de que no se ha invertido mayor cosa en infraestructura, creo que la unidad de salud tiene las condiciones para dar respuesta a la población que manejamos como Paraíso. Pero en recurso humano sí me está haciendo falta, más ahora que las cuotas son gratis voy a tener que prescindir de dos recursos como es el encargado de farmacia y el ordenanza que eran pagados con fondo de las donaciones. Y eso me va a traer a mí más saturación porque ahora no solamente me va a tocar ser directora y consultante, sino que hacer la limpieza, apoyar haciendo la limpieza porque no me puedo quedar que vamos a cerrar la unidad”*. (EIC.Zacatales.PMS.CSN).

### 4.4.3 Resumen

Los hogares beneficiarios están satisfechos con la calidad del servicio de educación y piensan que el reto principal es lograr que sus hijos continúen estudiando hasta completar el bachillerato. Las familias consideran que la escuela de su comunidad es de gran beneficio, pero en varios cantones ésta no ofrece servicios más allá del sexto o noveno grado y los estudiantes deben matricularse en otra escuela, usualmente distante, si desean seguir estudiando. Al respecto, algunos padres de familia sugieren aumentar la oferta de grados que se ofrecen en la escuela local u ofrecer algún tipo de apoyo económico adicional a los estudiantes que necesitan trasladarse a una institución educativa fuera del cantón para continuar el noveno grado o completar su bachillerato.

A través de observaciones estructuradas a los establecimientos de salud y los resultados cuantitativos, se pudo observar que en términos generales, los usuarios se encuentran satisfechos con estos servicios y en su opinión han mejorado, principalmente con la llegada del *CSR*. También se encontró un alto nivel de satisfacción de los beneficiarios con los servicios prestados por las brigadas de salud. Sin embargo, también se identificaron algunas deficiencias, las que fueron señaladas en el estudio cualitativo. Por ejemplo, en la mayoría de las comunidades se quejaron de las grandes distancias que deben recorrer para llegar a las unidades. Otro aspecto con el cual los entrevistados manifestaron descontento fue el desabastecimiento de medicamentos que sufren las unidades de salud, pues en ese caso no reciben las medicinas apropiadas. La mayoría de madres entrevistadas opinan que reciben un buen servicio en los controles de crecimiento. Sin embargo, algunos padres se quejaron porque el trato que reciben no siempre es igual, en ocasiones el personal de las unidades de salud no está de buen humor o las explicaciones que reciben son limitadas.

Aunque el Ministerio de Salud ha hecho un esfuerzo para garantizar el acceso a la “oferta básica de servicios de salud” (aumentando recursos y revisando directrices), las observaciones señalan que se requieren mayores esfuerzos para garantizar la equidad en la atención de calidad. En algunas comunidades, los establecimientos enfrentan escasez de recursos (personal y equipo médico, medicamentos y suministros de oficina) para asegurar la calidad de los servicios. El déficit de personal en las unidades de salud pone una presión adicional que afecta la calidad del servicio, el cumplimiento de programas y satura las funciones de los trabajadores que allí laboran.

## **5. OBJETIVO 3: EVALUAR LOS IMPACTOS DE LAS TRANSFERENCIAS MONETARIAS CONDICIONADAS (RESULTADOS CUANTITATIVOS)**

En este capítulo se presenta información descriptiva detallada acerca de los cambios observados en los principales indicadores entre la encuesta de línea basal y las tres encuestas de seguimiento posteriores. La evolución observada en estos indicadores, que pueden denominarse progreso, en sí misma, no debe ser considerada como impacto de *CSR*. Impacto es la porción de ese progreso observado que puede ser atribuida a *CSR*, y más específicamente al componente de las transferencias monetarias condicionadas.

En este capítulo se presenta un resumen del análisis realizado para tratar de identificar los estimados de las TMC asociadas con *Comunidades Solidarias Rurales* en los indicadores principales, así como en indicadores alternativos. Se presentan dos tipos de impactos. Primero, se trata de identificar impactos directos, comparando un grupo que ya estaba recibiendo las transferencias con otro que todavía no las había comenzado a recibir. Segundo, se trata de identificar impactos relativos o adicionales, cuando el grupo que se usa como tratamiento ha recibido las TMC por un año más que el grupo que se usa como control; en este caso, la ausencia de impactos relativos no implica la ausencia de impactos. En general, se presentan los detalles de las estimaciones de impacto solamente para aquellos casos en que son estimaciones nuevas, que no han sido incluidas en los informes de impactos anteriores; para el resto, se presenta un resumen de lo más relevante del análisis realizado.

En cada una de las secciones de este capítulo, primero se describe el progreso de estos indicadores a lo largo del tiempo, luego se describen las estimaciones de impacto que se detallaron en los dos informes de impacto anteriores, se comentan impactos y evolución de otros indicadores relacionados, y luego se resumen los hallazgos principales.

### **5.1. Impactos en educación y la utilización de servicios de educación**

Los dos indicadores principales sobre los que se requiere demostrar los impactos de las TMC en la educación y en el uso de servicios de educación son la tasa de repetición de primer grado y la tasa de matrícula entre niños de 7 a 12 años de edad; sin embargo, también se han estudiado otros indicadores que se consideran relevantes, como la participación escolar de niños más pequeños, las tasas de matrícula en tercer ciclo, y los resultados de pruebas de aprendizaje.

#### **5.1.1. Evolución de la tasa de repetición de primer grado**

El principal indicador de educación para evaluar impacto es la tasa de repetición de los niños de primer grado. Históricamente, la tasa de repetición ha sido muy alta, y, aunque últimamente ésta ha tendido a descender, una reducción adicional sería considerada un impacto muy positivo de *Comunidades Solidarias Rurales*.

Utilizando los datos de la última encuesta de seguimiento, se encontró una tasa de repetición en primer grado de 16.9% en 2010 (cuadro 5.1.1). La tasa promedio global no ha cambiado mucho en el curso de la evaluación; ésta era de 18.6% en 2007, 17.3% en 2008, y 18.7% en 2009. Sin embargo, esta tasa global oculta una fuerte tendencia a la baja entre los municipios que ingresaron al programa más temprano. En el Grupo 2, el cual entró a *CSR* en 2006, la tasa de repetición es sólo 10.7% en 2010, y de 12.5% en el Grupo 3, que ingresó en 2007. Mientras que es de 22.0% en el Grupo 4 y 18.9% en el Grupo 5 que ingresaron ambos en 2008. Es importante explicar por qué las tasas de repetición difieren tanto por grupo de ingreso.

**Cuadro 5.1.1. Evolución de la tasa de repetición en primer grado, por grupo de ingreso a *CSR***

	Año escolar				
	2006	2007	2008	2009	2010
Total	17.2	18.6	17.3	18.7	16.9
<b><i>Por grupo de ingreso a CSR</i></b>					
Grupo 2	15.3	14.2	19.6	14.5	10.7
Grupo 3	16.7	23.0	15.2	12.6	12.5
Grupo 4	21.8	20.5	18.6	21.6	22.0
Grupo 5	13.0	15.6	15.3	23.2	18.9

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

Una razón importante resulta probablemente de la forma como funciona la condicionalidad. En los dos grupos de municipios que comenzaron a recibir el bono en 2008, el 4 y el 5, la condicionalidad comenzó a exigirse hasta el inicio del año escolar en 2009, por lo que más niños ingresaron a la escuela en ese año. Como resultado, se esperaría que si *CSR* logró que se matricularan niños que estaban fuera del sistema, éstos entrarían, con mayor probabilidad, en primer grado y con edad mayor; al hacerlo, también sería más probable que al final necesitaran repetir el grado en 2010. Para el Grupo 2, que ingresó a *CSR* en 2006, también se observó un incremento en la tasa de repetición en el año escolar 2008, que ocurrió después que esos municipios experimentaran un incremento en la matrícula en 2007.

Al examinar el porcentaje de niños repitiendo el primer grado, por edad y año lectivo (cuadro 5.1.2), se encuentra que es mucho menos probable que los niños de menor edad repitan el grado (por ejemplo, los de 6 y 7 años de edad); pero quizás es más relevante que el porcentaje de niños mayores que repite es considerablemente más alto que entre los niños de menor edad. Como resultado, el progreso que se observa con respecto a la tasa de repetición de primer grado parece ser una consecuencia de que los niños se estén matriculando en primer grado a menor edad.

**Cuadro 5.1.2. Tasa de repetición en primer grado, por edad y año escolar**

Edad	Año escolar			
	2007	2008	2009	2010
6 años	5.6	3.4	2.8	4.5
7 años	11.2	16.5	15.0	16.2
8 años	28.6	40.7	46.1	64.5
9 años	40.5	57.5	48.7	64.2
10 años y mayores	43.4	40.0	53.8	52.2

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

De hecho, se observa que la edad de los niños en primer grado está disminuyendo, aun entre la tercera y cuarta encuestas (cuadro 5.1.3). En 2010, la mayoría tenían 7 años o menos al inicio del año escolar<sup>27</sup>. Este punto es particularmente cierto para las niñas; en 2010, casi el 90% de las niñas de primer grado tenían 6 ó 7 años de edad en 2010, mientras que en 2009 representaban solo el 77%. En la encuesta de línea basal, solo el 62% de niños de primer grado tenían menos de 8 años; en ese año, la tasa de matrícula de niños de 6 y 7 años era más alta en los municipios del Grupo 2, 68%, que en los otros grupos, lo que es consistente, puesto que para ellos la asistencia a la escuela ya era una condicionalidad exigida, mientras que para el resto de grupos todavía no.

**Cuadro 5.1.3. Edades de niños en primer grado, tercera y cuarta encuestas, por género**

Edad	Tercera Encuesta -2009			Cuarta Encuesta - 2010		
	Todos	Niños	Niñas	Todos	Niños	Niñas
6 años	38.0	38.5	37.5	52.5	48.2	57.0
7 años	37.0	34.9	39.5	32.2	33.1	31.3
6 y 7 años	75.0	73.4	77.0	84.7	81.3	88.3
8 años	13.3	15.1	11.2	8.6	10.9	6.3
9 años	5.8	6.9	4.9	2.5	3.2	1.8
10 y mayores	5.8	4.9	6.6	4.1	4.6	3.7

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

Combinando el hecho que los niños están ingresando a la escuela a menor edad, con el resultado que los niños de menor edad tienden menos a reprobar, se puede anticipar que en el futuro se observarán menores tasas de repetición en primer grado.

<sup>27</sup> Estas estadísticas pueden estar un poco influenciadas por la forma cómo se pregunta acerca de la edad de los niños. Durante la encuesta, se pregunta la edad en términos de años y meses para todos los niños de 12 años o menos en la fecha de la encuesta; luego se estima la edad que tendrían al comienzo del año escolar. Como resultado, algunas de las edades estimadas al inicio del año escolar pueden ser menores que las reales. Dicho esto, el principal punto es que los niños se están matriculando en la escuela a menor edad que antes, y ese punto sigue siendo válido.

### 5.1.2. Evolución en la tasa de matrícula en niños entre 7 y 12 años de edad

El principal indicador del uso de servicios educativos que se requiere evaluar es la tasa de matrícula entre niños de 7 a 12 años de edad. Se encontró que para 2010, casi todos los niños de 7 a 12 años de edad en la muestra están matriculados en la escuela, independiente del grupo de municipios al que se refiera (cuadro 5.1.4). La gráfica 5.1.1 ilustra los cambios en la tasa de matrícula entre 2007 y 2010; como se observa, en el año posterior al ingreso a *CSR*, la tasa de matrícula salta a más del 97% para todos los grupos de municipios; esto muestra claramente un impacto de *CSR* en este indicador, lo que se confirma en el apartado siguiente.

**Cuadro 5.1.4. Tasa de matrícula en niños de 7 a 12 años de edad**

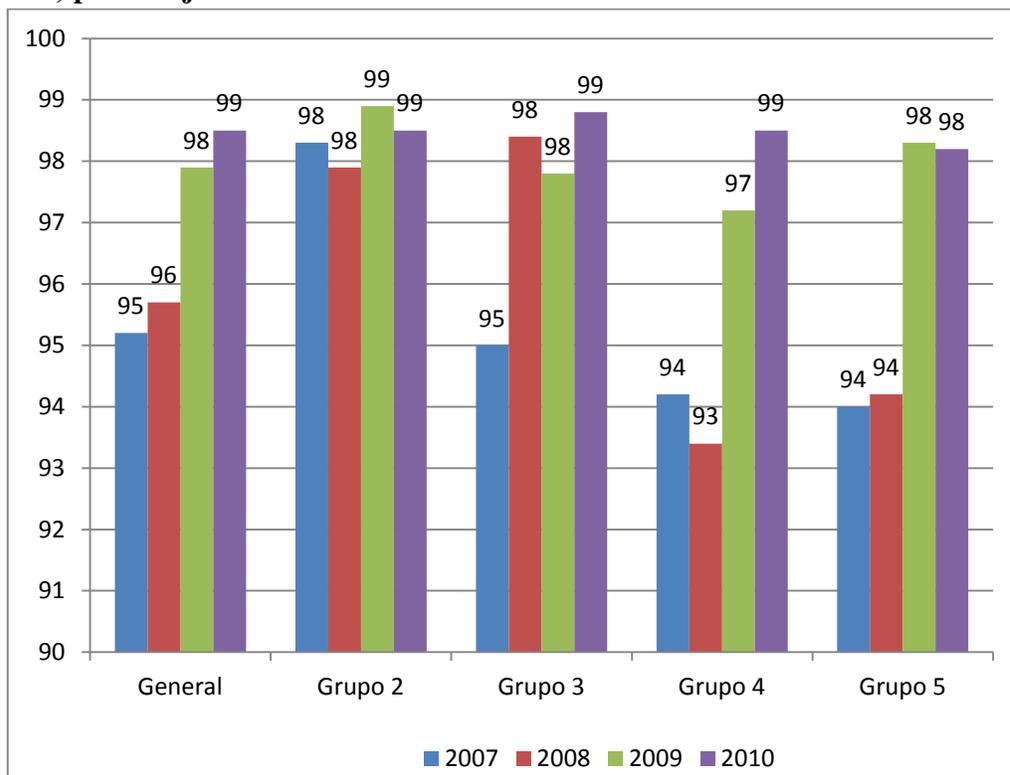
	Año escolar				
	2006	2007	2008	2009	2010
General	93.4	95.2	95.7	97.9	98.5
<b>Por grupo de ingreso a CSR</b>					
Grupo 2	96.2	98.3	97.9	98.9	98.5
Grupo 3	93.3	95.0	98.4	97.8	98.8
Grupo 4	92.5	94.2	93.4	97.2	98.5
Grupo 5	91.8	94.0	94.2	98.3	98.2

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

Además, se encontró que las tasas de matrícula para niñas y niños son similares a lo largo del período de estudio (cuadro 5.1.5). Al examinar los resultados por edad, se encuentra que, excepto para los 11 y 12 años, las tasas de matrícula superan el 98.5% en la tercera y cuarta encuestas, cuando ya todos los municipios de la muestra participaban en *CSR*. Además, las tasas de matrícula son cercanas o superiores al 98% en los niños de 11 años de edad, y son sólo algo menores para los de 12 años de edad (por ejemplo, 95.6% en 2010). Es particularmente importante notar que las tasas de matrícula han incrementado más entre niños de menor edad (7 años de edad, que tenían una tasa de matrícula de 92.3% en la muestra de 2007) y entre los niños de mayor edad (12 años de edad). Las tasas de matrícula ya eran bastante altas antes del ingreso a *CSR* entre niños de 8 a 11 años de edad.

**Gráfica 5.1.1. Tasa de matrícula de niños de 7 a 12 años, por año escolar y grupo de ingreso a CSR, porcentajes**



Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

**Cuadro 5.1.5. Tasa de matrícula, 7 a 12 años, por género y edad.**

Categoría	Año escolar			
	2007	2008	2009	2010
<b>Por género</b>				
Niños	95.0	95.7	98.3	98.7
Niñas	95.5	95.7	97.6	98.3
Índice de paridad de género*	1.01	1.00	0.99	1.00
<b>Por edad</b>				
7 años	92.3	95.5	98.7	99.4
8 años	95.6	96.8	99.2	99.8
9 años	96.8	97.5	99.1	99.2
10 años	97.9	97.6	99.0	99.2
11 años	96.3	96.5	97.7	98.1
12 años	91.9	90.0	93.8	95.6

\* Índice de paridad de género es la razón entre la tasa de matrícula de niñas y la tasa de matrícula de niños.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

### 5.1.3. Estimación de impactos en los indicadores principales de educación

En los dos informes anteriores se presentaron los detalles de las estimaciones de impactos de las transferencias monetarias condicionadas asociadas con *CSR* en los indicadores principales<sup>28</sup>. En general, se encuentra evidencia de que las TMC tuvieron impactos tanto en la tasa de repetición de primer grado como en la tasa de matrícula, haciendo uso tanto de los datos de las encuestas de la evaluación como de datos del VI Censo de Población de 2007.

Se intenta mostrar los impactos en la tasa de repetición de primer grado de dos formas diferentes, haciendo uso de la comparación entre los Grupos 3 y 4 (cuadro 5.1.6) como grupos de tratamiento y control, respectivamente<sup>29</sup>. Primero, se examinan los impactos de diferencia-en-diferencia entre la segunda y tercera encuestas, lo cual da un estimado de impacto relativo, específicamente compara municipios que están en su segundo año de recibir transferencias con municipios que están en su primer año de recibirlas; para este caso, se estimó un impacto de 5.3 puntos porcentuales, usando mínimos cuadrados ordinarios con un kernel rectangular. Segundo, se examinan los impactos con base en la diferencia entre la encuesta de línea basal y la tercera encuesta, lo cual es sutilmente diferente; ésta da el estimado de impacto con base en comparar municipios que ya han recibido dos años completos de transferencias con municipios que las han recibido por un año completo; en este caso se estimó un impacto de 8.7 puntos porcentuales. Este último estimado no es significativo en las otras comparaciones. Combinado con la evidencia descriptiva para los Grupos 2 y 3, parece razonable concluir que hay algún impacto de *CSR* en las repeticiones de primer grado; el estimado menor es probable que esté más cercano a los impactos reales (5.3 puntos porcentuales).

Con base en la evidencia descriptiva de la sección 5.1.2, no sorprende que se encontraran impactos en la tasa de matrícula entre niños de 7 a 12 años, al examinar la comparación entre los Grupos 2 y 3, como tratamiento y control, respectivamente. Al usar dos tipos de datos diferentes, se encontraron impactos significativos en este indicador. Utilizando los datos de las encuestas de evaluación, se encontró un impacto positivo de 5.2 puntos porcentuales, y con los datos del VI Censo de Población de 2007, se estimó un impacto de 3.7 puntos porcentuales, para el ancho de banda más angosto. Ambas estimaciones son significativas al nivel de 5%, y así los dos tipos de datos producen estimaciones de impacto bastante similares. Puesto que la matrícula ya estaba arriba del 90% en los municipios que ingresaron a *CSR*, es admirable que la matrícula en este grupo de edades haya incrementado aún más. Claramente, los esfuerzos del programa para garantizar que todos los niños estén matriculados en la escuela primaria han dado frutos en términos de matrícula.

---

<sup>28</sup> En el Anexo E se presentan también estimaciones de impactos en la tasa de matrícula de niños de 4 a 6 años; además se hacen algunos comentarios sobre los posibles impactos en la tasa de matrícula más allá del sexto grado.

<sup>29</sup> No se encontraron estimaciones de impacto estadísticamente significativas al utilizar los Grupos 2 y 3 como tratamiento y control, respectivamente. Debido a que la condicionalidad para el bono de educación para los Grupos 4 y 5 comenzó a ser exigida simultáneamente, no se puede utilizar esa comparación para buscar impactos.

**Cuadro 5.1.6. Resumen de impactos de las TMC en los indicadores principales de educación**

Indicador	Comparaciones: Tratamiento/ Control	Encuestas	Impacto estimado*	Método	Comentarios
Tasa de repetición, primer grado	Grupo 3/ Grupo 4	Segunda, tercera	5.3 pp negativos	MCO	
	Grupo 3/ Grupo 4	Línea basal, tercera	8.7 pp negativos (relativo)	MCO, RLL	La mayoría de otras comparaciones no son significativas
Tasa de matrícula, 7 a 12 años	Grupo 2/ Grupo 3	Todas	5.2 pp positivos	MCO	No se estimaron impactos relativos adicionales
	Grupo 2/ Grupo 3	Censo	3.7 pp positivos	MCO	Ancho de banda más angosto

\* Se reporta el impacto estimado utilizando las observaciones dentro de un ancho de banda intermedio alrededor del umbral. Para la tasa de repetición se utiliza un ancho de banda angosto.

Notas: pp se refiere a puntos porcentuales; MCO se refiere al método de estimación de Mínimos Cuadrados Ordinarios, utilizando un *kernel* uniforme; RLL se refiere al método de estimación de Regresión Lineal Local. El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008.

Fuente: Informe de impactos al año de implementación (IFPRI-FUSADES 2009) e Informe de impactos a los dos años de implementación (IFPRI-FUSADES 2010).

Aprovechando la gran cantidad de información que aporta el VI Censo de Población, también se estimaron impactos para cada combinación de edad y género (cuadro 5.1.7). Usando el ancho de banda más angosto, se encuentra que las ganancias están concentradas entre los niños de menor edad y entre las niñas de mayor edad (de 11 y 12 años). La probabilidad que los niños de siete años se matriculen aumenta 9.8 puntos porcentuales; en esta edad, el efecto es levemente mayor para los niños que para las niñas. Por otro lado, también aumenta la probabilidad que las niñas de 11 y 12 años se matriculen en la escuela; dado que a menudo a las niñas de esa edad se les requiere para realizar tareas domésticas, los resultados parecieran indicar que a las niñas mayores se les está permitiendo continuar en la escuela en lugar de darles más tareas del hogar. De hecho, las estimaciones de impacto en las ocupaciones de niños de 10 a 14 años que se presentan en el Anexo E, apoyan esta hipótesis.

**Cuadro 5.1.7. Impacto de *Comunidades Solidarias Rurales* en tasa de matrícula, estimado por Regresión Lineal Local, por edad y género, ancho de banda=5, Datos del VI Censo de Población, 2007**

Edad	Ambos sexos	Niños	Niñas
7	0.098 (0.046)**	0.117 (0.035)**	0.074 (0.067)
8	0.054 (0.024)**	0.051 (0.026)*	0.058 (0.024)**
9	0.04 (0.019)**	0.022 (0.014)	0.06 (0.026)**
10	-0.019 (0.021)	0.019 (0.028)	-0.048 (0.023)*
11	0.015 (0.011)	-0.03 (0.007)	0.067 (0.019)**
12	0.023 (0.017)	0 (0.017)	0.047 (0.021)**

Notas: Los errores estándar agrupados en el municipio en paréntesis. Cada celda representa una regresión aparte. \*- indica significancia a nivel del 10 por ciento; \*\*- indica significancia a nivel del 5%. Las regresiones comparan personas en municipios que ingresaron a *CSR* en 2006 (Grupo 2) con municipios que ingresaron en 2007 (Grupo 3).

Fuente: Informe de impactos a los dos años de implementación (IFPRI-FUSADES 2010).

## 5.2. Impactos en la salud y la utilización de servicios de salud

Para evaluar el impacto de transferencias asociadas con *CSR* en los resultados de salud, se requiere considerar cinco indicadores principales. El primero, un indicador directo de salud, es la prevalencia de diarrea entre niños menores de cinco años; en este estudio se ha considerado también la prevalencia de diarrea en los menores de dos años. Los cuatro siguientes son indicadores del uso de los servicios de salud; dos entre madres (la proporción de embarazadas que reciben control prenatal y la proporción de partos atendidos por personal calificado) y dos entre niños pequeños (la proporción de menores de un año que reciben controles de crecimiento y la prevalencia de vacuna SPR entre los niños entre 12 y 23 meses). Además, se han considerado tres indicadores adicionales relacionados con la salud materna: proporción de partos hospitalarios, la proporción de mujeres que reciben cuidados posnatales y la proporción de mujeres que se han realizado pruebas de cáncer cervical.

Los detalles sobre la descripción de las muestras utilizadas en el análisis de cada uno de los indicadores, se presentaron en los dos informes de impactos anteriores (IFPRI-FUSADES 2009 y 2010).

### 5.2.1. Evolución de la prevalencia de diarrea entre niños menores de 5 años de edad

La prevalencia de diarrea entre niños menores de 5 años es un importante indicador de salud infantil, ya que la diarrea es la segunda causa de muerte mundialmente en este grupo de edad (representando casi una en cinco muertes, UNICEF/OMS 2009). Éste también puede ser visto como

un indicador de condiciones generales de higiene y de saneamiento en los hogares, ya que los niños son más sensibles a las bacterias y parásitos que provocan la diarrea. En este estudio se define la prevalencia de diarrea como la proporción de niños menores de 5 años que reportan haber tenido diarrea durante los quince días anteriores a la encuesta.

Existen varias formas en las que podría esperarse que *CSR* tenga un impacto sobre la prevalencia de diarrea entre niños pequeños. Primero, el componente de servicios básicos de la intervención puede proveer mejoras en la infraestructura de agua y saneamiento. Segundo, las madres pueden aprender acerca de prácticas de higiene a través de las capacitaciones. Tercero, especialmente significativo para los niños menores de 2 años, las madres que asisten a controles prenatales o posnatales y que lleven a sus hijos regularmente a controles de crecimiento y desarrollo, pueden aprender mejores prácticas de alimentación para sus bebés, lo cual, a su vez, tiene el potencial de reducir la incidencia de diarrea. Además, ya que la diarrea puede ser un efecto secundario de ciertas enfermedades tales como el sarampión o rotavirus, es posible que incrementar las tasas de vacunación contribuya a que se produzcan menos episodios de diarrea.

En el cuadro 5.2.1 se presenta la evolución de la proporción de niños menores de 5 años que reportan haber padecido de diarrea en los 15 días anteriores a la encuesta. Se observó que esa proporción se incrementó levemente entre la tercera y cuarta rondas de encuestas, de 10.4% a 11.4% (cuadro 5.2.1). Sin embargo, esos cambios en la prevalencia de diarrea no son significativamente diferentes de cero. Debido al creciente número de iniciativas para mejorar la salud y nutrición infantiles dirigidas a niños que no han cumplido dos años, también se estudia la evolución de la prevalencia de diarrea reportada en niños menores de 2 años; en general, se encontraron patrones similares en la evolución que los descritos para los niños menores de 5 años.

**Cuadro 5.2.1. Proporción de niños menores de 5 años y 2 años con diarrea en los últimos 15 días, por año de ingreso a Comunidades Solidarias Rurales y encuesta**

Encuesta	Promedio total	Grupos de municipios por año de ingreso a <i>CSR</i>			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b><i>Menores de cinco años</i></b>					
Línea basal	11.4	9.3	11.7	12.6	11.3
Segunda encuesta	12.1	11.7	12.3	10.5	14.4
Tercera encuesta	10.4	9.0	11.3	10.3	10.7
Cuarta encuesta	11.4	12.2	10.2	10.5	13.2
<b><i>Menores de dos años</i></b>					
Línea basal	16.4	13.4	17.1	18.1	16.3
Segunda encuesta	17.8	17.9	16.9	15.7	21.4
Tercera encuesta	14.3	13.1	16.2	14.6	12.9
Cuarta encuesta	16.4	16.9	14.6	15.5	18.8

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

En términos generales, no se encontraron cambios en la prevalencia de diarrea ni en niños menores de cinco años, ni entre niños menores de dos años. Sin embargo, esto puede ser resultado de varios factores. La prevalencia de diarrea puede ser estacional. La encuesta de línea basal se llevó a cabo en época seca, mientras que las otras tres encuestas se realizaron en época lluviosa; aunque estas últimas se llevaron a cabo en fechas similares, la cantidad de lluvia registrada fue muy diferente en cada período y en las diferentes zonas geográficas. Como resultado, las fluctuaciones observadas en las tasas de prevalencia de diarrea pudieran esconder los resultados de la implementación de *CSR*. Por esta razón, las estimaciones de impacto son particularmente importantes para estudiar el efecto de *CSR* en la prevalencia de diarrea; los resultados de la evaluación de impactos, del tipo diferencias en diferencias, pueden ser considerados indicadores más confiables de los cambios en la prevalencia de diarrea que pueden ser atribuibles al programa.

### **5.2.2. Evolución de la proporción de mujeres embarazadas que reciben controles prenatales**

El primer indicador relacionado con la salud materna que se requiere evaluar es la proporción de mujeres embarazadas que se inscriben para recibir controles prenatales. Puesto que se encontró desde la línea basal que casi todas las embarazadas se inscriben, se considera más útil evaluar la proporción de embarazadas que reciben el número adecuado de controles prenatales, que según lo requieren las normas del Ministerio de Salud, deben ser, por lo menos, cinco controles antes del parto.

Como se observa en el cuadro 5.2.2, la evolución de la proporción de embarazadas que se inscriben para recibir controles prenatales es favorable, aún cuando parte de un nivel bastante elevado. En la cuarta encuesta, casi todas las mujeres embarazadas tuvieron al menos una visita de cuidado prenatal, 99.4%, lo que representa una mejora desde el 95.6% reportado en la línea basal. Debido a que los porcentajes son tan altos, hay poca información adicional que este indicador pueda aportar. Por esta razón, se estudia en la misma muestra de mujeres, la proporción de ellas que recibieron el número adecuado de controles prenatales antes de dar a luz.

En general, no se encuentran tendencias claras en cuanto a la evolución de la proporción de mujeres que reciben el número apropiado de controles prenatales; no obstante, aumenta levemente del 77.6% en la tercera encuesta a 79.2% en la cuarta (ver nuevamente cuadro 5.2.2). Aunque todos los grupos de municipios han tenido incrementos modestos desde la línea basal, existen leves descensos en la tercera y cuarta encuesta en los Grupos 2 y 5, en contraste con incrementos leves en los Grupos 3 y 4. Por lo tanto, no se puede concluir que este indicador haya mejorado en el tiempo transcurrido entre las cuatro encuestas de la evaluación.

**Cuadro 5.2.2. Proporción de embarazadas que se inscriben en controles prenatales y que reciben el número apropiado de controles, por año de ingreso a Comunidades Solidarias Rurales y encuesta**

Encuesta	Promedio total	Grupos de municipios por año de ingreso a <i>CSR</i>			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b><i>Inscritas en controles</i></b>					
Línea basal	95.6	93.8	95.8	97.6	94.4
Segunda encuesta	97.8	97.8	99.0	96.0	98.3
Tercera encuesta	98.9	100.0	99.1	98.0	98.9
Cuarta encuesta	99.4	98.6	100.0	100.0	98.9
<b><i>Reciben número adecuado de controles</i></b>					
Línea basal	77.2	76.9	79.2	74.5	79.0
Segunda encuesta	75.7	76.9	73.6	70.7	81.2
Tercera encuesta	77.6	84.9	71.3	74.7	82.8
Cuarta encuesta	79.2	82.2	75.9	79.6	79.3

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

### 5.2.3. Evolución de la proporción de partos atendidos por personal calificado

Otro de los indicadores principales relacionados con la salud materna que se requiere evaluar es la proporción de partos que son atendidos por personal calificado, es decir, por una enfermera o médicos (ya sea médico general o ginecólogo/ obstetra).<sup>30</sup> Al observar la tendencia de este indicador (cuadro 5.2.3), se encuentra que la atención calificada continúa mejorando, aunque modestamente en la muestra completa, pasando de 85.5% en la tercera encuesta a 87.2%; no obstante, esto es una mejora importante al compararlo con el 72.9% de la línea basal. Sin embargo, los promedios esconden alguna información adicional: la mejora entre las dos últimas encuestas fue impulsada por los grupos de municipios que ingresaron por último a *CSR* (los Grupos 4 y 5), mientras que los grupos que tienen más tiempo en el programa disminuyen levemente el porcentaje de partos atendidos por personal calificado. Esto indica que aunque se ha hecho progreso general, algunos de los efectos iniciales de *CSR* en motivar a las mujeres a buscar atención calificada de sus partos, pueden no ser sostenibles varios años después de que los municipios ingresan al programa.

<sup>30</sup> En todas las estadísticas se incluyeron mujeres de 12 años y mayores que han dado a luz en el período entre encuestas (normalmente 12 meses, con la excepción de la línea basal en la cual se incluyen los partos de los últimos cinco años).

**Cuadro 5.2.3. Proporción de partos atendidos por personal calificado, por año de ingreso a CSR y encuesta**

Encuesta	Promedio total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Línea basal	72.9	77.2	64.0	72.0	79.4
Segunda encuesta	77.2	82.1	71.4	74.6	80.5
Tercera encuesta	85.5	90.6	80.2	83.9	89.7
Cuarta encuesta	87.2	85.1	78.4	93.9	90.2

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

#### 5.2.4. Evolución de la cobertura de controles de crecimiento en niños menores de 1 año

Una de las metas principales de *CSR* es mejorar el monitoreo del crecimiento y desarrollo de niños menores de 1 año, de manera que los niños que están quedando atrás en las curvas de crecimiento puedan ser identificados oportunamente para recibir atención médica o tratamiento. La evaluación de la Encuesta Nacional de Salud Familiar 2008, reporta que en las áreas rurales, la cobertura de los controles de crecimiento en el primer mes después del nacimiento es de aproximadamente 61.9%, oscilando desde 54.1% en Cuscatlán hasta 70.8% en Chalatenango (FESAL 2008/9). Por lo tanto, claramente habría oportunidad para mejorar este indicador en las áreas del programa.

Hay cuatro formas principales en que *CSR* podría estar mejorando la frecuencia en que los niños reciben controles de crecimiento y desarrollo. Primero, a través de la condicionalidad del bono de salud, lo que motivaría a las madres a llevar a sus bebés más frecuentemente a visitas de control. Segundo, la asistencia a capacitaciones que describen los beneficios de monitorear el crecimiento de los niños podrían influir positivamente en que la gente aumente la asistencia al monitoreo del crecimiento. Tercero, las normas de la comunidad podrían cambiar como resultado de las capacitaciones, causando que más personas lleven a sus hijos a controles de crecimiento. Cuarto, otros programas para mejorar la disponibilidad del monitoreo del crecimiento, tales como las brigadas móviles del programa de extensión de cobertura, podrían también incrementar la demanda de monitoreo del crecimiento.

En las cuatro encuestas se preguntó a los hogares específicamente acerca de la frecuencia, así como también el momento de las visitas de monitoreo. En general, el porcentaje de niños que son llevados a control en su primer mes de vida es bastante alto y es constante en las encuestas en la muestra completa, incrementando marginalmente de aproximadamente 94% a 95% en el período entre las cuatro encuestas (cuadro 5.2.4). Sin embargo, se observan algunas diferencias en tendencias por grupo de municipios según su ingreso a *CSR*; el porcentaje en el Grupo 2 disminuye levemente en el tiempo, en los Grupos 3 y 4 se mantienen, mientras que se incrementa en el Grupo 5. En todos los casos, los promedios encontrados son mucho más grandes que los reportados por FESAL, lo cual puede estar relacionado con las diferencias en muestreo, en el diseño de los

cuestionarios, o que todos los cantones de nuestra muestra ya habían ingresado a *CSR* durante la tercera y cuarta encuestas.

**Cuadro 5.2.4. Proporción de niños menores de un año en control de crecimiento en el primer mes de vida, de acuerdo con lo reportado por los entrevistados, por año de ingreso a Comunidades Solidarias Rurales**

Encuesta	Promedio total	Grupos de municipios por año de ingreso a <i>CSR</i>			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b><i>Con control de crecimiento en primer mes de vida</i></b>					
Línea basal	94.2	97.2	94.7	96.2	88.7
Segunda encuesta	94.3	96.7	93.5	91.9	95.5
Tercera encuesta	92.8	92.9	94.3	91.3	93.3
Cuarta encuesta	95.4	93.6	94.0	96.5	96.5
<b><i>Con controles adecuados</i></b>					
Línea basal	74.9	73.6	71.7	78.5	72.9
Segunda encuesta	90.9	93.2	90.9	88.9	90.8
Tercera encuesta	94.4	90.7	94.9	96.6	93.9
Cuarta encuesta	93.1	91.9	94.6	92.5	93.6

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

Como ya se ha comentado en informes anteriores, casi todos los niños son inscritos para recibir los controles de crecimiento, por lo que han tenido, al menos, una visita de control; sin embargo, existen niños que no son llevados a sus controles con la frecuencia requerida para un monitoreo adecuado de nutrición. Por lo tanto, el indicador principal que se utiliza es la proporción de niños que reciben la cantidad adecuada de controles de crecimiento, definido como una visita en el primer mes después del nacimiento, y después, visitas subsiguientes cada dos meses (un total de seis visitas antes de un año de edad)<sup>31</sup>.

El adecuado monitoreo del crecimiento mejora sustancialmente en el transcurso de las cuatro encuestas de evaluación, pasando de 74.9% en la línea basal a 93.1% en la cuarta encuesta (ver nuevamente cuadro 5.2.4); se observan incrementos sustanciales en todos los grupos de municipios. Sin embargo, deberá notarse que los incrementos se observaron principalmente en el período transcurrido entre la línea basal y la tercera encuesta, pero que, en general, la tendencia a mejorar no

<sup>31</sup> En la encuesta de línea basal no se incluyó explícitamente la respuesta “cada dos meses”; cuando se recibió esa respuesta se anotó como “otros” y luego se recodificó. Esa opción fue incluida explícitamente en las siguientes tres encuestas. Las diferencias en la redacción de la pregunta podría afectar las tendencias de las proporciones; sin embargo, puesto que se puede suponer que la distribución de cualquier efecto de pregunta o entrevista sería similar entre los grupos en cada encuesta, no se afectarían los impactos estimados derivados de estas preguntas.

continuó en la cuarta encuesta. La proporción de niños con adecuado monitoreo del crecimiento se estanca, y en el Grupo 4 incluso cae, de 96.6% a 92.5%. Debido a que los porcentajes son altos y los tamaños de muestra son relativamente pequeños en cada uno de los grupos, esta disminución no es de mucha preocupación. No obstante, vale la pena enfatizar que las mejoras en el indicador de adecuado monitoreo del crecimiento ya no continuaron después de la tercera encuesta.

### 5.2.5. Evolución de la cobertura con la vacuna SPR en niños de 12 a 23 meses de edad

El último de los indicadores principales sobre la utilización de servicios de salud es la tasa de cobertura con vacuna SPR en los niños entre 12 y 23 meses de edad. Según el esquema de vacunación del Ministerio de Salud, los niños deben recibir la vacuna en su primer cumpleaños o poco tiempo después; aunque recibirla antes de los 24 meses todavía se considera dentro de la norma.

Se encontró alguna evidencia de progreso en el porcentaje de niños que reciben la vacuna SPR, particularmente en el Grupo 5, como se observa en el cuadro 5.2.5.<sup>32</sup> El porcentaje de niños que han recibido la vacuna varía mucho por grupo de municipios, pero en general es una tendencia al alza, de 79.2% en la segunda encuesta al 86.2% en la cuarta. Al agrupar a todos los niños mayores de un año de edad que se identificaron en las últimas tres encuestas<sup>33</sup>, se encontró que solo el 81.4% de ellos estaban cubiertos con la vacuna SPR en el momento que cumplieron dos años.

**Cuadro 5.2.5. Cobertura con vacuna SPR en niños entre 12 y 23 meses, por ronda de encuesta y grupo de municipios según ingreso a CSR**

Encuesta	Promedio total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Segunda encuesta	79.2%	81.0%	81.0%	78.0%	73.3%
Tercera encuesta	81.1%	79.3%	86.7%	80.7%	82.0%
Cuarta encuesta	86.2%	87.3%	87.1%	81.9%	90.2%
Todos los niños, encuestas dos a cuatro	81.4%	81.2%	84.7%	80.0%	79.4%

Notas: El tamaño de la muestra es de 1,092 para la segunda encuesta; de 567 para la tercera; y 552 para la cuarta; la muestra combinada tiene 2,211 observaciones. El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

<sup>32</sup> Como se discutió en el Informe de impactos al año de implementación (IFPRI-FUSADES 2010), en todas las encuestas se transcribió la información sobre las vacunas directamente de los carnés infantiles; adicionalmente, a partir de la segunda encuesta, se tomaron fotografías a los carnés, con el objeto de poder realizar verificaciones de los datos transcritos. Por lo tanto, puesto que la información de la línea basal no puede ser verificada revisando los carnés, no se ha incluido en los análisis presentados en esta sección.

<sup>33</sup> Se incluyen a todos los niños identificados en las tres últimas encuestas que tuvieran más de un año, asegurando que su información no se duplicara. Utilizando la información de los carnés, se determinó si habían recibido la vacuna cuando tenían entre 12 y 23 meses de edad. Por ejemplo, un niño que tenía cuatro años en la cuarta encuesta, se incluyó en esta muestra combinada pues se cuenta con la información que permite determinar si recibió la vacuna antes de cumplir dos años.

Claramente, las tasas de cobertura están muy por debajo de 100%, y si se hubiera dado un incremento que pueda atribuirse al bono asociado con *Comunidades Solidarias Rurales*, éste tiene que ser pequeño. Se habría esperado una tasa de vacunación más alta en los municipios de la muestra, dado que para recibir el bono, los niños deben ser llevados a sus controles de crecimiento de manera constante, en los períodos apropiados. Particularmente para la cuarta encuesta, todos los niños entre 12 y 23 meses estaban en comunidades que ya habían ingresado a *CSR* en la fecha de su primer cumpleaños, así que se esperaría un cumplimiento total con la vacuna *SPR* entre los niños de hogares que reciben transferencias.

Una posible explicación sería que durante la tercera y cuarta encuesta, muchos de los niños pudieran pertenecer a hogares que no son beneficiarios de *CSR*, tal como se discutió en la sección 4.1.1, por lo que podría ser que no sean llevados a controles de crecimiento con la frecuencia requerida, puesto que no son sujetos a corresponsabilidades. Para explorar esta posibilidad, se calculó por separado la cobertura entre los niños de hogares que reciben transferencias, y de hogares que no las reciben. Como se observa en el cuadro 5.2.6, en promedio, no hay mucha diferencia en la cobertura entre los dos grupos; incluso, la prevalencia es apenas un poco mayor entre los que no reciben transferencias (87.7%) que entre las que las reciben (85.6%). Hay alguna variación entre los grupos de municipios, con la mayor diferencia entre receptores y no receptores en el Grupo 5. Sin embargo, el tamaño de la muestra en los grupos no es grande, así que esta diferencia puede ser más un resultado del tamaño de la muestra que una verdadera diferencia entre los dos tipos de hogares.

**Cuadro 5.2.6. Cobertura con *SPR* entre niños de 12 a 23 meses de edad, por estatus de beneficiario de sus hogares, cuarta encuesta 2010**

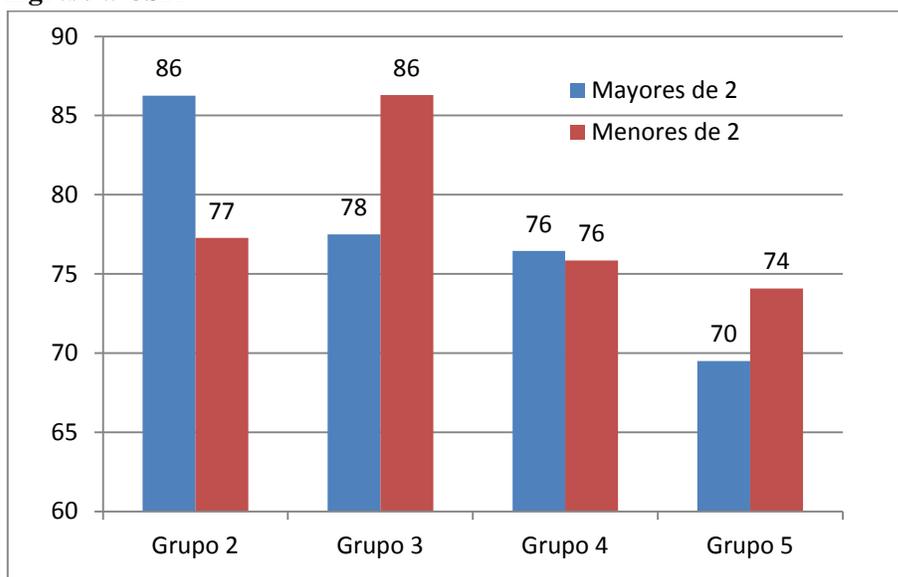
Estatus de beneficiarios	Promedio total	Grupos de municipios por año de ingreso a <i>CSR</i>			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Reciben TMC	85.6%	86.1%	86.1%	80.9%	91.5%
No reciben TMC	87.7%	88.9%	90.3%	85.0%	86.2%

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

Otra posibilidad es que los porcentajes promedio mostrados en el cuadro 5.2.6 pudieran ser bajos, porque los niños aún no han cumplido los dos años de edad, y ellos podrían ser vacunados con *SPR* posteriormente. Sin embargo, en la gráfica 5.2.1 se demuestra que éste no es el caso. La cobertura no es necesariamente más alta entre los niños mayores de dos años que entre los que tienen entre 13 y 24 meses de de edad. Además, las tasas de vacunación de los niños de más de dos años no son tan altas, especialmente si se considera que si los niños recibirían después de esa edad las vacunas, las tasas deberían acercarse al ciento por ciento.

**Gráfica 5.2.1. Porcentaje de niños que han sido vacunados con SPR, por edad y por año de ingreso a CSR**



Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

Por lo tanto, debe de haber otra mejor explicación por la que no todos los niños reciben la vacuna cuando tienen entre uno y dos años de edad; en el informe de impactos a los dos años de implementación (IFPRI-FUSADES 2010), se señaló que no está clara cuál podría ser la razón de esto, pero que se pueden plantear algunas hipótesis. Primero, podría ser que las unidades de salud no tuviesen existencias suficientes; como se mencionó en la sección 4.4.2. Segundo, podría ser que las condiciones sobre la vacunación no son suficientemente estrictas; los padres pueden llevar a vacunar a sus hijos pero olvidan llevar los carnés infantiles, o que el personal médico no anoten la aplicación de las vacunas; esto se identificó en el estudio cualitativo; si esto es así, se podría estar subestimando el impacto del programa. Tercero, podría ser que el mejor impacto que el programa podría tener fuera que se hicieran esfuerzos para que los niños se “pusieran al día” con sus vacunas; sin embargo, en los informes anteriores no se encuentra ninguna evidencia que sugiera que eso se está llevando a cabo; es más, en las fotografías que se tomaron a los carnés infantiles, se encuentra evidencia de casos de niños a quienes no se les ha aplicado la vacuna SPR, pero que han recibido otras vacunas y han tenido visitas de control de crecimiento en fechas posteriores a su primer cumpleaños.

Como resultado, existen dos recomendaciones para tratar de mejorar las tasas de vacunación con SPR. Primero, el Ministerio de Salud debería considerar mejorar el diseño de las tarjetas de control, de manera que pueda identificar claramente la fecha en la que corresponde la aplicación de la vacuna y también la fecha en la que sea aplicada. Segundo, debe asegurarse que los establecimientos de salud cuenten con suficientes existencias de las vacunas para cubrir la demanda actual. Tercero, el Ministerio de Salud debería revisar los procedimientos, para asegurar que en los casos que los niños ya tengan más de 14 meses, y no hayan recibido la vacuna SPR, les sea aplicada en futuras visitas de control de crecimiento, aunque ya tengan más de 23 meses.

### 5.2.6. Estimación de impactos en los indicadores principales de salud

En los informes de impacto de primer y segundo años (IFPRI-FUSADES, 2009 y 2010) se estimaron los impactos de las transferencias asociadas con *CSR* en las cinco variables principales relacionadas con la salud—prevalencia de diarrea, controles prenatales, partos atendidos por personal calificado, controles de crecimiento entre menores de un año de edad, y finalmente, cobertura con la vacuna SPR entre niños de 12 a 23 meses de edad. Los estimados de impacto en los indicadores de salud se resumen en el cuadro 5.2.7.

Se encuentra que *CSR* ha contribuido a una reducción de 3.9 puntos porcentuales en la prevalencia de diarrea entre los niños menores de 5 años; el impacto es aún mayor entre niños menores de dos años de edad (8.5 puntos porcentuales).

En los indicadores de utilización de los servicios de salud se encontraron resultados mixtos. Por un lado, se estimó un impacto negativo en la proporción de embarazadas que reciben un número adecuado de controles prenatales, pero un impacto positivo de 13.1 puntos porcentuales en la proporción de partos atendidos por personal calificado. En el informe de impacto del segundo año, se mostró que las mujeres que no cumplen con el número requerido de controles prenatales, tienden a recibir cuatro de los cinco controles recomendados, y este patrón es común entre los receptores (IFPRI-FUSADES, 2010).

La evidencia sobre los impactos en los indicadores de utilización de los servicios, relacionados con niños pequeños, es también mixta. Se encontró que los niños tienen 10 puntos porcentuales más de probabilidad de recibir un número adecuado de controles de crecimiento como resultado de las transferencias asociadas con *CSR*. Pero, por otro lado, no se estimaron impactos en la cobertura de la vacuna SPR. Una posible explicación de este último resultado, es que se puede dar una combinación de factores que potencialmente obstaculice mejorar la cobertura; por un lado, la disponibilidad de vacunas no siempre ha sido la suficiente para cubrir la demanda; y por otro, hay evidencia que sugiere que a pesar que algunos niños mayores de 14 meses llegan a un control de crecimiento posterior, no siempre le es aplicada la vacuna, aunque no la hayan recibido cerca de su primer cumpleaños.

Para este informe, se continuó explorando las estimaciones de impactos para el indicador de controles prenatales adecuados; para ello, se incluyeron una serie de variables de control con lo que se esperaba disminuir el sesgo, por lo que de existir, se podrían identificar mejor los impactos. Se incluyeron variables de características individuales y de características de sus hogares. Las variables individuales fueron la edad de la mujer embarazada, su nivel de escolaridad y estado civil; las variables de características del hogar incluyeron indicadores de acceso al agua, electricidad y saneamiento, un índice de activos de los hogares (construido usando análisis factorial) y el logaritmo natural de la distancia a la unidad de salud más cercana.

**Cuadro 5.2.7. Resumen de impactos de las TMC en los indicadores principales de salud y utilización de los servicios de salud**

Indicador	Muestras	Encuestas	Impacto estimado*	Método	Comentarios
Prevalencia de diarrea, últimos 15 días (menores de 5 años)	Grupo 4, Grupo 5	línea basal, segunda	3.9 pp negativos	RLL	8.5 pp negativo entre los niños menores de 2 años
Mujeres con número apropiado de controles prenatal	Grupo 2, Grupo 3	línea basal, segunda	10.4 pp negativos	MCO	Estimado en primer informe; solamente es significativo en algunas especificaciones. No es estadísticamente significativo al incluir en la estimación variables de características individuales o del hogar
Partos atendidos por personal calificado	Grupo 2, Grupo 3	línea basal, segunda	13.1 pp positivos	MCO	Estimado en primer informe. Se identificaron impactos aún más robustos al incluir en la estimación variables de características individuales o del hogar. También se identificaron impactos muy robustos para los partos
Niños con número apropiado de controles de crecimiento (menores de 1 año)	Grupo 3, Grupo 4 Grupo 4, Grupo 5	Todos Todos	10 pp positivos Ninguno	MCO, RLL MCO, RLL	Cobertura ya alta en municipios con o sin TMC
Cobertura con SPR, 12 a 23 meses de edad	Grupo 3, Grupo 4	Segunda, tercera	Ninguno	MCO, RLL	

\* Se reporta el impacto estimado utilizando las observaciones dentro de un ancho de banda intermedio alrededor del umbral.

Notas: pp se refiere a puntos porcentuales; MCO se refiere al método de estimación de Mínimos Cuadrados Ordinarios, utilizando un *kernel* uniforme; RLL se refiere al método de estimación de Regresión Lineal Local.

Los municipios se han agrupado según el año en que ingresaron a *CSR*. El Grupo 2 lo forman los municipios que ingresaron en 2006; el Grupo 3, los que ingresaron en 2007; el Grupo 4, los que ingresaron más temprano en 2008; y el Grupo 5 los que ingresaron más tarde en 2008, pero que originalmente estaba planificado que ingresaran en 2009.

Fuente: Informes de impacto al año y a los dos años (IFPRI-FUSADES, 2009 y 2010)

El cuadro 5.2.8 presenta los estimados de impacto para los controles prenatales adecuados, comparando el Grupo 2 con el Grupo 3, haciendo uso de la línea basal y la segunda encuesta. Como se comentó anteriormente, se incluyó un análisis de robustez para saber si el estimado de impacto cambia con la inclusión de variables de control a nivel individual y de hogar. En el cuadro se presentan resultados usando la muestra completa y también limitándola a un ancho de banda angosto alrededor del umbral, tanto usando el método de mínimos cuadrados ordinarios con un *kernel* rectangular así como utilizando regresión lineal local sin controles (columnas 1 y 4), con variables de controles de características personales (columnas 2 y 5), y con variables de control de características tanto personales como del hogar (columnas 3 y 6). En general, concordando con los hallazgos de informes anteriores, el coeficiente estimado es negativo en todos los modelos. Sin embargo, en estos casos nunca es significativamente diferente de cero. La magnitud del coeficiente aumenta a medida que el ancho de banda disminuye, y desciende levemente al agregar las variables de control. Por lo tanto, estos resultados apuntan a impactos débiles, aunque negativos en ese caso, ya que todos los coeficientes son negativos y concuerdan entre sí, pero no son estadísticamente diferentes de cero.

**Cuadro 5.2.8. Resultados de impactos DDR de impactos de las TMC asociadas con CSR en la proporción de embarazadas que recibe el número apropiado de controles prenatales, Grupos 2 y 3 (línea base y segunda encuesta)**

Muestra	Estimación MCO			Estimación RLL		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Muestra completa ( $N = 488$ )	-0.068 (0.070)	-0.054 (0.072)	-0.064 (0.072)	-0.067 (0.073)	-0.057 (0.072)	-0.063 (0.072)
R <sup>2</sup>	0.003	0.017	0.024	0.004	0.016	0.025
Ancho de banda = 5 ( $N = 359$ )	-0.107 (0.086)	-0.094 (0.086)	-0.099 (0.085)	-0.090 (0.090)	-0.077 (0.088)	-0.081 (0.087)
R <sup>2</sup>	0.006	0.024	0.029	0.009	0.028	0.037
Incluye variables de control:						
Características personales	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Características de los hogares	No	No	Sí	No	No	Sí

Notas: Encuesta de línea basal y la segunda encuesta. Los errores estándar están en paréntesis y están conglomerados por municipio. Ancho de banda se refiere a la distancia a ambos lados del umbral; donde se especifica un ancho de banda, se excluyen las observaciones afuera de la banda.

Fuente: elaboración propia con datos de las encuestas IFPRI-FUSADES

Se realizó también un ejercicio similar para validar los importantes impactos identificados en los informes anteriores (IFPRI-FUSADES, 2009 y 2010), relacionados con la proporción de partos atendidos por personal calificado. El cuadro 5.2.9 muestra los resultados DDR utilizando las variables de control, con los datos de la encuesta de línea basal y la segunda encuesta, comparando los Grupos 2 y 3. En general, se estimaron impactos entre 11.7 y 16.0 puntos porcentuales, los que son robustos a la inclusión de variables de control en todos los modelos. Esto confirma el impacto significativo de CSR en la proporción de partos atendidos por personal calificado que fue reportado en los informes anteriores y en el cuadro 5.2.8.

**Cuadro 5.2.9. Resultados de impactos DDR de impactos de las TMC asociadas con CSR en la proporción de partos atendidos por personal calificado, Grupos 2 y 3 (línea base y segunda encuesta)**

Muestra	Estimación MCO			Estimación RLL		
	(1)	(2)	(3)	(1a)	(2a)	(3a)
Muestra completa ( <i>N</i> = 537)	0.127 (0.061)*	0.121 (0.069)*	0.111 (0.067)*	0.137 (0.075)*	0.130 (0.070)*	0.118 (0.069)*
R <sup>2</sup>	0.035	0.061	0.084	0.049	0.075	0.101
Ancho de banda= 5 ( <i>N</i> = 366)	0.160 (0.053)***	0.166 (0.069)**	0.152 (0.070)**	0.131 (0.081)*	0.139 (0.095)	0.117 (0.092)
R <sup>2</sup>	0.051	0.081	0.102	0.086	0.114	0.146
Incluye variables de						
Características	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Características de los	No	No	Sí	No	No	Sí

Notas: Encuesta de línea basal y la segunda encuesta. Los errores estándar están en paréntesis y están conglomerados por municipio. \* indica significancia con un nivel de 10%, \*\* indica significancia con un nivel de 5%. \*\*\* indica significancia con un nivel de 1%. Ancho de banda se refiere a la distancia a ambos lados del umbral; donde se especifica un ancho de banda, se excluyen las observaciones afuera de la banda.

Fuente: elaboración propia con datos de las encuestas IFPRI-FUSADES

### 5.3. Impactos en la nutrición

Los dos indicadores principales sobre los que se requiere demostrar los impactos de las TMC en la nutrición son la prevalencia de bajo peso y la prevalencia de retardo en talla. En este apartado se describe cómo han evolucionado estos indicadores, así como la evolución de las dos variables que se necesitan para determinarlos: los puntajes Z de peso para edad (PE-Z) y los puntajes Z de talla para edad (TE-Z), respectivamente.

#### 5.3.1. Evolución de la prevalencia de bajo peso y de los puntajes Z de peso para edad

Uno de los principales resultados que se requiere evaluar es la prevalencia de bajo peso, entendida ésta como la proporción de niños con puntajes Z de peso para edad (PE-Z) debajo de -2; es decir, cuyo peso está más de dos desviaciones estándar por abajo del peso promedio (obtenido entre niños que se consideran saludables, según las OMS). En una población saludable, se esperaría que la prevalencia de bajo peso fuese de alrededor del 2.5%.

Puesto que para calcular la prevalencia de bajo peso primero se deben calcular los puntajes PE-Z, a continuación se describe la evolución observada de ambos indicadores puntajes PE-Z promedio y prevalencia de bajo peso. Como se muestra en el cuadro 5.3.1, los puntajes PE-Z son, en promedio, levemente menores en la cuarta encuesta que lo que habían sido en la línea basal, mientras que la prevalencia de bajo peso no ha cambiado en gran medida. La prevalencia de bajo peso ya era baja

en la línea basal, 6.2%; en la cuarta encuesta, esa prevalencia es de 6.7%, la cual es levemente más alta, pero la diferencia no es estadísticamente significativa. Vale la pena notar que debido a que la prevalencia de bajo peso era baja incluso en la línea basal, no se anticipaba poder demostrar impactos en este indicador

**Cuadro 5.3.1. Puntajes Z de peso para edad (PE-Z) y prevalencia de bajo peso, menores de tres años**

	PE-Z	Prevalencia de bajo peso
Línea basal	-0.319	6.2%
Segunda encuesta	-0.293	6.7%
Tercera encuesta	-0.423	9.2%
Cuarta Encuesta	-0.341	6.7%

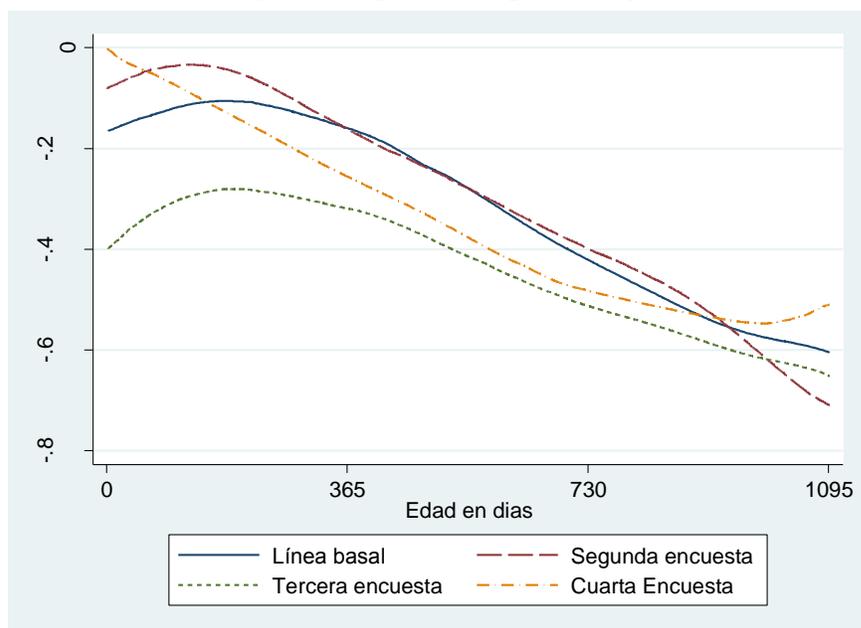
Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

Es interesante señalar que entre la segunda y tercera encuesta, se observó una reducción en los puntajes PE-Z promedio, que resultó en un incremento en la prevalencia de bajo peso. Dado que a finales de 2007 y durante 2008 se dieron grandes y rápidos incrementos en los precios de alimentos, los que fueron seguidos por la recesión en 2009, los cambios observados en los indicadores eran, hasta cierto punto, anticipables. Con todo, para la cuarta encuesta, ambos indicadores regresaron a sus valores anteriores.

La gráfica 5.3.1 presenta las regresiones locales de PE-Z contra la edad de los niños, en días, para cada ronda de encuesta. Como se observa, en la tercera encuesta, en general, los niños de las diferentes edades parecen tener puntajes PE-Z más bajos que los que tenían en las primeras dos rondas de encuestas. Y puesto que los puntajes PE-Z mejoran en la cuarta encuesta, cualquier preocupación que pudiese persistir acerca de los pesos bajos observados entre los bebés durante la tercera encuesta parece que se ha superado.

Para explorar más la evolución de la prevalencia de bajo peso, en el cuadro 5.3.2 se presenta el promedio del indicador para cada grupo de municipios según su año de ingreso a CSR. En los Grupos 2 y 3, la prevalencia de bajo peso se mantiene casi igual entre la línea basal y la cuarta encuesta, mientras que desciende en el Grupo 4 y se incrementa en el Grupo 5. Sin embargo, puesto que este indicador es afectado por las deficiencias nutricionales tanto de largo como de corto plazo, las diferencias en los promedios estimados a lo largo de todo el período de estudio parecieran ser simplemente variaciones aleatorias. No debe sorprender, por lo tanto, que estas estadísticas señalan que es dudoso que CSR hayan producido impactos en la prevalencia de bajo peso.

**Gráfica 5.3.1. Puntajes PE-Z promedio, por edad y encuesta**



Fuente: elaboración propia con base en las encuestas IFPRI-FUSADES

**Cuadro 5.3.2. Prevalencia de bajo peso en niños menores de tres años, por grupo de municipios según su ingreso a CSR**

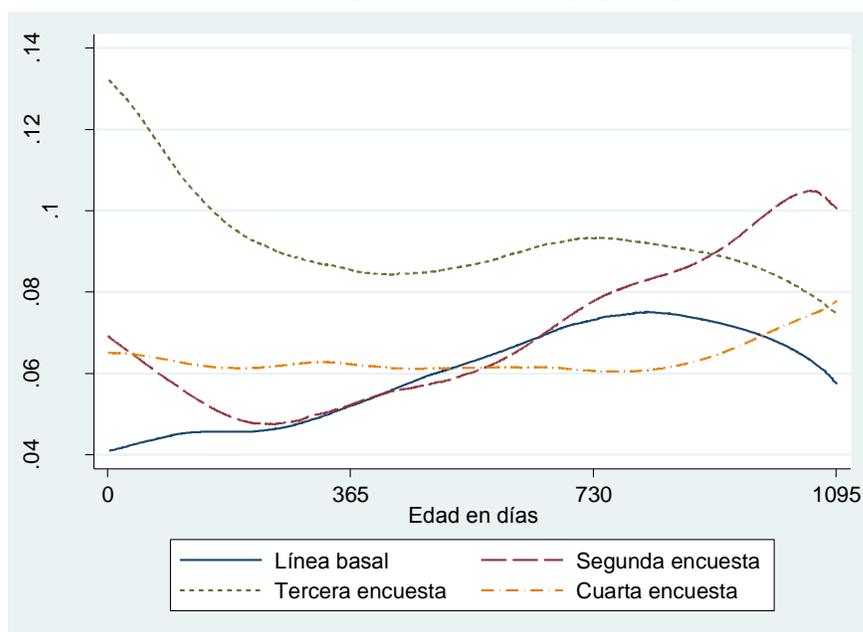
Encuesta	Promedio total	Grupos de municipios por año de ingreso a			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Línea basal	6.2	6.2	5.3	9.3	3.0
Segunda encuesta	6.7	7.1	5.0	7.9	6.3
Tercera encuesta	9.2	8.4	9.8	8.7	9.2
Cuarta encuesta	6.3	6.6	5.1	6.6	6.6

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

Finalmente, en la gráfica 5.3.2 se presentan las regresiones locales de la prevalencia de bajo peso por edad. Se observa que en la cuarta encuesta la prevalencia de bajo peso es casi constante en 6% entre los niños menores de 2 años, aumentando únicamente alrededor de los 30 meses de edad. Estos resultados son esperanzadores cuando se comparan con las cifras de la tercera encuesta, que eran más altas para todas las edades.

**Gráfica 5.3.2. Promedio de prevalencia de bajo peso, por edad y ronda de encuesta**



Fuente: elaboración propia con base en las encuestas IFPRI-FUSADES

### 5.3.2. Evolución de la prevalencia de retardo en talla y de los puntajes Z de talla para edad

Mientras que la prevalencia de bajo peso no parece ser un problema significativo en las zonas rurales de El Salvador, el retardo en talla entre niños menores de tres años es relativamente prevalente. FESAL (2009) encontró que la prevalencia de retardo en talla a nivel nacional es 18.1% entre niños menores de tres años de edad, por lo que se esperaría que la prevalencia fuera más alta entre los niños de las zonas más pobres que se encuentran en la muestra de las encuestas para esta evaluación<sup>34</sup>. Dada la prevalencia de retardo en talla mucho mayor entre niños pequeños, el poder atribuir cualquier progreso en este indicador a la participación en *Comunidades Solidarias Rurales*, a través del bono, sería un impacto importante del programa. En particular, esto podría ser importante, dado que se sabe que entre la primera y la segunda encuestas, hubo un descenso significativo en los puntajes TE-Z promedio.

Una complicación al intentar encontrar impactos en los puntajes TE-Z o la prevalencia de retardo en talla es que los cambios en el indicador podrían tomar tiempo para que sucedan. Los puntajes TE-Z reflejan la nutrición acumulada que los niños han adquirido a lo largo de sus vidas, y por lo tanto, se esperaría que los niños que han vivido la mayoría o toda sus vidas con transferencias que incrementan los ingresos del hogar mostrarían mejoras mucho más grandes que los hogares que únicamente recibieron una o dos transferencias antes de tratar de hacer una comparación. Idealmente, para hacer una estimación más precisa, se requiere contar con un grupo de control que no comenzara a recibir transferencias hasta dos o tres años después que lo hiciera el grupo de tratamiento; claramente no es éste el caso para *CSR*.

<sup>34</sup> Notar que los puntajes TE-Z reportados en FESAL (2009) corresponde a niños de tres meses de edad en adelante, mientras que en este estudio también se incluyen en los puntajes TE-Z a niños más pequeños.

Entre los niños menores de tres años de edad, el puntaje TE-Z promedio aumentó levemente en 2009 (tercera encuesta) del nivel registrado en 2008 (segunda encuesta), como se muestra en el cuadro 5.3.3. En general, se observa que los puntajes TE-Z promedio han descendido desde -0.959 en la encuesta de línea basal a -1.088 en la cuarta encuesta. Sin embargo, el puntaje TE-Z promedio más bajo se registró en la segunda encuesta, justo durante el auge de la crisis mundial de precios de alimentos. Los promedios mejoran en la tercera encuesta pero bajan de nuevo en la cuarta, a -1.088. La prevalencia de retardo en talla también desciende en la tercera y cuarta encuestas en relación con la segunda encuesta; no obstante, la prevalencia de retardo en talla es más alta en la cuarta encuesta (20.8%) que en la línea basal (18.7%).<sup>35</sup>

**Cuadro 5.3.3. Puntajes Z de talla para la edad y prevalencia de retardo en talla, por ronda de encuesta**

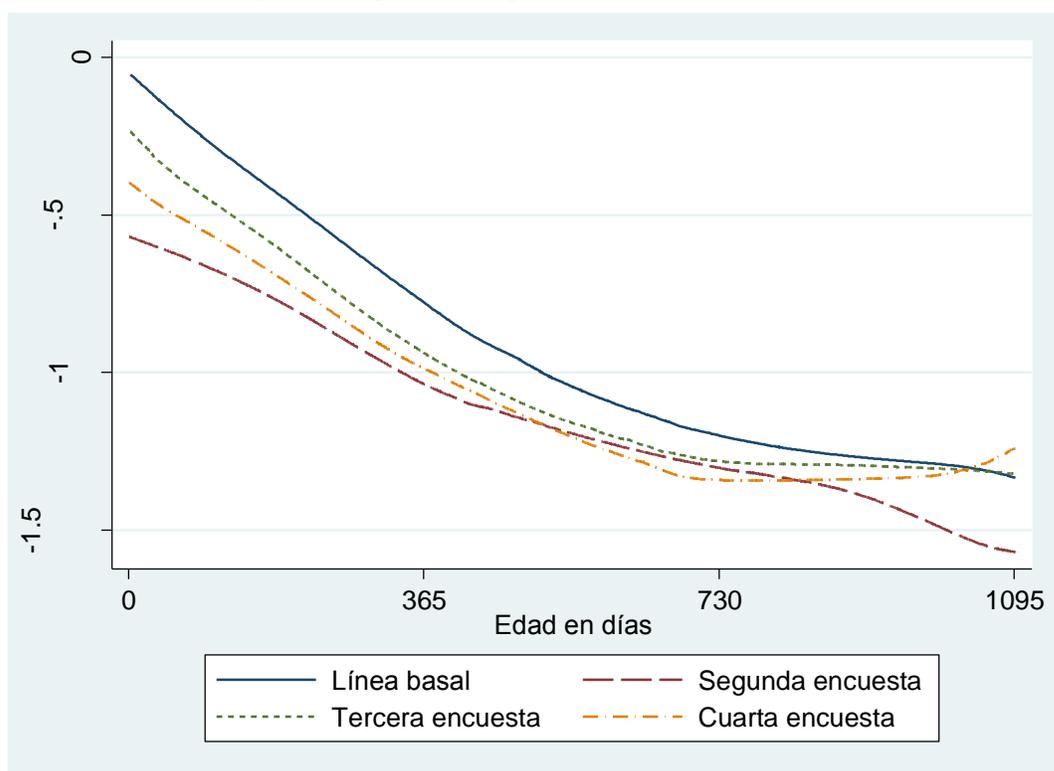
	TE-Z	Prevalencia de retardo en talla
Encuesta de línea basal	-0.959	18.7%
Segunda encuesta	-1.144	21.6%
Tercera encuesta	-1.018	19.1%
Cuarta encuesta	-1.088	20.8%

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

Al graficar los puntajes TE-Z promedio por edad y ronda de encuesta, se encuentra que el patrón luce muy similar para las cuatro rondas de encuestas (gráfica 5.3.3). Los resultados de la cuarta encuesta en realidad son muy similares a los de la segunda ronda para casi todas las edades, con la excepción de los niños más grandes (2 años y medio de edad y mayores), para quienes los puntajes TE-Z son más altos en la última encuesta. Aparte de eso, parece que los puntajes TE-Z promedio han descendido a lo largo del período de estudio entre los niños menores de tres años de edad. Debido a todos los retos enfrentados por la economía mundial en los últimos tres años; este hallazgo no debería sorprender.

<sup>35</sup> Vale la pena notar que los niveles de retardo en talla reportados aquí son bastante consistentes con los reportados en FESAL (2009).

**Gráfica 5.3.3. Puntajes TE-Z promedio, por edad y ronda de encuesta**



Fuente: elaboración propia con base en las encuestas IFPRI-FUSADES

A diferencia de la prevalencia de bajo peso, el patrón de cambio en la prevalencia de retardo en talla varía sustancialmente entre los grupos de municipios; en el cuadro 5.3.4 se observa que la prevalencia en retardo de talla ha aumentado en los Grupos 2, 3 y 4, con un leve descenso en el Grupo 5. Sin embargo, también se observa que la prevalencia de retardo en talla ha descendido desde la segunda encuesta a finales de 2008 en todos los grupos, excepto para el Grupo 3. Por lo tanto, parece haber alguna mejora.

**Cuadro 5.3.4. Prevalencia de retardo en talla, por grupo de municipios y ronda de encuesta**

Encuesta	Promedio total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Línea basal	18.7	20.8	20.1	19.3	15.4
Segunda encuesta	21.6	17.5	25.2	23.4	19.4
Tercera encuesta	19.1	17.8	21.3	21.3	14.5
Cuarta encuesta	20.8	20.6	21.5	21.9	18.6

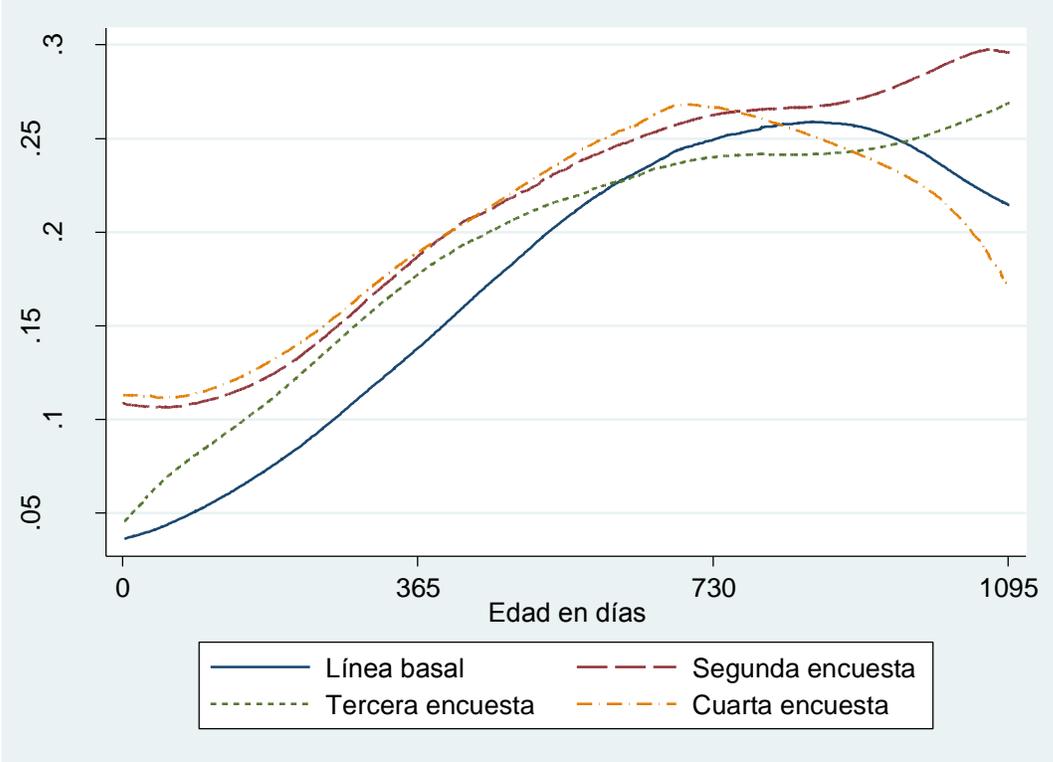
Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

Una posibilidad sería que los promedios estarían influenciados por la mayor dispersión observada en las medidas antropométricas de los niños que son menores de seis meses de edad; la varianza de

los puntajes TE-Z de los niños menores de seis meses es un poco más alta que la varianza para los niños mayores de seis meses. Para explorar esto, se grafica la prevalencia de retardo en talla por edad (gráfica 5.3.4). En la cuarta encuesta, las tasas de retardo en talla parecen llegar a un máximo justo antes del segundo cumpleaños, y luego descienden entre los dos y tres años de edad. En la cuarta encuesta, las tasas de retardo en talla son superiores entre los niños que están en edad de ser alimentados con lactancia materna (menores de seis meses) que en las tres encuestas anteriores, pero dado que la prevalencia de retardo en talla, en general, aumenta con la edad hasta alrededor de los dos años, el incremento en los niños más pequeños no parece ser la razón para el incremento en el promedio general de la prevalencia de retardo en talla.

**Gráfica 5.3.4. Prevalencia de retardo en talla, por edad y ronda de encuesta**



Fuente: elaboración propia con base en las encuestas IFPRI-FUSADES

Otra posibilidad sería que el retardo en talla sea más prevalente entre niños en hogares que no son beneficiarios del programa. Por lo tanto, se examinan los puntajes TE-Z promedio, la prevalencia de retardo en talla, y la edad (en días) por estatus de beneficiario en la cuarta encuesta (cuadro 5.3.5). No se encontraron diferencias significativas en ninguno de los indicadores entre los grupos. Por lo tanto, es bastante claro que el incremento en el número de niños en hogares que no reciben transferencias no está causando el aumento en la prevalencia de baja talla.

**Cuadro 5.3.5. Puntajes TE-Z promedio, prevalencia de baja talla en niños menores de tres años, según estatus de beneficiario de los hogares, cuarta encuesta**

Estatus del hogar	Promedio TE-Z	Prevalencia de baja talla	Edad (en días)
Reciben TMC	-1.091	20.9%	528
No reciben TMC	-1.070	20.2%	527

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

En resumen, se encontró que la prevalencia de bajo peso y la prevalencia de retardo en talla no han mejorado en el tiempo entre niños menores de tres años de edad. Aunque en el apartado siguiente se describen impactos positivos que fueron encontrados en los puntajes TE-Z y la prevalencia de retardo en talla entre la primera y segunda encuesta, la descripción anterior implica que los impactos de las transferencias probablemente radican en que amortiguaron los efectos de la crisis de precios de alimentos y no tanto en llevar a mejoras generales en el estado nutricional de los niños.

### 5.3.3. Impactos en los indicadores de nutrición

Como fue analizado en los apartados anteriores, no hay mucha base para encontrar impactos de las transferencias asociadas con *CSR*, porque ha habido poco cambio en los indicadores principales en el período estudiado; en otras palabras, no se observó mucho progreso en términos de descenso de la prevalencia de bajo peso o de retardo en talla.

Como se mostró en los informes de impacto del primero y segundo año, no se encontraron impactos en la prevalencia de bajo peso, aún utilizando diversas estrategias de estimación. Desde la perspectiva del retardo en talla, en realidad sería muy sorprendente si se encontraran impactos al hacer una comparación de niños que han recibido solamente un año de transferencias versus los que no han recibido ninguna transferencia, pues particularmente para los puntajes TE-Z y prevalencia de retardo en talla, dichos cambios son acumulados. Por esta razón, no sorprende que en el informe de impactos al año de implementación (IFPRI-FUSADES, 2009), no se encontrara evidencia de impactos.

Por lo tanto, en el informe a los dos años de implementación, el esfuerzo se centró en encontrar impactos entre niños en el Grupo 2, que habían recibido transferencias ya sea por todas sus vidas o mucha parte de sus vidas versus el Grupo 3, que había recibido transferencias por menos de un año, haciendo uso de la primera y segunda encuestas. Para este caso, se encontró evidencia de impactos en la prevalencia de retardo en talla (cuadro 5.3.6, fila 3); específicamente, se encontró que niños que habían recibido las transferencias todas sus vidas o por la mayor parte de sus vidas tenían 11 puntos porcentuales menos de probabilidad de presentar retardo en talla. Este impacto es bastante grande, pero puede ser explicado en parte por el significativo incremento en retardo en talla que fue observado entre las dos primeras, y que se supone es función de la crisis de los precios de alimentos experimentado en El Salvador y el resto del mundo durante 2008. En general, no se observó ningún progreso significativo entre los resultados de línea basal, cuando en realidad solamente los

municipios del Grupo 2 habían ingresado a *CSR*, y la encuesta final, cuando todos los municipios ya lo habían hecho. Con la excepción de que no aumentó la prevalencia de retardo en talla en los municipios del Grupo 2 durante la crisis de precios de alimentos, no parece probable que *CSR* haya tenido un impacto duradero, ni en la prevalencia de bajo peso ni en la prevalencia de retardo en talla.

**Cuadro 5.3.6. Resumen de impactos de las TMC en los indicadores principales de nutrición**

Indicador	Muestras	Encuestas	Impacto estimado*	Método	Comentarios
Prevalencia bajo peso	Grupo 2 y Grupo 3	línea basal,	Ninguno	MCO	Prevalencia de bajo peso es ya baja.
	Grupo 3, Grupo 4	Todos	Ninguno	MCO, RLL	
Prevalencia de retardo en talla	Grupo 2, Grupo 3	Línea basal, segunda	11.3 pp negativos	MCO	Impacto puede ser debido a la pobreza relativa de los municipios del Grupo 2
	Grupo 3, Grupo 4	Línea basal, tercera	Ninguno	MCO, RLL	

\* Se reporta el impacto estimado utilizando las observaciones dentro de un ancho de banda intermedio alrededor del umbral.

Notas: pp se refiere a puntos porcentuales; MCO se refiere al método de estimación de Mínimos Cuadrados Ordinarios, utilizando un *kernel* uniforme; RLL se refiere al método de estimación de Regresión Lineal Local. Los municipios se han agrupado según el año en que ingresaron a *CSR*. El Grupo 2 lo forman los municipios que ingresaron en 2006; el Grupo 3, los que ingresaron en 2007; el Grupo 4, los que ingresaron más temprano en 2008; y el Grupo 5 los que ingresaron más tarde en 2008, pero que originalmente estaba planificado que ingresaran en 2009.

Fuente: Informes de impacto al año y a los dos años (IFPRI-FUSADES, 2009 y 2010).

#### 5.4. Impactos en el ingreso

El indicador principal de bienestar que se requiere evaluar es el efecto de las transferencias en el ingreso familiar. Puesto que *CSR* paga a los hogares beneficiarios una cantidad mensual (\$15 ó \$20, por familia, dependiendo de la composición del hogar), se esperaría que el programa incrementase mecánicamente el ingreso total en función del monto de los bonos pagados, por lo que la meta de producir un aumento de 5% es alcanzable, particularmente dado que en la línea basal se estimaron ingresos familiares promedio de solamente \$337 per cápita por año. El bono incide directamente el ingreso, pero puede, además, tener dos tipos de efectos indirectos. Primero, puede permitirles a las familias invertir en otras actividades productivas, incrementando así la productividad laboral dentro del hogar y, por tanto, el ingreso proveniente de otras fuentes. Por otro lado, el bono podría también reducir los otros ingresos si una familia percibe que no tienen que trabajar tan duro para mantener su nivel de vida o si los migrantes creen que las restricciones de fondos en su hogar de origen ya no son tan grandes debido al bono que reciben, por lo que reducen el monto de las remesas que envían.

Además, ya que el ingreso es inherentemente variable y los *shocks* a la economía mundial han sido grandes durante el período estudiado (incremento mundial de los precios de los alimentos, la crisis financiera global y la subsecuente recesión de la economía local), los ingresos de los hogares pueden ser, en promedio, demasiado volátiles para que se pueda observar algún impacto del bono en el ingreso familiar.

En este apartado, se presentan las tendencias observadas en el ingreso de los hogares, separando por fuente y por región, y se discute acerca de cómo la pobreza y la desigualdad han cambiado entre la población de la muestra. Al final, también se presenta un resumen de los impactos que se estimaron en el *Informe de impactos a los dos años de implementación* (IFPRI-FUSADES, 2010).

#### **5.4.1. Evolución de indicadores de ingreso**

Como se discutió en los informes anteriores (por ejemplo, IFPRI-FUSADES, 2008), los ingresos de los hogares de la muestra son más bajos que el promedio de los hogares rurales en general, puesto que los hogares encuestados están en los municipios clasificados como más pobres, además de tender a tener jefes de hogar más jóvenes que el promedio rural en general. En el cuadro 5.4.1 se presentan los promedios del ingreso familiar total y del ingreso per cápita; se observa que el ingreso per cápita ha tenido un incremento en el tiempo, del nivel de \$350 en la línea basal, a \$474 en la cuarta encuesta. El ingreso total de los hogares también se ha incrementado en el período estudiado, de \$1,779 a \$2,333. Este incremento no ha sido uniforme entre los diferentes grupos de municipios; por ejemplo, en el Grupo 3 se observó una reducción entre la segunda y tercera encuesta mientras que el Grupo 5 pasó de \$1,061 en la tercera encuesta a \$2,095 en la cuarta. Sin embargo, en general, se observan mejoras en el nivel de ingreso entre los hogares de la muestra.

**Cuadro 5.4.1. Ingreso per cápita y total del hogar, promedios, por grupo de entrada a CSR**

	Promedio total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b><i>Ingreso per cápita</i></b>					
Línea basal	349.5	327.8	359.6	388.5	311.6
Segunda encuesta	413.7	392.6	449.7	438.8	369.2
Tercera encuesta	425.8	407.3	420.6	462.6	394.6
Cuarta encuesta	474.3	489.7	472.2	494.5	440.3
<b><i>Ingreso total del hogar</i></b>					
Línea basal	1,779.2	1,588.1	1,970.3	2,023.9	1,464.3
Segunda encuesta	2,116.3	1,920.8	2,296.8	2,261.8	1,945.2
Tercera encuesta	2,162.8	1,959.3	2,146.7	2,452.2	1,961.7
Cuarta encuesta	2,333.5	2,344.9	2,375.7	2,493.2	2,095.4

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

También se examinan los componentes del ingreso, descomponiendo éste en cinco categorías: agrícola (incluyendo ganado), laboral (incluyendo autoempleo no agrícola), remesas, *bono de CSR* e ingreso de todas las demás fuentes (cuadro 5.4.2).<sup>36</sup> Se utilizan los datos de la tercera y cuarta encuesta, puesto que en ellas, los hogares beneficiarios en todos los municipios de la muestra ya habían recibido transferencias por todo un año, por lo que los cambios observados reflejarían los verdaderos cambios en el ingreso entre las dos encuestas. Consistente con la leve recuperación reciente en el crecimiento económico, se observaron incrementos en los componentes agrícola, laboral y de remesas, aunque el cambio en estas últimas parece no ser estadísticamente significativo. Por otro lado, se observó una reducción leve en el ingreso proveniente de las transferencias de *CSR*, que probablemente sea explicado por el número de hogares con nuevas madres que no han sido incorporadas en el programa por no cumplir los requisitos en el momento que en sus municipios se realizó el censo, o porque ya no reciben transferencias por no cumplir las corresponsabilidades.

<sup>36</sup> Véase IFPRI-FUSADES (2009) para una explicación con mayor detalle de las categorías de ingreso utilizadas.

**Cuadro 5.4.2. Componentes del ingreso total de los hogares, por grupo de municipios según su ingreso a CSR, tercera y cuarta encuestas, en dólares**

	Promedio total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b><i>Tercera encuesta</i></b>					
Ingreso agropecuario	680.7	690.8	709.7	759.0	533.4
Ingreso laboral	882.2	648.4	880.1	1071.1	832.9
Ingreso por migración	390.0	417.7	345.3	410.8	382.1
Transferencias CSR	175.1	151.1	177.4	183.9	182.0
Otro ingreso	34.9	51.1	34.2	27.5	31.2
<b><i>Cuarta encuesta</i></b>					
Ingreso agropecuario	765.1	824.4	819.9	805.5	616.4
Ingreso laboral	950.6	901.3	998.3	1064.6	814.9
Ingreso por migración	408.5	426.4	365.7	401.0	440.0
Transferencias CSR	164.8	145.2	166.6	172.9	170.0
Otro ingreso	44.5	46.9	25.0	49.3	54.2

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

#### **5.4.2. Evolución de indicadores de pobreza y desigualdad**

Un tema de interés es si el programa está ayudando a los hogares a salir de la pobreza extrema, y hasta qué grado está contribuyendo a reducir la desigualdad entre los hogares de la muestra. Para comenzar a responder estas preguntas, se utiliza un software desarrollado por el Banco Mundial, ADePT<sup>37</sup>, que produce automáticamente una gran cantidad de tabulados sobre el papel de las transferencias sobre el ingreso. Idealmente, debe ser usado con datos representativos a nivel nacional para entender el papel más amplio que desempeñan las transferencias sobre el ingreso y sobre la distribución de ingresos. Sin embargo, para los propósitos de este estudio, en este apartado se presenta información que es útil para determinar impactos entre los hogares de la muestra, puesto que la información de las encuestas no es representativa de la población en general, o incluso, de la población beneficiaria en El Salvador.

En el cuadro 5.4.3 se presenta la proporción del ingreso total de los hogares de la muestra que provienen de las transferencias de CSR, en diferentes puntos de la distribución de ingresos. Como se observa, las transferencias representan una proporción grande para el 40% más pobre de los hogares (los dos primeros quintiles), y considerablemente menos para el resto de hogares. En promedio representan el 9% y 8% del total del ingreso en la tercera y cuarta encuesta, respectivamente. Puesto que el ingreso es muy desigual en la muestra, después del primer quintil, la participación de las transferencias cae rápidamente, aunque para la mayoría de hogares representan mucho más que el promedio.

<sup>37</sup> El software está disponible en <http://www.worldbank.org/adept>. En este estudio se ha utilizado el módulo de protección social.

**Cuadro 5.4.3. Participación de las transferencias de CSR en el ingreso total de los hogares, por quintiles de ingreso per cápita, tercera y cuarta encuesta, porcentajes**

Encuesta	Total	Quintiles de ingreso per cápita				
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Tercera encuesta	9.0	44.9	22.7	14.2	8.3	3.6
Cuarta encuesta	8.2	50.3	22.4	13.2	7.7	3.4

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

A continuación se presenta un análisis de los efectos que las transferencias han tenido en varias medidas de pobreza de los hogares de la muestra, específicamente en la tasa de pobreza y en la brecha de pobreza<sup>38</sup>, así como en la desigualdad, medido a través del Índice de Gini. Brevemente, la tasa de pobreza mide el porcentaje de individuos que tienen ingresos menores que una línea de pobreza determinada. La brecha de pobreza es una medida de la distancia promedio bajo la línea de pobreza a la que se encuentran los ingresos de los hogares pobres, siendo ésta cero para los individuos considerados no pobres. El Índice de Gini mide la desigualdad en una escala de cero a uno, donde cero representa una distribución absolutamente igual del ingreso (todos los individuos tienen exactamente el mismo ingreso), mientras que uno representa una distribución completamente desigual (solo un individuo tendría todo el ingreso). Los índices de Gini son comparables entre áreas geográficas y países, lo que hace que sea una medida de desigualdad atractiva.

En la tercera y cuarta encuestas, se producen cambios grandes tanto en la tasa de pobreza como en la brecha de pobreza que pueden ser atribuidas a las transferencias asociadas con CSR (cuadro 5.4.4). Los impactos son más grandes para la tercera encuesta, cuando la participación del bono en el ingreso total es mayor; la tasa de pobreza se reduce en 7% (o 4 puntos porcentuales), de 59.5% a 55.5% de los hogares bajo la línea de pobreza. Para la cuarta encuesta, la reducción en la tasa de pobreza atribuible a CSR se reduce a 5%, pero probablemente se deba a que el ingreso total era mayor, en general.

También se encontró una reducción en el indicador de la brecha de pobreza, lo que implica que la diferencia promedio entre la línea de pobreza y el ingreso observado se reduce significativamente como resultado de las transferencias. La brecha de pobreza sería 19% más alta sin las transferencias usando la información de la cuarta encuesta, y de 19% más alta utilizando la tercera encuesta. Dado que una gran proporción de la muestra recibían transferencias durante la tercera y cuarta encuestas, y a que los valores de las transferencias son constantes, no sorprende que la desigualdad se reduzca en la tercera y cuarta encuesta, en 8% y 7%, respectivamente.

<sup>38</sup> Los estimados de la tasa de pobreza se basan en la línea de pobreza extrema para el área rural de 2006, lo que se traduce a un poco más \$300 per cápita por año; el ingreso se presenta en términos nominales. Puesto que la inflación acumulada en el periodo ha sido de alrededor de 6%, se considera que esto no afectaría los resultados presentados acá. Aunque el valor de las líneas de pobreza en años recientes son un poco más altas, el cambio porcentual entre las tasas de pobreza y la brecha de pobreza observada y simulada no sería afectado al utilizar una línea de pobreza más alta.

**Cuadro 5.4.4. Simulaciones de la ausencia de CSR en los indicadores de pobreza y desigualdad, por encuesta**

Simulando la ausencia del programa	Indicadores de pobreza		Desigualdad
	Tasa de pobreza	Brecha de pobreza	Índice Gini
<i>Línea basal</i>			
Observado	0.682	0.400	0.584
Simulando ausencia de CSR	0.693	0.425	0.603
<i>Aumento sin CSR</i>	<i>2%</i>	<i>6%</i>	<i>3%</i>
<i>Segunda encuesta</i>			
Observado	0.575	0.306	0.514
Simulando ausencia de CSR	0.597	0.335	0.533
<i>Aumento sin CSR</i>	<i>4%</i>	<i>9%</i>	<i>4%</i>
<i>Tercera encuesta</i>			
Observado	0.555	0.273	0.509
Simulando ausencia de CSR	0.595	0.334	0.550
<i>Aumento sin CSR</i>	<i>7%</i>	<i>22%</i>	<i>8%</i>
<i>Cuarta encuesta</i>			
Observado	0.548	0.285	0.524
Simulando ausencia de CSR	0.577	0.340	0.560
<i>Aumento sin CSR</i>	<i>5%</i>	<i>19%</i>	<i>7%</i>

Nota: El impacto simulado de la ausencia de CSR es el cambio que se produciría en los indicadores de pobreza o desigualdad, suponiendo que el bienestar del hogar disminuiría en una cantidad equivalente al valor total de la transferencia.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de las encuestas IFPRI-FUSADES

### 5.4.3. Impactos en los indicadores de ingreso

El programa de *Comunidades Solidarias Rurales* entrega una transferencia ya sea de \$15 mensuales, para un total de \$180 anuales, para las familias que cumplan con una de las condiciones de educación o de salud, y de \$20 mensuales, o sea \$240 anuales, para las familias que cumplan con ambas condiciones. Ya que el programa les paga a las familias, los ingresos de las familias participantes deberían crecer un tanto mecánicamente.

Con base en la evidencia descriptiva de los dos apartados anteriores, pareciera casi mecánico que el ingreso de los hogares ha aumentado a través de su participación en CSR. Debido a que el ingreso en los otros tres componentes (agropecuario, laboral y remesas) se ha incrementado entre la línea basal y la cuarta encuesta, claramente no se han producidos efectos adversos de las transferencia en la oferta laboral de los hogares. Por lo tanto, tomando en cuenta el ingreso promedio de la muestra, es claro que CSR ha tenido un efecto entre 7 y 8% en el ingreso; en otras palabras, el ingreso se ha incrementado entre 7 y 8%.

En el Informe de impactos a los dos años de implementación (IFPRI-FUSADES, 2010), se hicieron dos comparaciones alternativas que permiten tratar distintas maneras para demostrar los impactos. La primera comparación que se intentó es entre el Grupo 3 y el Grupo 4, utilizando la encuesta de línea basal y la segunda encuesta. La idea de esta comparación es que las familias de los municipios del Grupo 3 recién habían entrado al programa al momento de la línea base, por lo que los efectos completos del programa ocurrirían entre las dos encuestas. El grupo de control (Grupo 4), ya había comenzado a recibir transferencias para la segunda encuesta, pero todas las familias participantes habían recibido únicamente una o dos transferencias. Por tanto, esta comparación intenta medir el impacto promedio de recibir un año completo de transferencias relativo a una o dos transferencias. En esta comparación, no se encontraron impactos significativos.

Sin embargo, los impactos pueden ser mayores para los hogares con menos capacidad para generar ingresos, ya sea debido a las condiciones locales o a su dotación de capital humano y físico. Por lo tanto, también se estimó el impacto en el ingreso utilizando la segunda y la tercera encuesta, comparando los municipios del Grupo 4, el cual ya había recibido transferencias por un año completo en el momento de la tercera encuesta, como grupo de “tratamiento”, con los del Grupo 3 como “control”, el cual también recibió un año completo de transferencias en ese mismo período. Por el contrario, en la segunda encuesta, las familias en el Grupo 4 habían recibido solamente una o quizá dos transferencias, mientras que en el Grupo 3 habían recibido seis transferencias. En este caso, se encontró un impacto de alrededor de 22 puntos porcentuales a ese nivel de ingreso (cuadro 5.4.5). Los impactos pudieran ser más altos, puesto que los ingresos son un poco más bajos, en promedio, en el umbral entre los Grupos 3 y 4, o porque las transferencias han permitido a los hogares liberar sus presupuestos para utilizarlo en otras actividades, como por ejemplo, una compra mayor de fertilizantes.

**Cuadro 5.4.5. Resumen de impactos de las TMC en el indicador principal de pobreza**

<i>Indicador</i>	Muestras	Encuestas	Impacto*	Método	Comentarios
Ingreso per cápita (anual, US\$)	Grupo 2, Grupo 3	Línea basal, segunda	Ninguno	MCO, RLL	Todos positivos ~10 pp pero no son significativos
	Grupo 2, Grupo 3	Segunda, tercera	22.2 pp positivos	MCO	Impacto relativo

\* Se reporta el impacto estimado utilizando las observaciones dentro de un ancho de banda intermedio alrededor del umbral.

Notas: pp se refiere a puntos porcentuales; MCO se refiere al método de estimación de Mínimos Cuadrados Ordinarios, utilizando un *kernel* uniforme; RLL se refiere al método de estimación de Regresión Lineal Local. Los municipios se han agrupado según el año en que ingresaron a CSR. El Grupo 2 lo forman los municipios que ingresaron en 2006; el Grupo 3, los que ingresaron en 2007.

Fuente: Informes de impacto al año y a los dos años (IFPRI-FUSADES, 2009 y 2010).

En resumen, se encontró que tanto el ingreso total del hogar como el ingreso per cápita ha aumentado entre la línea basal y la cuarta encuesta, en promedio, cerca del 33%. Puesto que las transferencias asociadas con CSR representan cerca del 8% del ingreso total de los hogares, claramente el ingreso se ha incrementado también, por otras razones. Por lo tanto, es poco

probable que los hogares hayan dedicado menos esfuerzos laborales debido a las transferencias, pero se puede plantear la hipótesis que el ingreso ha aumentado, en promedio, debido a un efecto multiplicador en agricultura (por ejemplo, por la posibilidad de comprar más insumos) o por otro ingreso laboral. Sin embargo, es también probable que debido a los precios agrícolas más altos, los hogares de la muestra hayan obtenido mayores ingresos.

### **5.5. Consideraciones adicionales**

En este capítulo se ha descrito el progreso observado en los indicadores principales utilizados para evaluar *CSR*, así como los impactos en esos indicadores asociados con el programa. Se encontraron impactos positivos en los indicadores principales de educación, salud e ingreso, con menos evidencia de impactos en los indicadores de nutrición. Por lo tanto, es claro que *CSR* ha sido efectiva en mejorar la situación de los municipios más pobres de El Salvador. Además, se observó un progreso importante aún entre algunos de los indicadores para los cuales todavía no se ha podido demostrar impacto, como la prevalencia de niños menores de un año recibiendo un número de controles de crecimiento adecuados, la que ha aumentado en el período. En el capítulo siguiente, se presentan conclusiones sobre los resultados para cada sector, poniéndoles en un contexto más amplio, utilizando resultados obtenidos del estudio cualitativo.

## 6. OBJETIVO TRES: EVALUACIÓN DE IMPACTO DEL PROGRAMA (CONTINUACIÓN)

En este capítulo se estudian los impactos de CSR desde una serie de diferentes perspectivas. Primero, se resumen los impactos cuantitativos de las TMC asociadas con CSR en los indicadores de educación, salud, nutrición y pobreza, que se discutieron en el capítulo 5. Luego, se consideran los impactos adicionales de agregar intervenciones en servicios básicos en indicadores que se verían afectados por esas inversiones, relacionados con la salud y la nutrición. Después, se discute cómo las mejoras en el acceso a los servicios han mejorado los impactos y se examina si llevar los servicios de salud directamente a los hogares han contribuido a los impactos encontrados. También se explora si CSR puede haber llevado a cambios en la forma cómo los hogares generan ingreso y si las TMC contribuyen al bienestar de los hogares ante situaciones adversas. Por último, se examina el efecto que CSR puede haber tenido en la participación comunitaria.

### 6.1. ¿Cuál es el impacto de los diferentes paquetes de intervención en los resultados?

Los resultados presentados en el capítulo anterior muestran que se ha producido importante progreso en la mayoría de los indicadores principales que se han incluido en esta evaluación. En esta sección, se comentan los resultados más relevantes obtenidos del componente cuantitativo, haciendo énfasis en los impactos de las TMC, los que se complementan con algunas lecciones aprendidas por medio del estudio cualitativo, que ayudan a ubicar los impactos en un contexto más amplio.

#### 6.1.1. Impactos en la educación

Cabe destacar que el bono no sólo ha servido como un incentivo para enviar a los niños y niñas a la escuela, lo cual tiene un efecto positivo en la matrícula, sino también ha contribuido a mejorar la asistencia.

La importancia que las transferencias monetarias condicionadas (TMC) tienen para las titulares es reconocida por los niños y niñas y ha aumentado su interés por asistir a la escuela, ya que es una de las condiciones para que reciban el monto completo de la transferencia, de lo contrario, son acreedores de descuentos, esto ha creado conciencia de que es un apoyo para que estudien. En alguna medida, el bono compensa el costo de oportunidad de enviar a los hijos a la escuela porque los hogares necesitan el aporte que da el trabajo infantil, este aspecto se percibe en todas las comunidades visitadas durante el estudio cualitativo<sup>39</sup>.

Los únicos cambios que perciben los padres de familia con respecto a la educación, es que ahora los niños tienen más interés en el estudio. En otros casos se menciona *“la pena”* que tienen ellos por el posible descuento y por ello asisten a la escuela. *“Quizás porque se alegran que les dan pisto y han de decir ellos, voy a poner esmero y sino ya no le dan pisto a mi mamá, verdad”*. (EC.Zacatales.VZ2.M). De allí, no se menciona ningún otro cambio en la valoración de la educación. Los niños expresaron que ahora le ponen más interés al estudio y *“tienen más ganas de*

---

<sup>39</sup> Ver Anexo E para una discusión del impacto de CSR en el trabajo infantil.

*estudiar*”. Una niña comentó que se siente más animada para estudiar, porque ahora “*siquiera compra zapatos y uniforme, o los cuadernos*”. (EC.SanIldefonso.MN.Na). Las implicaciones que tiene la dotación de dinero para la asistencia a la escuela no posee únicamente una dimensión monetaria.

Mientras que, en general, las tasas de repetición de primer grado no han cambiado mucho en el transcurso de las cuatro encuestas de evaluación, éstas han descendido drásticamente en los dos grupos de municipios que han estado en el programa por un período más largo. Además, los niños se están ingresando a la escuela a menores edades, implicando que podría esperarse que la tasa de repetición continúe descendiendo.

La evidencia del VI Censo de Población sobre la matrícula de niños de 6 años de edad apoya esta afirmación. Se estimó el impacto de CSR en la tasa de matrícula de niños de 6 años de edad en 19.7 puntos porcentuales. Muchos de esos niños se están matriculando en parvularia, y es menos probable que los niños que asisten a parvularia repitan el primer grado. Por lo que hay varios indicadores de que señalan que CSR continuará influyendo en el logro de menores tasas de repetición de primer grado, en el tiempo.

También se encontraron grandes impactos en la matrícula escolar entre niños de seis años de edad, la gran mayoría de ellos, alrededor del 90%, asistiendo a la parvularia. Dado que El Salvador por mucho tiempo ha tenido una muy alta repetición de primer grado, en el orden de 22% en todo el país en los datos recopilados entre 2001 y 2004 para generar el Mapa de Pobreza, al grado que la matrícula más temprana está inversamente correlacionada con la repetición de primer grado, se podría esperar que las tasas de repetición descenderán a medida que los niños entran a la escuela más temprano en El Salvador.

Los impactos de CSR en la tasa de matrícula de primaria, entre niños de 7 a 12 años, se estimaron entre 3.7 y 5.2 puntos porcentuales, dependiendo de la muestra y de la estrategia de estimación. Las estimaciones de impacto explican casi todo el incremento de la matrícula desde antes del ingreso de los municipios a CSR hasta 2010, cuando casi todos los niños de la muestra estaban matriculados en la escuela. Estos impactos son muy relevantes, puesto que la tasa de matrícula para este rango de edades ya estaba arriba del 90% antes de la implementación del programa.

Aunque las tasas de matrícula para niños en edad de escuela primaria son muy buenas, una pregunta sin resolver es si los recursos habrían sido mejor gastados al enfocarse en la matrícula en tercer ciclo. De acuerdo con censos escolares realizados entre 2005 y 2009 en municipios que reciben TMC, la matrícula del noveno grado es 36% menor que la matrícula en sexto grado tres años antes, indicando que una gran proporción de niños deserta de la escuela entre el sexto y el noveno grado. Si las transferencias fuesen condicionales hasta la matrícula en noveno grado, se podría observar incrementos mucho mayores en la tasa global de matrícula.

La mayoría de informantes claves señalaron que el bono ha tenido un impacto positivo sobre el aumento en la asistencia y la reducción de la deserción escolar y repetición de grado. Sin embargo, las opiniones de los beneficiarios son variadas: algunos expresaron que ya se encontraban

motivados de enviar a sus hijos a la escuela; otros manifestaron que el programa sí ha contribuido a mejorar la asistencia y mantener a los niños en la escuela. Cabe destacar que, varios padres de familia compartieron su expectativa que el programa pueda extender su cobertura a los niños que deben asistir al tercer ciclo de educación básica –séptimo a noveno grado.

Además, se encontró cierta evidencia que sugiere impactos en el logro educativo. Al usar las notas promedio por escuela de la “Paesita”, entre 2005 y 2008, las notas promedio de los alumnos de sexto grado aumentaron en 0.5 puntos (en una escala de 0-10) en los municipios del Grupo 1, y aumentaron en una pequeña cantidad (0.17 puntos) en el Grupo 2. Estos resultados parecieran indicar que haber estado expuestos por mayor tiempo a CSR, lo que requiere una asistencia a la escuela más constante, tiene una influencia positiva, aunque muy modesta, en el desempeño educativo.

La simplicidad de la focalización en CSR ha hecho que el programa sea razonablemente fácil de implementar; por otro lado, establecer reglas de focalización categórica más complicadas podría haber hecho que el programa fuese más caro de implementar. Por ejemplo, si se hubieran seleccionado beneficiarios tomando como criterio tanto la matrícula en parvularia entre los niños de 6 años, como la matrícula en tercer ciclo, podría haber confundido a los encargados de la selección de beneficiarios acerca de la elegibilidad de ciertos niños, lo cual es bastante fácil de determinar en la forma actual del programa.

### **6.1.2. Impactos en la salud**

El programa a través de la entrega del bono busca fomentar en los beneficiarios la demanda de servicios de salud y nutrición. Además, se han coordinado acciones con el MSPAS para tratar de asegurar que dichos servicios se encuentren disponibles en las comunidades que atiende. El bono es un incentivo efectivo para que las familias participen activamente en los servicios de salud, particularmente por el temor que les descuenten una parte de éste. Por ejemplo, una beneficiaria en Pueblo Viejo señaló que hasta el personal de salud ha notado la mayor asistencia para recibir los servicios de salud: *“Sí porque así dicen las enfermeras cuando llevo a la niña a control. Cuando yo le digo firmeme el papelito, me dice: ¿y esto de que es?, y yo le digo es de la Red. ¡jummm!, dice, con esto de la Red sí que vienen los niños al control. Sí les digo yo, porque sin esto no nos dan el pisto”* (EC.PuebloViejo.GZ.M).

Además, el bono ha contribuido a mejorar la puntualidad en la asistencia a los controles en aquellos hogares que ya asistían, pero lo hacían en forma irregular. Por otro lado, ha generado un compromiso indirecto en los hogares solo con niños en edad escolar, y por ende, no reciben bono por salud, ya que si un niño falta a la escuela por enfermedad debe justificarlo a través de una “constancia” médica. Así, las enfermedades y lesiones son las razones de consulta más mencionadas por este grupo. Otro factor importante es que el bono aporta ingresos al hogar que ante una emergencia pueden utilizarlos para transportarse hacia la unidad de salud, pagar una consulta o comprar medicinas.

Los informantes clave en el área de salud manifestaron que la mayoría de las beneficiarias hacen uso de sus servicios, y que el bono es un incentivo efectivo para que los hogares cumplan con los controles del niño sano, aunque reconocen que todavía existen incumplimientos. Así, la mayoría de descuentos ocurren por la inasistencia a todos los controles, pero las titulares señalaron que eso se debe a los gastos en que deben incurrir para ir a las unidades de salud.

También, la labor de concientización desarrollada por los promotores en las visitas a los hogares ha sido clave en el aumento de la demanda por estos servicios. Y otro aspecto importante, aunque menos reconocido por los informantes, es la mayor disponibilidad de los servicios de salud a través de las brigadas médicas y el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD).

Como se comentó en el capítulo anterior, la evidencia en los impactos en los indicadores relacionados con la salud es mixta. Por un lado, se identificaron impactos positivos de las transferencias asociadas con *CSR* en la prevalencia de diarrea, proporción de partos atendidos por personal calificado, y proporción de niños menores de un año que reciben el número apropiado de controles de crecimiento. Por otro lado, no se pudieron identificar impactos sobre la cobertura con vacuna SPR en los niños 12 a 23 meses. Y, finalmente, se identificó un impacto negativo, aunque probablemente no estadísticamente muy significativo al incluir variables de control, en proporción de mujeres embarazadas que reciben el número requerido de controles prenatales antes de dar a luz. Esta última variable no era un indicador principal según los Términos de Referencia; sin embargo, se incluyó en el estudio, puesto que en la línea basal se encontró que casi todas las mujeres se inscriben para recibir controles prenatales, pero no todas reciben el número de controles adecuado, según los estándares del Ministerio de Salud.

Vale la pena considerar estos resultados de una manera más cuidadosa desde la perspectiva de las políticas públicas. Como se ha planteado anteriormente, existen dos recomendaciones claras que surgen debido a la falta de un resultado relacionado con la recepción de la vacuna SPR. El gobierno deberá trabajar a la vez para asegurar el adecuado suministro de la vacuna, como para intentar asegurar que las tarjetas de vacunación sean revisadas cada vez que los niños van al monitoreo del crecimiento para constatar si faltan vacunas.

El muy positivo resultado encontrado en la proporción de partos atendidos por personal calificado, fue corroborado también utilizando evidencia de la proporción de partos en hospitales (ver Anexo D). También se observó una evolución positiva en otras variables relacionadas con la salud materna: atención posnatal y proporción de mujeres que se han hecho pruebas de cáncer cervical. Puesto que éstas no son condiciones que deben ser cumplidas para recibir las TMC, el progreso observado es un resultado positivo, aun cuando no se pudieron identificar impactos.

Finalmente, como se muestra en el capítulo 4, existe un número sustancial de hogares con mujeres embarazadas o niños pequeños que no reciben transferencias, sobre todo en los municipios que ingresaron hace más tiempo a *CSR*, los resultados discutidos hasta ahora no han considerado las posibles diferencias en los indicadores entre beneficiarios y no beneficiarios. Este tema es retomado en el capítulo 7, que trata sobre la sostenibilidad de los resultados de *CSR*.

### 6.1.3. Impactos en la nutrición

Las capacitaciones en temas de salud, nutrición e higiene son una fuente valiosa de información que trasciende la duración del Programa, tienen el potencial de cambiar la actitud de los beneficiarios hacia la salud y que pueden tener un efecto multiplicador en la medida que trasciendan de generación en generación.

En resumen, se encontró que la prevalencia de bajo peso entre niños menores de 3 años de edad es relativamente baja en los municipios de la muestra, y esto no ha cambiado desde la línea basal. Aunque encontramos un impacto en la prevalencia de retardo en talla cuando se compararon niños en el grupo de ingreso 2 con el grupo de ingreso 3, usando la encuesta de línea basal y la segunda encuesta, los puntajes TE-Z promedio disminuyeron drásticamente entre las dos encuestas y como resultado, los hallazgos parecen implicar que las transferencias ayudaron a mitigar los efectos de los crecientes precios de alimentos en la nutrición de niños pequeños.

Hay tres posibles conclusiones a partir de los hallazgos, o falta de hallazgos, respecto a la nutrición de niños pequeños. Primero, podría ser que en épocas de crisis, el dinero extra es muy útil para las familias con niños muy pequeños, en términos de ayudarles a mantener su dieta. Es por lo tanto útil para el gobierno mantener récord de los niños, particularmente en áreas vulnerables, para el exclusivo propósito de dirigir recursos hacia estos niños en épocas de crisis. Segundo, al grado que las capacitaciones se enfocaron en prácticas alimenticias para bebés y niños pequeños, éstas, en promedio, no fueron efectivas. El retardo en talla sigue siendo un problema importante en las zonas rurales de El Salvador, y parece que vale la pena centrar más atención en intentar cambiar las prácticas alimenticias de bebés y niños pequeños. Los puntajes PE-Z promedio y la prevalencia de bajo peso indican que los niños están comiendo casi lo suficiente, pero no los tipos correctos de comidas. Tercero, podría ser que el bono es demasiado pequeño para mejorar efectivamente la nutrición de los niños pequeños, ya que, en promedio, representa cerca del 8% de los ingresos totales de los hogares de la muestra (aunque para algunos, principalmente los más pobres, el bono representa entre 20% y 40% de sus ingresos).

*“Quiero pero no puedo...”* Las familias consideran que una buena alimentación cuesta mucho dinero. El monto bimensual asignado por el Programa, ha permitido a muchas madres tener mayor disponibilidad de efectivo. La mayoría de entrevistadas con hijos menores de cinco años, priorizan la compra de leche, incaparina o quaker (avena) especialmente cuando los niños tienen bajo peso. Muchas familias mencionaron que los escasos ingresos económicos del hogar no permiten la adquisición de los alimentos necesarios sugeridos en las charlas de nutrición recibidas. Al preguntar qué tipo de alimentos sugeridos se referían, mencionaban carne de res, pollo, pescado, verduras, leche y aceite. Por esa razón, ellos decían limitarse a consumir frijoles, tortilla y de vez en cuando arroz, por ser más baratos, sin darle mayor importancia al valor nutricional; esta situación era más marcada en las familias con más de tres niños. Una madre beneficiaria en Las Pacayas, comentó que cuando le cambiaron tarjeta para control de crecimiento a uno de sus hijos, por haber cumplido los cinco años, escuchó una conversación entre él y su hija de siete años acerca de las figuras de alimentos dibujadas en la parte de atrás: *“ahora que te dieron de las mismas tarjetas que me han*

*dado a mí y ahora que tenemos que comer todo lo que viene aquí, ahí viene papaya, sandía, aguacate, un montón de cosas ahí. `A pues lo que pasa de que mi mami no nos da todo esto´ le dice; les digo yo para darles todo eso esta, a pues no está fácil” (EC.Pacayas.RV.M).*

La restricción presupuestaria que enfrentan estos hogares es una limitante para acceder a una alimentación balanceada, de manera que aún cuando están conscientes que esto es beneficioso para ellas y para la salud del bebé no pueden mantener un patrón constante de alimentación balanceada durante todo el embarazo, como dijo una beneficiaria en Agua Fría: *“Mire generalmente en la unidad de salud, lo orientan a uno sobre que debe comer variado para que el bebe vaya alimentándose también, pero le voy a decir así yo como lo que Dios me vaya bendiciendo” (ESE-EC.AguaFría.RGR).*

#### **6.1.4. Impactos en el ingreso**

Se encontró que tanto el ingreso total del hogar como el ingreso per cápita ha aumentado entre la línea basal y la cuarta encuesta, en promedio, cerca del 31%. Puesto que las transferencias asociadas con CSR representan cerca del 8% del ingreso total de los hogares, claramente el ingreso se ha incrementado también por otras razones. Pero para la mayoría de hogares, las transferencias representan una porción grande de su ingreso, y, como resultado, no extraña que se haya podido encontrar un impacto en el ingreso de cerca de 22 puntos porcentuales. Similarmente, simulando el efecto de no contar con las TMC, se encuentra que las transferencias contribuyen a deducir la tasa de pobreza entre los hogares de la muestra en aproximadamente 5 puntos porcentuales y el índice de Gini en cerca de 7 puntos porcentuales.

También se examina la distribución del ingreso en sus componentes principales, lo que se discute más adelante. Por lo tanto, es poco probable que los hogares hayan dedicado menos esfuerzos laborales debido a las transferencias, pero se puede plantear la hipótesis que el ingreso ha aumentado, en promedio, debido a un efecto multiplicador en agricultura (por ejemplo, por la posibilidad de comprar más insumos) o por otro ingreso laboral. Sin embargo, es también probable que debido a los precios agrícolas más altos, los hogares de la muestra hayan obtenido mayores ingresos.

#### **6.1.5. Resumen**

En esta sección se discutieron los impactos que las TMC asociadas con CSR han tenido en los indicadores principales. Se encontró que el Programa ha tenido impactos cuantitativos importantes en la tasa de matrícula escolar, en un indicador de salud (prevalencia de diarrea), y en variables relacionadas con la salud materna y el ingreso de los hogares. Por otro lado, no se encontraron impactos en indicadores del estado nutricional de los niños pequeños.

## 6.2. ¿Tienen algunas combinaciones de estas intervenciones un mayor impacto que otras en esos resultados?

El componente de Servicios Básicos de *CSR* busca mejorar la oferta de servicios de educación, salud y nutrición. Esto incluye la provisión de agua potable, saneamiento básico e infraestructura de electricidad a clínicas y escuelas, así como el mejoramiento de infraestructura de acceso a las comunidades. El programa busca cerrar las brechas en la disponibilidad de infraestructura básica, mejorando los servicios deteriorados o proveyendo nuevos servicios en áreas donde no existan.

Uno de los objetivos que *Comunidades Solidarias Rurales* busca con este estudio, es entender cómo las inversiones adicionales en agua y saneamiento básico afectan los resultados de interés, y si éstos resultan o no en un mayor impacto que solamente proveer los incentivos en el lado de la demanda, es decir, las transferencias y las condiciones para recibir esas transferencias. En el Informe Inicial (IFPRI-FUSADES, 2007) se mostró que no sería factible responder completamente a esta pregunta, debido al diseño secuencial del ingreso de los municipios y cobertura espacial de los servicios básicos. Para poder responder esta pregunta de forma convincente, se habrían necesitado datos de línea basal de cuatro tipos de comunidades, dos de las cuales estarían recibiendo servicios básicos (grupos A y C), y dos que estarían recibiendo TMC (grupos A y B); (cuadro 6.2.1).

**Cuadro 6.2.1. Esquema para evaluar los impactos de los servicios básicos contra solamente recibir los incentivos del lado de la demanda**

Intervenciones		Servicios básicos	
		Sí	No
Transferencias monetarias condicionadas	Sí	A	B
	No	C	D

Desafortunadamente, la implementación secuencial del programa *CSR*, no permitió contar con un grupo de municipios, cantones, o incluso caseríos que recibieran la intervención de servicios básicos pero no las transferencias condicionadas. Como resultado, el grupo C no está representado y no sería posible identificar el efecto independiente de los servicios de agua y saneamiento básico en los resultados del programa. Con una muestra obtenida de los grupos A, B y D, sería posible identificar el impacto independiente de las TMC al comparar los grupos B y D. Comparando los resultados de los grupos A y B será posible identificar el impacto incremental de los servicios básicos en áreas que reciben TMC. Hipotéticamente queda, entonces, la posibilidad de evaluar a los Grupos A y B contra el D (el grupo de control), donde el impacto entre el Grupo A relativo al Grupo B proporciona la magnitud de los beneficios adicionales de los servicios básicos.

Más aún, se necesita pensar cuidadosamente acerca de cuáles de los indicadores principales tenderían a ser afectados por las intervenciones de servicios básicos. Por ejemplo, no es claro el vínculo de disponer de servicios básicos y la tasa de matrícula entre los niños de 7 a 12 años. Se tomó la decisión de intentar medir el impacto en prevalencia de diarrea, en los puntajes PE-Z y en la prevalencia de bajo peso, ya que las vías por las que se podrían impactar estos indicadores son

bastante claras. Ya que la mayor parte de las inversiones en servicios básicos se hicieron en agua potable, se esperaría que la incidencia de la diarrea disminuya con las inversiones en servicios básicos, porque los niños tienen acceso a mejor agua para beber y a ropa, platos y alimentos más limpios. En general, la menor prevalencia de diarrea, a su vez, debería llevar a mayores puntajes PE-Z; si la reducción en la diarrea afectase a toda la distribución de los puntajes PE-Z, también reduciría la prevalencia de bajo peso. Sin embargo, debido a que la prevalencia de bajo peso ya es baja, esos cambios podrían no observarse.

Para medir el impacto del componente de servicios básicos en indicadores específicos, se tiene que usar un método diferente, puesto que la discontinuidad en la regresión funciona para medir diferencias en resultados para hogares que están justo a ambos lados de un umbral. No hay un umbral para el caso de los servicios básicos, por lo que en su lugar, se buscan las diferencias dentro de los municipios del Grupo 2, en cada uno de los cuales se seleccionó un cantón que habría recibido servicios básicos y otro que no lo habría recibido. El impacto que se mide, en consecuencia, es adicional o complementario al estimado para las transferencias; sin embargo, no es posible interpretar los impactos estimados con este método como aditivos, es decir, no se pueden simplemente sumar a los impactos estimados que presentaron en el capítulo 5.

Como se discutió en el Informe de Impactos a los dos años (IFPRI-FUSADES, 2010), puesto que la selección de hogares o cantones que recibirían los servicios básicos no fue hecha aleatoriamente por las instituciones encargadas, se usa la técnica de emparejamiento del vecino más cercano para comprobar si los servicios básicos tienen o no un impacto adicional en la prevalencia de diarrea o la prevalencia de bajo peso (cuadro 6.2.2). Se identificaron impactos adicionales bastante grandes en la prevalencia de diarrea, de 5.9 puntos porcentuales, los que son aún mayores entre los niños menores de 3 años de edad (7.7 puntos porcentuales). Sin embargo, no se encontraron impactos en los puntajes PE-Z. Puesto que siempre se había encontrado que la prevalencia de diarrea era menor en los cantones que habían recibido servicios básicos que en aquellos que no los habían recibido; estos resultados son muy consistentes con los resultados descriptivos presentados en los dos informes de impacto (IFPRI-FUSADES, 2009 y 2010).

**Cuadro 6.2.2. Impactos adicionales de los servicios básicos sobre indicadores seleccionados, usando emparejamiento del vecino más cercano**

Indicador	Coefficiente estimado (8 emparejamientos)
Prevalencia de diarrea, menores de 5 años	-0.059 (0.020)**
Prevalencia de diarrea, menores de 3 años	-0.077 (0.028)**
Puntaje Z peso para edad	0.007 (0.085)

Notas: Los errores estándar en paréntesis son robustos y los estimados han sido ajustados por sesgo potencial. \*\*- indica significancia al nivel de 5%.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES.

En resumen, se encontraron impactos de los servicios básicos en la prevalencia de diarrea en los informes anteriores, al comparar cantones que habían recibido intervenciones de servicios básicos y otros que no las habían recibido. Sin embargo, con el transcurrir del tiempo, cuando ya todos los cantones han recibido este tipo de intervenciones, se observa que la prevalencia de diarrea es significativamente más alta en los cantones que recibieron antes las intervenciones de servicios básicos que las que las han recibido más recientemente. Por lo tanto, los impactos pueden haber sido de corta duración.

### **6.3. Mejorar la oferta ¿resulta en un mayor impacto que solamente proporcionar incentivos del lado de la demanda?**

Esta respuesta es difícil de responder directamente, pues idealmente se necesitaría comparar comunidades que hubieran recibido intervenciones que expandieran la oferta de servicios de salud y educación, así como transferencias, y otras comunidades que solamente hubieran recibido las transferencias. Puesto que casi todos los municipios recibieron los servicios adicionales (Redes Escolares Efectivas y la Extensión de Servicios de Salud) ya para el momento que ingresaron a *CSR*, no se puede evaluar este aspecto directamente. Sin embargo, se puede resumir evidencia de la mejora en el acceso a servicios específicos de salud y educación, mucho de lo cual ya se discutió anteriormente; también se puede presentar evidencia de la expansión en el número de secciones de parvularia. También se puede utilizar evidencias provenientes de las diferentes etapas del estudio cualitativo.

Primero, se hacen algunas consideraciones acerca de mejoras en el acceso, entendido éste como disponibilidad de los servicios o facilidades de acceso. Desde la perspectiva de salud, se observa progreso en varios indicadores, como en los controles de crecimiento, que implicaría que se han producido mayor cantidad de visitas a los servicios de salud. La proporción de niños menores de un año que están recibiendo el número de controles de crecimiento apropiados para su edad se ha incrementado en 18 puntos porcentuales; el porcentaje de partos atendidos por personal calificado ha aumentado en 15 puntos porcentuales. Por lo tanto, es claro que el uso de los servicios de salud ha aumentado. Por otro lado, no se observa que el servicio se haya deteriorado por causa del incremento en la demanda; por ejemplo, el tiempo de espera para recibir servicio. En la encuesta de línea basal, se encontró que el tiempo que tomaba esperar para ser atendido era bastante largo, de 72 minutos en promedio; esto no ha cambiado sustancialmente, siendo de 75 minutos en la cuarta encuesta. Estos tiempos son consistentes con la evidencia obtenida de entrevistas llevadas a cabo en las unidades de salud en 2008, las que se enfocaron en visitas de controles de crecimiento y de salud materna, como parte del estudio cualitativo. Por lo tanto, se puede concluir que el acceso a los servicios de salud ha aumentado efectivamente y que, como se elabora en la sección siguiente, el mayor acceso ha contribuido al logro de los resultados mostrados por los indicadores principales.

Por otro lado, por lo menos en uno de los indicadores principales, específicamente la cobertura con vacuna SPR, los resultados pueden estar siendo limitados por aspectos relacionados con la calidad de los servicios. En la sección 4.4 se mostró que la disponibilidad de la vacuna en las unidades de salud ha aumentado, sobre todo durante la cuarta encuesta; sin embargo, la cobertura no ha cambiado en el período estudiado. Como se señaló en el Informe de impactos a los dos años de

implementación (IFPRI-FUSADES, 2010), por medio de las fotografías que se tomaron a los carnés infantiles de los niños de los hogares de la muestra, se pudo determinar que algunos niños mayores de 14 meses que no han recibido la vacuna, han tenido citas de control de crecimiento e incluso han recibido otras vacunas en fechas posteriores a su primer cumpleaños; esto estaría indicando que se han dado algunas fallas en seguir el protocolo establecido. Evidencia de que no siempre se siguen los protocolos establecidos también se encontró en las observaciones estructuradas de las unidades de salud, que se llevaron a cabo como parte del estudio cualitativo y se reportaron en la sección 4.4.

Desde la perspectiva de la educación, se pueden buscar evidencias de mejoras en el acceso a la educación utilizando los datos del censo matricular del Ministerio de Educación usando la información de todos los centros escolares, públicos y privados, ubicados en los 100 municipios de CSR. En el cuadro 6.3.1 se observa que entre 2005 y 2007 el número de secciones en primaria aumentó 6%, pero tal vez más importante es el aumento del 8% y 6% en las secciones de parvularia para niños de 6 y 5 años, respectivamente, puesto que en la línea basal la tasa de matrícula en esos niveles estaba lejos de ser universal. Es de señalar que la reducción en el número de secciones de parvularia de 4 años y en primer grado no es señal negativa, pues las tasas de matrícula en ambos niveles han aumentado en ambos casos; lo que esto señala es la reducción en la tasa de nacimientos, lo que se evidencia en los datos de las proyecciones de crecimiento hechas por la Dirección General de Estadística y Censos (Digestyc) con base en el censo de población de 2007. Por otro lado, la mejora en el acceso, medida por el aumento en el número de secciones para niños de 5 y 6 años, y de primaria en general, ha impactado positivamente los indicadores de matrícula en ese nivel.

**Cuadro 6.3.1. Secciones de parvularia y primaria, todas las comunidades en CSR 2005-2009**

Año	Parvularia			Escuela primaria	
	P-4	P-5	P-6	Primer grado	Primero a sexto grado
2005	1,040	1,139	1,152	1,590	8,181
2006	1,024	1,155	1,176	1,566	8,288
2007	1,008	1,144	1,200	1,521	8,467
2008	1,028	1,197	1,236	1,507	8,703
2009	944	1,202	1,243	1,471	8,660

Nota: La información del número de secciones para 2010 no estaba disponible.

Fuente: Ministerio de Educación, censo matricular de varios años

Por otro lado, el impacto en algunos indicadores puede verse limitado por aspectos relacionados por la calidad de la educación; por ejemplo, la tasa de repetición de primer grado. Como se discutió en el capítulo 5, la tasa de repetición en primer grado ha estado reduciéndose consistentemente; en este resultado está influyendo principalmente que hay más niños que se matriculan más temprano en la escuela, y que los niños más pequeños tienen menores tasas de repetición. Además, también está influyendo positivamente que hay más niños que están asistiendo a parvularia, por lo que llegan más preparados a primer grado. Sin embargo, la tasa de repetición de niños de siete años, que es la edad normal para cursar primer grado, se mantiene prácticamente sin cambio, alrededor de 16%, lo que estaría señalando que la tasa global probablemente no bajará del 16%. Para lograr menores

tasas de repetición, el Ministerio de Educación deberá hacer esfuerzos adicionales para mejorar el aprendizaje de los niños de primer grado, para asegurar que tengan mayores posibilidades de aprobar el grado.

#### **6.4. ¿Aumentan los impactos al llevar directamente a los hogares los servicios básicos de salud (extensión de servicios de salud)?**

La extensión de servicios de salud, por medio de las brigadas médicas en los cantones, sí logró aumentar la participación. Los costos de transporte y tiempo en que deben incurrir las beneficiarias para ir a la unidad de salud desalientan en ciertos casos su participación. Por ello, las brigadas médicas que llegan a las comunidades resultaron en una estrategia exitosa para fomentar los controles de crecimiento del niño y de vacunación.

En general, las beneficiarias expresaron su satisfacción con las brigadas médicas y decían que así no hay excusas para no cumplir con las responsabilidades. Este punto es importante porque el acercamiento de los servicios de salud significa una reducción en los costos de transacción de las beneficiarias para obtener la transferencia monetaria y, además, reduce la probabilidad de un descuento por incumplimiento con los controles preventivos.

Los promotores de salud en las comunidades visitan a la gente en su casa, explicando los servicios que ofrecen las unidades de salud y su importancia, avisando cuando se acercan campañas de salud, organizando reuniones, etc. Según lo expresado por la población en estudio, los promotores de salud están pendientes de las fechas de vacunación de los niños y llegan a sus hogares para aplicárselas, algunos informantes comentaron que tienen la libertad de ir a la casa del promotor para vacunarse, pueden hacerlo cuando llegan brigadas médicas a su comunidad o bien ir hasta la unidad de salud. La labor de concientización desarrollada por los promotores en las visitas a los hogares ha sido clave en el aumento de la demanda por los servicios de salud. Los promotores manifiestan que la comprensión de los materiales no garantiza la aplicación de los conocimientos y que es necesario realizar visitas a los hogares para verificar si todo lo que se les ha enseñado lo están aplicando en sus hogares, es decir, mantener una vigilancia continua sobre el hogar. Esta intervención la realizan las voluntarias a través de visitas cotidianas que hacen a los hogares.

De acuerdo con los promotores de salud consultados, la aceptación de la citología es otro cambio que se ha dado poco a poco y es producto de la labor de concientización que ellos han desarrollado por años, tanto a través de charlas como de visitas a los hogares. Con respecto al lugar donde se ofrece el servicio, algunas mujeres dijeron que van a la unidad de salud para tomarse la citología, otras aprovechan cuando llegan las brigadas médicas a su comunidad (en la sede del promotor o pasan casa por casa) y unas pocas van al hospital.

Los informantes claves también consideran que la prestación del control prenatal es una fortaleza y que en general cubre a la mayoría de mujeres embarazadas (aunque la participación es muy variable). De acuerdo con los promotores de salud en los cantones La Cuchilla, Las Pacayas y Potrero Grande, una de sus prioridades consiste en visitar a las mujeres embarazadas y darles

información sobre cuidados durante y después del embarazo y lactancia materna. En La Cuchilla, este servicio es considerado excelente, ya que se da no solo en las unidades de salud u hospitales, sino también en los hogares de las mujeres embarazadas. La Cuchilla sobresale por su servicio de control prenatal. Las mujeres embarazadas son visitadas en sus hogares y les dan información sobre cuidados preventivos, lactancia materna, parto y cuidado posnatal cada mes, desde que se confirmó el embarazo hasta el nacimiento. Varios informantes claves explicaron que las mujeres embarazadas fueron visitadas cada mes si ellas no podían asistir o no querían ir a la unidad de salud u hospital. Este servicio fue explicado por un representante de una ONG en La Cuchilla: *“Es excelente, porque están al pendiente que si la madre no puede ir, la enfermera o el promotor está pendiente de ir a visitar a esta familia, o si ellos están incapacitados. Hay una señora de cómo 44 años y está embarazada, ya es embarazo de alto riesgo y es beneficiaria y seguido estoy viendo las enfermeras en su casa, sí se está dando la atención”*(EIC.LaCuchilla.ONG.ERB).

Las promotoras de salud en Las Pacayas también comentaron que hay buena cobertura en la población embarazada, porque la mayoría está pendiente de sus citas y por la sinergia en el trabajo que realiza la unidad de salud y las ONG, pues cuando las mujeres no se acercan a la unidad, la ONG las va a buscar. Un informante clave destacó que el control prenatal ha cambiado significativamente, tal como se presta en La Cuchilla: *“Ahorita está muy buena la atención que dan pero ahorita está mejor porque no esperan ni los promotores ni los de Fosalud que vayan a la clínica sino que a la casa vienen a examinar a la madre que está embarazada, están pendientes yo creo que mes a mes están visitando a las madres de familia cómo va evolucionando el bebé”* (EIC.Pacayas.CM.NMN).

La promotora de CSR de Las Pacayas comentó que cuando un niño está desnutrido, el primer paso es dar una consejería personal a la madre; sin embargo, si la situación no se supera optan por visitar el hogar para identificar los factores que impiden lograr un avance, ya que el tiempo disponible para la consejería es corto y no les permite ahondar en el tema: *“Bueno, este, de hecho a veces cuando por ejemplo el niño no alcanzó el peso, nosotros le explicamos los pasos a seguir o mejor identificar el problema, porque el niño no aumentó el peso, porque el niño ha estado enfermo, entonces a veces por tres meses consecutivos estarles explicando lo mismo, entonces la madre tiende a decir: “solo por lo mismo y lo mismo voy”; entonces a veces ni la consejería que brindamos, entonces mejor lo que hacemos cuando vamos a las visitas ¿verdad? y lo retomamos, esto es porque por el tiempo, no nos podemos detener mucho a explorar las razones por las que el niño no alcanzó el peso”*.(ESEF.Pacaya).

Únicamente las beneficiarias de Los Zacatales se quejaron de que el promotor de salud no las visita y no apoya las capacitaciones impartidas por el promotor de CSR: *“ese promotor de salud casi no nos visita, a mí me ha visitado como unas dos veces. Pero de visitar los hogares él no los visita, y ni siquiera llega a las capacitaciones a ver como están. Y yo creo que él tiene esa responsabilidad también”* (EIC.ZACATALES.CC). Entre las no beneficiarias de San Ildefonso las opiniones están divididas un grupo dice que sí es un buen promotor y que las visita para pesar y vacunar a los niños: *“Bueno cuando... así cuando toca control o vea, pues sí, si le falta alguna vacuna a la niña”* (GFNB.ILDEFONSO). Mientras que otras se quejan de que las visitas son cortas y/o no les da ningún consejo: *“llegó y le puso la vacuna y se fue de vuelta”* (GFNB.ILDEFONSO), otra mujer

dentro del mismo grupo añadió: *“bueno a mí nunca me ha dicho: haga esto con el niño...”* (GFNB.ILDEFONSO). Por otro lado, en Potrero Grande las mujeres dijeron que cuando las familias son renuentes a vacunar a sus niños el promotor de salud desiste y deja de visitarlas: *“Ya no tanto. Quizás no, porque quizás él se aburre de andar rogando y a ellas les da igual”* (EIC.POTREROGRADE.ADESCO).

Algunas mujeres también se quejaron de que el promotor de salud las visita poco y otras de que no las visita, el promotor por su parte acepta que no va a todos los hogares con la misma periodicidad y explica que ciertos casos tienen prioridad: *“mantenemos un criterio para hacer las visitas, le damos la prioridad primero a donde hay embarazadas, niños menores de 2 años y después los niños de 5 años y de ahí, si podemos, hacemos las otras visitas verdad, pero sí, aunque sea una vez en el año visitamos todas las casas”* (EIC.SALUD.POTREROGRADE).

En opinión de los promotores de salud y de las entrevistadas, los esfuerzos por acercar los servicios a las comunidades a través de las brigadas médicas han tenido un efecto positivo en la asistencia a los controles prenatales y de crecimiento, y en el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños. En este último, la vacunación a domicilio que realizan los promotores de salud también ha sido clave.

*“Antier estuvo él ahí en la casa platicando con los niños, que cómo estaban, si ya los habían vacunado y yo le dije que el 27 les tocaba la vacuna. Pues sí, como el niño está en los controles en Aguilares y él, este, si uno no los va a vacunar él dice que lo hace”* (GFNB2.POTREROGRADE).

#### **6.5. ¿Se producen cambios en la diversificación de las fuentes de ingresos de los hogares, hacia actividades más rentables y sostenibles y en la forma en que manejan el riesgo ante situaciones adversas?**

Para responder esta pregunta, se necesita medir los cambios en el tiempo, en el ingreso y en las fuentes de ingreso; para ello, se ha utilizado un subconjunto de los datos de las encuestas, limitándola a los hogares que fueron entrevistados en las cuatro rondas de encuestas. Esta submuestra consiste de 1,123 hogares, casi todos reportaron ser beneficiarios, aunque 64 y 72 hogares reportaron no recibir transferencias durante la tercera y cuarta encuesta. Para determinar si se han dado cambios en la diversificación de las fuentes de ingreso, se estudian los cambios en la composición del ingreso y en el número de fuentes del que lo obtienen. Para establecer si las medidas de riesgo enfrentado por el ingreso están cambiando, se puede medir cómo ha evolucionado la varianza del ingreso, y si tener fuentes adicionales de ingreso ha reducido esa varianza. Finalmente, para medir si se han dado cambios en la forma de manejar el riesgo ante situaciones adversas, se utilizaron regresiones sencillas entre los cambios en el ingreso y los *shocks* reportados por los hogares en tres períodos, interactuando con variables que representan período y transferencias, para medir si los hogares hacen frente a los *shocks* de manera diferente después de haber sido expuestos a las transferencias asociadas con CSR.

### 6.5.1. Cambios en la composición y fuentes de ingreso

Primero, se presenta la evolución de los tres componentes principales del ingreso, excluyendo las transferencias de *CSR*, para los hogares de la muestra que forman el panel que participó en las cuatro encuestas (cuadro 6.5.1). Se encontró el mismo patrón de comportamiento que se discutió en la sección 5.4: un creciente ingreso proveniente de labores agropecuarias propias de la familia, un ingreso de otras fuentes laborales un poco mayor en la cuarta encuesta que en la línea basal, una caída en las remesas durante la tercera encuesta, la que se recupera un poco para la cuarta. Se observa que las desviaciones estándar cambian bastante, pero no tienden sistemáticamente a caer. Sin embargo, vale la pena señalar que las desviaciones estándar incluyen valores de cero para los hogares que no participan en un tipo particular de actividad, por lo que podría ser que la varianza se haya reducido.

**Cuadro 6.5.1. Ingreso promedio por tipo de fuente y ronda de encuesta**

Fuente de ingreso	Encuesta			
	Línea basal	Segunda	Tercera	Cuarta
Agropecuario	455	604	640	762
propio	(2722)	(1134)	(1661)	(1614)
Laboral	859	991	833	983
	(2641)	(2020)	(1418)	(1701)
Remesas	307	500	401	455
	(900)	(1411)	(1178)	(1195)

Notes: Desviaciones estándar en paréntesis

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

Por lo tanto, también se examinan cómo el número de fuentes de ingreso cambian en el tiempo, en cada uno de los grupos de municipios (cuadro 6.5.2). A pesar que se observa un cambio en el número de fuentes entre la línea basal y la cuarta encuesta, pasando de 1.51 a 1.71 en promedio, los cambios ocurren de manera similar en los diferentes grupos de municipios, aumentando entre las dos primeras encuestas y permaneciendo prácticamente sin cambio a partir de ahí. Tampoco se encuentra evidencia que los hogares hayan comenzado a buscar otras fuentes de ingreso justo después de ingresar a *CSR*. La comparación más relevante es entre los Grupos 3 y 4 y el incremento entre la primera y segunda encuesta. Se observan incrementos comparables entre ambos grupos, por lo que se concluye que, aparentemente, no se ha dado un impacto de *CSR* en la diversificación de fuentes de ingreso.

**Cuadro 6.5.2. Número de fuentes principales de ingresos, por grupo de municipios según su ingreso a CSR**

	Promedio total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Línea basal	1.51 (0.02)	1.41 (0.05)	1.53 (0.04)	1.61 (0.04)	1.44 (0.04)
Segunda encuesta	1.74 (0.02)	1.65 (0.05)	1.73 (0.04)	1.75 (0.04)	1.83 (0.04)
Tercera encuesta	1.70 (0.02)	1.62 (0.05)	1.72 (0.04)	1.74 (0.03)	1.69 (0.04)
Cuarta encuesta	1.71 (0.02)	1.65 (0.05)	1.70 (0.04)	1.79 (0.04)	1.65 (0.05)

Notas: Errores estándar en paréntesis. El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

Podría ser que no se observaran cambios en el número de fuentes de ingreso, puesto que no se desagregaron del componente laboral las actividades no agropecuarias por cuenta propia. Puesto que algunas de estas actividades necesitan de poco de capital para iniciar, pudiera ser que el número de hogares que tengan ahora negocios no agropecuarios podría haber aumentado. En el cuadro 6.5.3 se observa que el porcentaje de hogares con este tipo de actividades, en las cuatro encuestas, estuvo entre 13.4 y 14.1% en las cuatro encuestas. Por grupo de municipios, también se observa que el porcentaje de hogares con negocios propios se mantuvo sin mayor cambio. Por lo tanto, no hay evidencia que las actividades no agropecuarias por cuenta propia hayan aumentado entre los hogares de la muestra.

**Cuadro 6.5.3. Porcentaje de hogares con actividades no agropecuarias por cuenta propia, por grupo de municipio y ronda de encuestas**

Ronda de encuesta	Porcentaje total	Año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Encuesta de línea basal	13.4	14.5	17.2	13.1	9.1
Segunda encuesta	14.1	12.6	17.2	13.2	13.8
Tercera encuesta	13.8	14.0	17.2	12.9	11.3
Cuarta encuesta	13.8	12.3	16.7	15.5	10.3

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

### 6.5.2. Varianza en el ingreso, por tipo de fuente

A continuación se describe, de dos maneras diferentes, cómo la varianza del ingreso se relaciona con las fuentes de ingreso. Primero, se examina la distribución del logaritmo del ingreso per cápita de acuerdo con el número de fuentes de ingreso reportadas por los hogares, resaltando la desviación estándar; haciendo esto, se busca determinar tanto el nivel del ingreso y qué tan variable es entre los hogares de la muestra, considerando el número de fuentes principales. Luego, se corre una regresión del cambio en el logaritmo del ingreso per cápita en una variable indicadora cuando los hogares

reportan haber comenzado a recibir las transferencias entre los dos períodos, para examinar si comenzar a recibir las transferencias se correlaciona con menores cambios en el ingreso.

Primero, se observa que al tener los hogares más tipos de fuentes principales de ingresos, mayor es el ingreso per cápita y la desviación estándar del ingreso es más baja, indicando una distribución más cerrada (cuadro 6.5.4)<sup>40</sup>. Este hallazgo es similar en las cuatro rondas de encuesta<sup>41</sup>. Esto tiene dos implicaciones importantes. Los hogares con una mayor diversificación de su ingreso tienden a estar mejor, su ingreso tiende a variar menos, tal como se esperaría de la teoría económica. Hogares en países en desarrollo a menudo tienden a diversificar su ingreso para reducir su variabilidad; en El Salvador las remesas familiares son una forma de diversificación hacia fuentes no correlacionadas con el ingreso de origen agropecuario o laboral.

**Cuadro 6.5.4. Promedio del logaritmo del ingreso per cápita, por número de fuentes de ingresos excluyendo transferencias de CSR, por ronda de encuesta**

Encuesta	Promedio total	Número de fuentes de ingreso			
		0	1	2	3
Línea basal	5.11 (1.23)	3.51 (0.77)	4.75 (1.34)	5.49 (0.90)	5.99 (0.73)
Segunda	5.45 (1.14)	3.12 (1.25)	4.97 (1.25)	5.68 (0.89)	6.16 (0.80)
Tercera	5.54 (0.92)	3.90 (0.93)	5.11 (0.95)	5.73 (0.74)	6.37 (0.68)
Cuarta	5.64 (1.04)	3.85 (0.69)	5.08 (0.95)	5.94 (0.81)	6.50 (0.72)

Notas: Las desviaciones estándar están en paréntesis. Las fuentes de ingreso incluyen: actividades agropecuarias propias, actividades laborales y remesas familiares.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

Examinando el promedio general del ingreso per cápita, también se observa una reducción en la varianza del ingreso total, pues las desviaciones estándar caen entre la línea basal y la cuarta encuesta, de 1.23 a 1.04 (cuadro 6.5.4, columna 1). Como resultado, se sabe que entre los hogares de la submuestra que forman un panel, la distribución del ingreso es más compacta al final del estudio que al inicio. Para ello, se midió la desviación estándar de los cambios en el logaritmo del ingreso para cada cantón, y luego se corrió una regresión contra un indicador del año de ingreso del cantón a *CSR* y un indicador de ronda de encuesta. Si las transferencias de *CSR* reducen la

<sup>40</sup> Se reporta el ingreso en forma de logaritmo pues el ingreso per cápita tiende a seguir aproximadamente una distribución log-normal en los datos de la encuesta, y al hacerlo, le da significado a las desviaciones estándares estimadas.

<sup>41</sup> Notar que los hogares con “cero” fuentes de ingreso no reportaron realizar actividades agrícolas ni laborales ni recibir remesas. Su ingreso proviene de “otras” fuentes, como pensiones. Estos hogares son obviamente más pobres que los otros hogares; el aumento entre la segunda y tercera encuesta probablemente se deba a las transferencias de *CSR*, las que no se incluyen acá.

variabilidad del ingreso, se debería observar una reducción en la desviación estándar del cambio de ingresos al comenzar a recibir las transferencias. Se estimó la siguiente ecuación:

$$sd(\Delta y_t) = \alpha + \beta D_t + \gamma S_t + u_t \quad (6.1)$$

Donde  $y$  representa el logaritmo del ingreso per cápita,  $D$  es una variable ficticia que representa que los hogares comenzaron a recibir transferencias, y  $S$  es una variable ficticia que representa la ronda de encuestas. Para esta estimación, solamente se utilizó la información de las tres primeras encuestas, pues ningún cantón de la muestra ingresó a *CSR* después de la tercera encuesta.

Se encontró que la ronda de encuesta sí afecta, pero no el hecho que el cantón comenzara a recibir transferencias de *CSR* (cuadro 6.5.5). Por lo tanto, no pareciera que las transferencias lleven a reducir sustancialmente el riesgo de ingresos, como resultado de *CSR*. A pesar que la prueba no es concluyente, es importante tener en mente que los cambios en el ingreso han sido sustanciales en el período, como se comentó en la sección 5.4, por lo que no se habrían esperado observar coeficientes estadísticamente significativos. Habiendo dicho esto, todavía se puede evaluar si *CSR* ha tenido algún efecto en los que los hogares reportaron como impactos que habían tenido situaciones adversas en su ingreso; esto se hace en el apartado siguiente.

**Cuadro 6.5.5. Correlación entre la desviación estándar del ingreso y variables indicadoras de nuevas transferencias de CSR**

Variable	Coefficientes estimados
Indicador de transferencias	0.03 (0.06)
Indicador de ronda de encuestas	-0.15 (0.06)**
Constante	1.32 (0.04)**

Notas: Las desviaciones estándar están entre paréntesis. Se incluyen 190 observaciones a nivel de cantón. \*\*- indica significancia al nivel de 5%.

### 6.5.3. Ingreso y situaciones adversas

En este apartado se trata de determinar si los cambios en el logaritmo del ingreso per cápita son afectados por situaciones adversas reportadas por los hogares, y si esa relación cambia desde que comienzan a recibir las transferencias de *CSR*. La hipótesis nula que se busca probar es si después que comienzan las transferencias, no hay ninguna diferencia en la que las situaciones adversas afectan a los hogares. Esta hipótesis se prueba estimando la siguiente ecuación:

$$\Delta y_{it} = \alpha_t + \gamma D_{it} + \beta X_{it} + \delta X_{it} D_{it} + u_{it}$$

Donde  $y$  es el logaritmo del ingreso per cápita,  $D$  es una variable indicadora de que una comunidad comienza a recibir transferencias, y  $X$  es un vector de situaciones adversas. La hipótesis que se quiere probar es  $\delta = 0$  para todos los elementos de  $\mathbf{X}$ . Puesto que se esperan valores negativos para  $\beta$ , si se rechaza la hipótesis nula y  $\delta$  es positiva, entonces se sabría si después que el hogar comienza a recibir transferencias de *CSR*, la magnitud de los efectos de las situaciones adversas se reduce por el hecho de recibir las transferencias. Se estimó la regresión solamente utilizando variables indicadoras para situaciones adversas que afectaron por lo menos a 2% de la muestra de los hogares del panel.

Se encontró que para algunos tipos de situaciones adversas, se puede rechazar la hipótesis nula a favor de efectos positivos de las transferencias; también hay otros tipos de situaciones que tienen coeficientes positivos (cuadro 6.5.6). Se encuentran efectos positivos para las situaciones que afectan la vivienda o a miembros del hogar que trabajan (enfermedad o accidente grave). En otras palabras, cuando los hogares enfrentan estos dos tipos de situaciones, no tienen las mismas consecuencias para el ingreso si están recibiendo transferencias. También se encuentran coeficientes positivos, aunque no tan significativos, para la interacción de las transferencias con una reducción en las remesas o cuando un miembro del hogar deja de trabajar. En resumen, estos resultados sugieren fuertemente que las transferencias asociadas con *CSR* ayudan a los hogares a enfrentar de mejor manera las situaciones adversas que se les presenta.

**Cuadro 6.5.6. Cambios en el efecto causado por situaciones adversas reportadas por los hogares en los cambios en el ingreso per cápita después de comenzar a recibir transferencias de CSR**

Tipo de situaciones adversas	Coefficiente básico	Interacción con transferencias recibidas en el cantón
Daños a la vivienda	-0.443 (0.169)**	0.408 (0.218)*
Pérdida de animales o cultivos	0.244 (0.104)**	-0.099 (0.121)
Desempleo	-0.365 (0.125)**	0.203 (0.166)
Menos remesas o ayuda del exterior	-0.211 (0.296)	0.496 (0.313)
Delincuencia	-0.058 (0.244)	0.134 (0.286)
Enfermedad o accidente grave de algún miembro del hogar quien trabajaba	-0.314 (0.191)*	0.687 (0.269)**
Enfermedad o accidente grave de algún miembro del hogar que no trabajaba	0.113 (0.201)	-0.304 (0.262)

Notas: Todos los coeficientes estimados utilizando las mismas regresiones; se incluyeron las variables indicadoras de ronda de encuesta y de elegibilidad para las transferencias, aunque no se reportan. Los errores estándar están conglomerados a nivel de cantón y se presentan en paréntesis. \*-indica un nivel de significancia al nivel de 10%; \*\*- indica un nivel de significancia al nivel de 5%. Se utilizaron un total de 3,334 observaciones en esta regresión.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

#### **6.5.4. Resumen**

En resumen, no se encontró evidencia que los hogares hayan incrementado su número de fuentes de ingreso en el periodo entre la primera y última encuesta de esta evaluación, y como resultado no parecen haberse movido hacia actividades más rentables y sostenibles. Tampoco se encuentra evidencia que las transferencias de *CSR* reduzcan la variabilidad del ingreso per cápita. Sin embargo, sí se encuentra evidencia que las transferencias parecen contrarrestar el efecto negativo de algunas situaciones adversas que los hogares enfrentan, aunque no de todas. La reducción observada en la varianza del ingreso, puede, entonces, por lo menos en parte, explicarse por el hecho que las situaciones adversas no son tan devastadoras para el ingreso de los hogares. A pesar que el monto de las transferencias es pequeño en relación con el ingreso promedio de los hogares, sí parece que tienen efectos importantes para reducir de alguna manera la exposición al riesgo de ingreso.

#### **6.6. ¿Aumenta la participación de los hogares en temas comunitarios y sociales?**

En esta sección se estudia si la participación en *Comunidades Solidarias Rurales* ha influenciado la participación de los hogares dentro de la comunidad. Se estudia esta pregunta desde la perspectiva de la participación de la mujer, en términos de la relación entre padres y maestros, en términos de la participación en organizaciones en general.

##### **6.6.1 Participación de la mujer**

Lo que sí es generalizado es la mayor participación de las mujeres promovida por el programa. En Los Zacatales se obtuvo la siguiente respuesta, que es muy ilustrativa sobre este asunto: *“la titular durante una de mis visitas se encontraba regresando de una reunión donde eligieron a los nuevos miembros de ADESCO, según me comentaba es primera vez que ella obtuvo uno de los cargos y lo que la ha motivado a participar es que ahora que participa de varias actividades dentro de la comunidad, vinculadas a diferentes programas – entre ellos Red Solidaria- ha ido perdiendo el temor y tiene más facilidad para expresarse”*. (EC.Zacatales.GM2.Obs1).

Las mujeres fueron empoderadas, en particular, por medio del conocimiento formal adquirido en las capacitaciones y por la dinámica de participación en las reuniones, lo cual les ayudó a perder la pena de expresarse y se volvieron más abiertas y seguras en sus respectivas familias y comunidades. También, las beneficiarias aprecian la naturaleza participativa de las capacitaciones, lo cual ha ayudado a fortalecer su autoconfianza y el espíritu de comunidad.

Tanto hombres como mujeres señalaron que las capacitaciones le “quitan la pena” de hablar en público a las mujeres al pedirle que “pasen al frente” y expliquen un tema ante las demás. Muchas mujeres señalaron que al inicio se sintieron nerviosas, pero que la práctica las ayudó a vencer la timidez, a aumentar su confianza y que ahora hablan más que antes.

## 6.6.2 La participación en organizaciones relacionadas con la escuela y relación entre los padres y maestros

Varias madres manifiestan que desde que están en el Programa están más interesadas en la educación de sus hijos, colaboran más con la escuela y participan en las reuniones, porque sienten que tienen capacidad para hacerlo, como lo expresó EC2.PuebloViejo.PR2.M: *“habremos madres que nos vale lo que los hijos andan haciendo, que los hijos queden aplazados, pero ahora no, bastantes madres con esta Red Solidaria que nos está viniendo, bastantes estamos colaborando con la escuela y en las unidades de salud y todo eso y en las capacitaciones. Sí, porque es gente que fíjese que al principio nosotros nos daba pena hablar en las reuniones de las capacitaciones de la Red Solidaria, hoy no”*. El Programa ha desempeñado un papel importante en fomentar la cohesión social, la solidaridad y aumentar el interés de los padres de familia en apoyar la escuela. Además, en la segunda fase, un informante, miembro del personal escolar de Las Pacayas, observó que uno de los efectos de la transferencia ha sido la mejoría en las relaciones padres-maestros: *“Eh, creo que no, eh no habría un impacto porque entonces la gente le daría lo mismo, entonces que el hijo falte o no falte y eso lo del bono a la larga ha venido hasta mejorar lo de la relación comunicación padre-maestro”* (EIC.ED.PACAYAS).

## 6.6.3 Participación en organizaciones, en general

En las cuatro rondas de encuesta cuantitativas, se preguntó a los hogares si sabían que algunos tipos de organizaciones funcionaban en sus comunidades, y si alguno de sus miembros participaban en ellas. En general, se encontró que el conocimiento acerca de las organizaciones aumentó en el tiempo, pero la participación no cambió mucho (cuadro 6.6.1).

**Cuadro 6.6.1. Conocimiento de organizaciones en la comunidad, por ronda de encuesta**

	Encuesta			
	Línea base	Segunda	Tercera	Cuarta
<b>Conocimiento</b>				
Cooperativas de Productores	8.60%	9.30%	11.20%	12.20%
ADESCO	55.70%	63.70%	74.80%	80.10%
ACES-CDE o asociaciones de padres de familia	36.60%	43.20%	62.80%	67.30%
Organizaciones de mujeres	7.90%	10.40%	16.20%	17.90%
<b>Participación</b>				
Cooperativas de Productores	2.6%	2.4%	2.2%	2.1%
ADESCO	11.6%	12.5%	11.9%	10.5%
ACES-CDE o asociaciones de padres de familia	8.1%	6.9%	7.7%	6.7%
Organizaciones de mujeres	1.7%	2.2%	3.3%	3.4%

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

Las cooperativas de productores eran escasas; solo 12.2% de los hogares reportaron que existían en sus comunidades para la cuarta encuesta. Las ADESCO, que eran bastante conocidas en la línea basal, aumentaron su mención llegando a 80% para la última encuesta. Consistente con los hallazgos del estudio cualitativo, los hogares están más enterados de organizaciones de padres de familia en las escuelas, y de organizaciones de mujeres; entre la línea basal y la cuarta encuesta, la mención de ambos tipos de organizaciones se duplicó.

Sin embargo, el porcentaje de hogares que indicaron que alguno de sus miembros participaban en alguna organización no cambió entre la línea basal y la cuarta encuesta, y las tasas de participación son bastante bajas; la más alta es la de los ADESCO, en el cual participan 10% de los hogares en la cuarta encuesta, tasa que no ha cambiado mucho desde la línea basal. No hay diferencias significativas en las tendencias entre grupos de municipios según su ingreso a *CSR*, lo que implica que el conocimiento de la existencia de comunidades crece en asociación con el programa, pero que no se puede afirmar que ese cambio es un impacto de *CSR*.

En conclusión, se encontró cuantitativamente que no se ha dado un aumento en la participación de los hogares en grupos comunitarios, pero sí que el conocimiento ha aumentado. Parte de este aumento ciertamente se debe a un fortalecido espíritu comunitario entre las mujeres, como un resultado natural de su participación en las capacitaciones asociadas con *CSR*. Mientras que los comités comunitarios pueden no funcionar en algunas comunidades; se encontró que casi la mitad de los hogares entrevistados en la encuesta final, ya reportan que conocían de su existencia.

#### **6.6.4. Resumen**

En resumen, no se encontró un aumento en la participación de los hogares en organizaciones comunitarias. Así, el porcentaje de hogares que indicaron que alguno de sus miembros participaba en alguna organización no cambió entre la línea basal y la cuarta encuesta. Aunque, el Programa contribuyó a fortalecer el tejido organizativo en las comunidades donde era muy débil.

Sin embargo, el Programa sí ha contribuido a una mayor participación de las mujeres. Por medio de las capacitaciones se ha logrado empoderar a las mujeres, mejorar su autoestima y hoy pueden expresarse con mayor seguridad en sus respectivas comunidades y hogares. Además, las madres beneficiarias del Programa colaboran más con la escuela y participan activamente en las reuniones.

En general, no se encontró evidencia que permita concluir si el programa ha fortalecido o no la conciencia sobre los derechos ciudadanos. Sin embargo, algunos entrevistados señalaron que el programa ha ayudado a fortalecer los derechos de la mujer y de los niños. Tampoco se encontró evidencia que permita concluir en general si el programa ha contribuido o no a la creación o fortalecimiento de organizaciones locales.

## 6.7. Consideraciones finales

En este capítulo se estudiaron los impactos de *CSR* desde una serie de diferentes perspectivas. Se discutió que el Programa ha tenido impactos cuantitativos importantes en la tasa de matrícula escolar, en un indicador de salud (prevalencia de diarrea), y en variables relacionadas con la salud materna y el ingreso de los hogares. Por otro lado, no se encontraron impactos en indicadores del estado nutricional de los niños pequeños. Además, se encontró que cuando los hogares están recibiendo transferencias, recibir adicionalmente inversión en servicios básicos tiene un impacto positivo en la prevalencia de diarrea de niños pequeños. Usando evidencia cualitativa, se muestra que los miembros de la comunidad perciben que las inversiones en agua y caminos son particularmente beneficiosas y han contribuido a los impactos obtenidos. También se encontró que la extensión de servicios de salud, a través de las brigadas médicas que llegaban a las comunidades, son efectivas y una herramienta bien utilizada para mejorar la disponibilidad de servicios de salud.

En las dos secciones finales, se estudiaron los efectos de las *CSR* en la diversificación del ingreso y en la participación ciudadana. Se mostró que mientras que las transferencias no han tenido un efecto en la diversificación del ingreso, hay evidencia que *CSR* ha tenido impacto en la habilidad de los hogares para hacerle frentes a *shocks* en sus ingresos. En términos de participación comunitaria, se encontró evidencia de progreso en conocimiento de las organizaciones, pero no en la participación. Se encontró que las madres están ahora más dispuestas a participar en grupos de mujeres, y que se ha mejorado la relación entre padres y maestros. Por otro lado, el programa, principalmente a través de su componente de capacitaciones, ha tenido impacto en el empoderamiento de las mujeres y en darles más seguridad en sí mismas, lo que es un resultado muy importante.

## **7. OBJETIVO 4: EVALUAR LA SOSTENIBILIDAD DE LOS RESULTADOS**

En este capítulo, se trata de evaluar la sostenibilidad de los impactos de *CSR* que se han documentado en los capítulos anteriores. Originalmente, el Programa permanecería en los municipios por tres años, por lo que para la fecha de la tercera encuesta, los municipios del Grupo 2, que ingresaron a *CSR* en 2006, ya no estarían recibiendo las TMC; sin embargo, esta regla fue cambiada, y el programa todavía está operando con todos sus componentes en todos los municipios. Por lo tanto, no será posible determinar la sostenibilidad de los impactos por medio de evaluar cómo cambian los indicadores cuando el programa salga de las comunidades. Entonces, en este capítulo se tratará de evaluar la sostenibilidad examinando la diferencia en los indicadores entre los hogares que, dentro de la muestra de las encuestas, todavía reciben TMC y los indicadores entre los hogares que tienen las características demográficas que los harían elegibles, pero que no las reciben pues no las cumplían en el momento del Censo de FISDL.

### **7.1. ¿Se mantiene el impacto del programa – más allá de la duración de las TMC?**

#### **7.1.1. Consideraciones iniciales**

Esta pregunta se basa en la idea que las transferencias asociadas a *CSR* fueron planeadas originalmente para que duraran tres años, y si eso hubiese ocurrido, los municipios del Grupo 2 ya no habrían estado recibiendo transferencias para la cuarta encuesta. Sin embargo, tal como se discutió en el capítulo 1, este aspecto del programa cambió, extendiendo la presencia del Programa *CSR* en todos los municipios. A la fecha, los hogares elegibles de los 100 municipios de *CSR* continúan recibiendo las TMC. Por lo tanto, no es posible observar si se hubieran dado cambios en los indicadores entre el período en que originalmente dejarían de recibir transferencias, lo que ocurriría en 2009, justo antes de la tercera encuesta, y 2010, al final de esta evaluación. Es decir, no es posible evaluar la sostenibilidad de la manera como se había propuesto al inicio de esta evaluación. Por lo tanto, es necesario buscar otra manera para evaluar la sostenibilidad, ya sea de los impactos del programa o del progreso más amplio que se ha producido en los indicadores a lo largo de la evaluación.

Como se comentó en el capítulo 4, una importante proporción de hogares tipo 1 (con niños menores de 3 años) no recibían transferencias en la tercera y cuarta encuestas, particularmente en los municipios de Grupo 2; estos resultados se presentan nuevamente en el cuadro 7.1.1. En la cuarta encuesta, solamente el 68.8% de hogares tipo 1 estaban recibiendo transferencias, y tal como se comentara anteriormente, la principal razón es porque se trata de hogares con mujeres que tuvieron su primer embarazo después de realizado el censo de FISDL, y por consiguiente, no se consideran elegibles para recibir las transferencias. Este hecho, de cierto modo proporciona una oportunidad para analizar las similitudes o diferencias entre los indicadores entre los hogares tipo 1 que reciben las transferencias y los que no las reciben. Al hacer esto se puede tener una idea de si los beneficios asociados con *CSR* son pasajeros o no.

**Cuadro 7.1.1. Hogares que reciben bonos, por grupo de ingreso a CSR (Porcentajes)**

Tipo de hogar y encuesta	Porcentaje total	Grupo de ingreso			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Tercera encuesta	75.2	56.1	77.7	80.6	81.7
Cuarta encuesta	68.8	55.7	74.3	71.3	71.8

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

Pero antes de continuar, vale la pena señalar que hay algunas diferencias entre los hogares tipo 1 que reciben y que no reciben las transferencias; en el cuadro 7.1.2 se presenta la comparación de algunas de las características principales. Los hogares que reciben transferencias tienen mayor probabilidad de cultivar la tierra por cuenta propia, tener más miembros, más hijos menores de 12 años, y es un poco más probable que una mujer sea la jefa del hogar. Ninguna de estas diferencias sorprende, ya que es más probable que las mujeres que han comenzado a tener hijos hasta después del censo de FISDL sean más jóvenes y estén teniendo su primer hijo (o segundo hijo en comunidades que ingresaron hace más tiempo a CSR). Por otro lado, los ingresos per cápita son más altos entre los hogares que no están recibiendo transferencias, pero esto se debe a las diferencias de tamaño de los hogares; pues, aun quitando el valor de las transferencias, el ingreso total de los hogares que las reciben es más alto. Debe señalarse que estos resultados podrían deberse a que la mayor parte de hogares tipo 1 que no reciben transferencias se encuentran en los municipios del Grupo 2, o a que son hogares más jóvenes.

**Cuadro 7.1.2. Diferencias entre los hogares tipo 1 que reciben y no reciben transferencias de CSR, tercera y cuarta encuesta**

Variable	Tercera encuesta		Cuarta encuesta	
	Reciben transferencias	No reciben transferencias	Reciben transferencias	No reciben transferencias
Cultivaron la tierra por cuenta propia en los 12 meses anteriores	77.7%	68.9%	78.8%	67.0%
Tamaño del hogar (personas)	6.08	4.23	6.25	4.43
Número de niños menores de 12 años en el hogar	2.68	1.21	2.72	1.30
La jefa del hogar es mujer	31.2%	24.6%	29.3%	26.2%
<i>Número de observaciones</i>	1,037	341	1,022	461

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

Una consideración adicional. Ya que se cuenta con una muestra suficientemente grande de hogares que no reciben transferencias del tipo 1, pero no hogares tipo 2 (con niños de 6 a 12 años), los análisis que se presentan en los apartados siguientes buscan entender si los resultados de salud, en particular, parecen ser sostenibles o no. Para fines de ilustración, al final del capítulo se presentan algunos resultados respecto a la tasa de matrícula en primaria, pero debe señalarse que es probable que los hogares tipo 2 no reciban el bono, porque ellos no cumplieron las corresponsabilidades, lo

cual significa que son inherentemente diferentes que los hogares que sí eligen cumplir las condiciones al enviar a sus hijos a la escuela.

### 7.1.2 Prevalencia de diarrea

Encontramos varias diferencias en la prevalencia de diarrea entre niños menores de 5 años en hogares que reciben y no reciben transferencias. En el cuadro 7.1.3 se muestra la diferencia en la prevalencia de diarrea entre niños menores de 5 años de edad por recepción de Transferencias de CSR, tanto en la tercera como en la cuarta ronda de encuestas. Los hogares que no reciben transferencias, en general, tienen una mayor prevalencia de diarrea que los hogares que reciben transferencias, independientemente de si esa diferencia es significativa o no. En la tercera encuesta, 9.7% de los niños de hogares que reciben bonos tuvieron diarrea, mientras que la tuvieron el 14.4% de los niños en hogares que no lo reciben; la diferencia se amplía en la cuarta encuesta (9.7% versus 18.6 %). La explicación más razonable para estos resultados es que los niños en hogares que no reciben transferencias de CSR son más jóvenes; en la tercera encuesta la diferencia en la edad promedio es de más de un año (1.16 años versus 2.36 años), y la diferencia es aún más grande en la cuarta encuesta (1.08 años versus 2.4 años)<sup>42</sup>. Como se muestra en el capítulo 5, los niños más pequeños son más susceptibles a la diarrea. Las madres podrían también estar aprendiendo técnicas de prevención de la diarrea en las capacitaciones. Si se considera que los impactos de CSR son más grandes en los niños más pequeños, al no incorporar al programa a los nuevos niños, se está dejando pasar la oportunidad de enseñarles a las madres más jóvenes acerca de la prevención de la diarrea.

**Cuadro 7.1.3. Proporción de niños menores de 5 años con diarrea en los últimos 15 días, en hogares que reciben y no reciben TMC, por ronda de encuesta**

Grupo de municipios	Tercera encuesta			Cuarta encuesta		
	Reciben TMC	No reciben TMC	p-valor	Reciben TMC	No reciben TMC	p-valor
Total	9.7	14.4	<b>0.011*</b>	9.7	18.6	<b>0.000*</b>
Grupo 2	7.3	13.3	<b>0.036*</b>	9.7	18.1	0.056
Grupo 3	10.3	18.2	<b>0.028*</b>	9.2	15.5	0.165
Grupo 4	9.7	15.1	0.149	8.8	19.0	<b>0.004*</b>
Grupo 5	10.3	13.7	0.936	11.4	22.1	<b>0.016*</b>

Notas \* denota significancia estadística a nivel de 5% o mayor. El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

También se trata de buscar evidencia acerca de si los impactos adicionales que se identificaron en la sección 6.2, al combinar la inversión en servicios básicos con las TMC, se mantienen a lo largo del tiempo, cuando posiblemente el efecto de la “novedad” del servicio ya podría haberse diluido. Para ello, se utilizará la muestra de hogares en cantones de los municipios del Grupo 2, que ingresaron a

<sup>42</sup> Las diferencias en edades encontradas en las dos encuestas son estadísticamente significativas al nivel de 1%.

CSR en 2007, separándolos en dos categorías. La primera agrupa a los cantones que se identificaron al inicio de la evaluación como que recibirían inversión de servicios básicos como parte del programa, y la segunda a todos los otros cantones.

En el cuadro 7.1.4 se examina el acceso de los hogares a agua limpia y a saneamiento básico, separando entre grupo de hogares en cantones que recibiría inversión en infraestructura de servicios básicos y los hogares en cantones que no la recibirían. En general, ambos grupos presentan una tendencia a mejorar en cobertura; también se observa que los hogares en cantones que recibirían la inversión tenían menores niveles de cobertura en la línea basal. Por ejemplo, la proporción de hogares que recibía agua todos los días era menor; también era menor la proporción que tenía acceso a inodoros o letrinas. Para la cuarta encuesta, no había cambiado mucho. Es más, los cantones que recibieron la intervención ahora tienden menos a recibir agua todos los días, y también es menor la proporción que dan tratamiento al agua. No obstante, sí tienen mayor disponibilidad de inodoros o letrinas. Sin embargo, estas estadísticas sugieren que ya no sería posible volver a encontrar impactos en indicadores como la prevalencia de diarrea, por lo menos con base en la hipótesis de que agua más limpia lleva a padecerla menos.

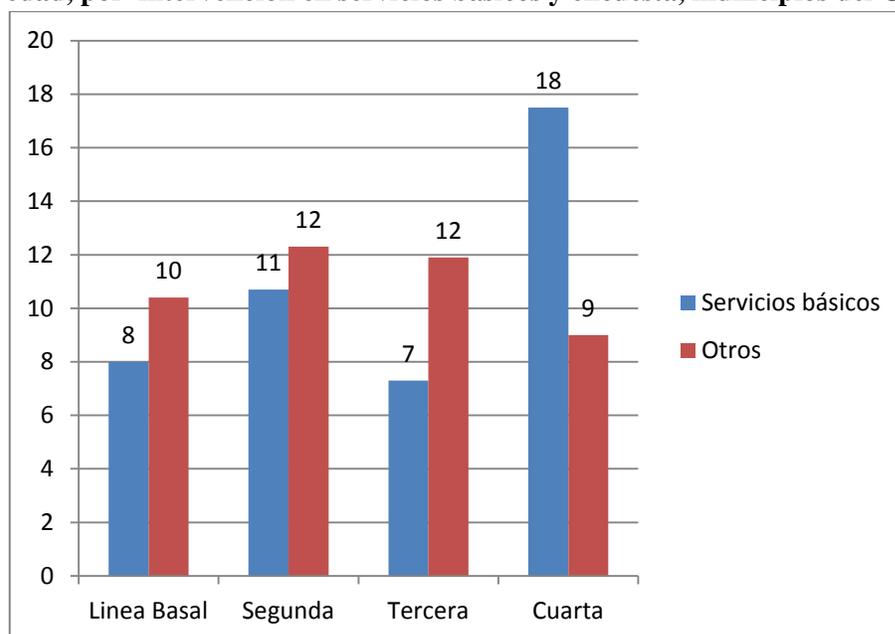
**Cuadro 7.1.4. Acceso de los hogares a agua por cañería, municipios del Grupo 2, por categoría de servicios básicos**

Indicador	Porcentaje total	Reciben inversión en servicios básicos	No servicios básicos
<b><i>Agua por cañería en vivienda o propiedad</i></b>			
Línea basal	62.8	61.3	64.5
Segunda encuesta	73.1	69.4	74.9
Tercera encuesta	70.2	66.0	75.6
Cuarta encuesta	75.3	72.9	78.2
<b><i>Agua por cañería, cualquier fuente</i></b>			
Línea basal	80.1	80.8	79.4
Segunda encuesta	86.2	88.2	83.7
Tercera encuesta	85.0	86.5	83.2
Cuarta encuesta	88.7	88.8	88.2
<b><i>Reciben agua todos los días</i></b>			
Línea basal	48.1	41.3	56.4
Segunda encuesta	54.0	47.1	62.5
Tercera encuesta	53.6	43.5	66.0
Cuarta encuesta	55.9	46.8	67.1
<b><i>Tratan el agua antes de consumirla</i></b>			
Línea basal	40.7	42.5	38.7
Segunda encuesta	60.1	60.0	60.4
Tercera encuesta	36.9	37.8	35.8
Cuarta encuesta	41.2	37.3	46.0
<b><i>Acceso a inodoro o letrina</i></b>			
Línea basal	79.3	78.5	80.5
Segunda encuesta	82.3	82.1	82.3
Tercera encuesta	83.3	83.1	83.9
Cuarta encuesta	87.0	88.0	85.8

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

Los resultados anteriores podrían limitar el impacto de los servicios básicos en la salud, especialmente en la prevalencia de diarrea. Para ilustrarlo, en la gráfica 7.1.1 se muestra la tendencia en la prevalencia de diarrea entre los niños menores de 5 años. Sorprendentemente, en los resultados de la cuarta encuesta, la prevalencia de diarrea es mucho más alta entre niños de los cantones que recibieron intervención de servicios básicos, 17.5%, que en los otros cantones, 9%. Este hallazgo es completamente opuesto a los encuestas anteriores y, por lo tanto, merece alguna explicación. Para intentar explicarlo, se estudian las respuestas respecto a las fuentes de agua y el saneamiento obtenidas en las diferentes rondas de encuestas, que se presentaron en el cuadro anterior.

**Gráfica 7.1.1. Prevalencia de diarrea en los últimos 15 días entre niños menores de 5 años de edad, por intervención en servicios básicos y encuesta, municipios del Grupo 2**



Nota: Grupo 2 se refiere a los municipios que ingresaron a CSR en 2006

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

A pesar que no se tiene una explicación definitiva para la prevalencia más alta de diarrea en la cuarta encuesta entre el grupo que recibió la intervención, hay tres posibles explicaciones. Primero, puesto que se ha visto cierto progreso en los indicadores de acceso a servicios básicos en ambos grupos de cantones, y no mejoras más grandes en los cantones que recibieron las intervenciones en relación con los otros cantones, el resultado de la cuarta encuesta puede ser una variación aleatoria. Segundo, podría ser que ya que la disponibilidad de agua potable es menor (en término de días a la semana que la reciben) la limpieza en general puede tener algunos obstáculos; en este caso, los resultados de la cuarta ronda serían más esperables que los de la segunda y tercera encuesta. Tercero, podría ser que las inversiones en agua potable no hayan recibido el mantenimiento apropiado.

En resumen, no se encuentra evidencia fuerte que la inversión en servicios básicos que se utilizó para identificar impactos resultara en mejoras en la salud en el largo plazo. Dicho esto, tanto aquí como en el capítulo 4, se encuentra evidencia que se han dado mejoras en el acceso a agua potable y saneamiento. Para que en el futuro se tengan mejores posibilidades de mejorar la salud, es necesario buscar la manera de asegurar que el agua esté disponible por más tiempo y que los sistemas reciban mantenimiento apropiado.

### 7.1.3. Proporción de embarazadas que reciben el número apropiado de controles prenatales

Al examinar la proporción de embarazadas que reciben el número apropiado de controles prenatales, se encuentra que, en general, no hay diferencias significativas entre las mujeres que reciben y no reciben transferencias (cuadro 7.1.5); las dos diferencias significativas que se encontraron van en direcciones opuestas. En 2010, durante la cuarta encuesta, para el Grupo 3, el 71.4% de embarazadas que reciben transferencias tuvieron el número apropiado de controles, en comparación con el 90.0% de las que no reciben transferencias. Esta diferencia puede ser explicada, al menos parcialmente, por la diferencia en las edades de las madres, en línea con el análisis acerca de las diferencias inherentes entre los hogares que reciben transferencias y los que no reciben transferencias. Por ejemplo, en la cuarta encuesta, la edad promedio de las embarazadas que reciben transferencias es 26.6 años, mientras que es de 21.5 años para las que no las reciben. Entonces, para resumir, en relación con los controles prenatales, no se encuentran diferencias significativas entre las mujeres que reciben o no reciben transferencias. Por lo tanto, CSR puede estar teniendo un efecto rebalse al cambiar las normas en la comunidad, especialmente entre mujeres más jóvenes, las que tienen más probabilidad de ser madres primerizas, las que estarían teniendo su primera experiencia en comunidades con mejor acceso a los servicios de salud prenatal.

**Cuadro 7.1.5. Porcentaje de embarazadas que reciben el número apropiado de controles prenatales por grupo de ingreso a CSR y hogares que reciben y no reciben TMC, por ronda de encuesta**

Grupo de municipios	Tercera encuesta			Cuarta encuesta		
	Reciben TMC	No reciben TMC	p-valor	Reciben TMC	No reciben TMC	p-valor
Total	77.6	77.4	0.965	79.3	78.9	0.926
Grupo 2	82.2	87.5	0.429	86.0	76.7	0.483
Grupo 3	69.7	74.2	0.672	71.4	90.0	<b>0.023*</b>
Grupo 4	74.0	76.2	0.818	80.0	78.9	0.907
Grupo 5	90.2	65.3	<b>0.010*</b>	82.7	74.2	0.393

Notas \* denota significancia estadística a nivel de 5% o mayor. El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

#### 7.1.4. Proporción de partos atendidos por personal calificado

Puesto que se identificaron impactos positivos de las transferencias en la proporción de partos atendidos por personal calificado, se hubiera podido esperar que los resultados entre las madres cuyos hogares reciben transferencias fueran más favorables. Sin embargo, como se muestra en el cuadro 7.1.6, particularmente para la cuarta encuesta, la proporción de partos atendidos por personal calificado es mayor entre las que no reciben transferencias. Al igual que para el caso de los controles prenatales, la edad de las madres puede explicar este hallazgo; las madres que reciben transferencias, en promedio, tienen 27.1 años, mientras que las que no las reciben tienen 21.7 años. En términos de sostenibilidad, los impactos no parecen estar siendo afectados por el hecho que las nuevas madres no están siendo incorporadas al programa; es más, en realidad parece que el programa está teniendo un efecto de rebalse positivo en las madres más jóvenes. Los impactos positivos que se describieron en el capítulo 5, sugieren que están cambiando las normas de la comunidad acerca de que los partos deben ser atendidos por personal calificado; por lo tanto, la mejora observada en este indicador, probablemente no se revertirá al terminar las transferencias monetarias asociadas con CSR.

**Cuadro 7.1.6. Porcentaje de partos atendidos por personal calificado, en hogares que reciben y no reciben TMC, por ronda de encuesta**

Grupo de municipios	Tercera encuesta			Cuarta encuesta		
	Reciben TMC	No reciben TMC	p-valor	Reciben TMC	No reciben TMC	p-valor
Total	83.5	89.1	0.087	83.6	93.2	<b>0.001*</b>
Grupo 2	93.5	88.0	0.473	80.4	92.1	0.088
Grupo 3	77.5	85.4	0.272	72.5	90.9	<b>0.000*</b>
Grupo 4	80.3	93.2	<b>0.014*</b>	93.0	95.4	0.569
Grupo 5	89.6	90.0	0.937	87.9	93.5	0.376

Notas \* denota significancia estadística a nivel de 5% o mayor. El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

#### 7.1.5. Proporción de niños menores de un año que reciben el número apropiado de controles de crecimiento y desarrollo

En general, al examinar la proporción de niños menores de un año que reciben el número apropiado de controles de crecimiento, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar los promedios de los hogares que reciben transferencias y de los que no las reciben (cuadro 7.1.7). Este hallazgo sugiere que el progreso observado en el indicador pareciera sostenible, ya que está ocurriendo en toda la comunidad y no sólo entre los hogares receptores de transferencias. Aunque no se puede asegurar categóricamente por medio de técnicas cuantitativas, los resultados de la investigación cualitativa sugieren que estos resultados pueden ser producto de las mejoras en la oferta de servicios de salud, especialmente por las brigadas de salud que llegan a

las propias comunidades, así como a la labor de los promotores de salud que llegan a las casas de las familias, como se comentó en el capítulo 6.

**Cuadro 7.1.7. Porcentaje de menores de un año que reciben el número apropiado de controles de crecimiento, en hogares que reciben y no reciben TMC, por ronda de encuesta**

Grupo de municipios	Tercera encuesta			Cuarta encuesta		
	Reciben TMC	No reciben TMC	p-valor	Reciben TMC	No reciben TMC	p-valor
Total	93.9	95.4	0.461	93.0	93.3	0.874
Grupo 2	89.3	92.3	0.623	93.2	90.2	0.449
Grupo 3	94.6	95.3	0.849	94.4	94.9	0.902
Grupo 4	96.1	98.0	0.488	91.3	94.6	0.336
Grupo 5	92.9	96.7	0.393	93.9	93.2	0.834

Nota: ninguna de las diferencias son estadísticamente significativas. El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

#### 7.1.6. Otros indicadores relacionados con la utilización de servicios de salud

##### *Cobertura con vacuna SPR en niños de 12 a 23 meses*

Como fue mostrado en el capítulo 5, no hay diferencias significativas entre receptores y no receptores respecto a si los niños de 12-23 meses de edad han recibido la vacuna SPR en la cuarta encuesta o no. Sin embargo, se observan solo incrementos pequeños en la tasa de vacunación de SPR. Así que no se esperaría que el pequeño incremento en la tasa de vacunación de SPR fuese revertido si el bono ya no es pagado.

Una posible explicación sería que durante la tercera y cuarta encuesta, muchos de los niños pudieran pertenecer a hogares que no son beneficiarios de CSR, tal como se discutió en la sección 4.1.1, por lo que podría ser que no sean llevados a controles de crecimiento con la frecuencia requerida, puesto que no son sujetos a corresponsabilidades. Para explorar esta posibilidad, se calculó por separado la cobertura entre los niños de hogares que reciben transferencias, y de hogares que no las reciben. Durante la tercera encuesta se encontró que los niños que recibían transferencias tenían más probabilidad de haber recibido la vacuna (cuadro 7.1.8). Sin embargo, para la cuarta encuesta esa diferencia ya no es significativa. Por lo tanto, la brecha que existía entre beneficiarios y no beneficiarios se había cerrado durante la última encuesta, cuando también se encontró que había aumentado la disponibilidad de la vacuna en los establecimientos de salud.

**Cuadro 7.1.8. Cobertura con SPR entre niños de 12 a 23 meses, en hogares que reciben y no reciben TMC, por ronda de encuesta**

Grupo de municipios	Tercera encuesta			Cuarta encuesta		
	Reciben TMC	No reciben TMC	p-valor	Reciben TMC	No reciben TMC	p-valor
Total	84.1	66.0	<b>0.001*</b>	85.7	87.7	0.534
Grupo 2	85.3	69.6	0.070	86.1	88.9	0.624
Grupo 3	90.2	71.4	0.027	90.3	86.1	0.515
Grupo 4	78.9	50.0	0.088	85.0	80.9	0.542
Grupo 5	84.3	61.5	0.219	86.2	91.5	0.460

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

**Uso de suplementos nutricionales (vitamina A, hierro y cinc) y desparasitantes**

Los resultados de las encuestas muestran diferencias entre los hogares que reciben y que no reciben las transferencias, en cuanto al uso de suplementos nutricionales para sus hijos pequeños, como se muestra en los cuadros del 7.1.9 al 7.1.11, pero sobre todo en el uso de desparasitantes (cuadro 7.1.12). Para este último indicador, en la tercera encuesta, el 47.4% de los niños menores de dos años en hogares que reciben transferencias recibieron desparasitantes, mientras que en los hogares sin transferencias el porcentaje se reduce al 23.8%. Para la cuarta encuesta, se acercan un poco, pero todavía son significativamente diferentes (48.5% y 37.1%, respectivamente). Los resultados que se muestran en esta sección indican que el hecho que las nuevas madres no estén siendo incorporadas a CSR está contribuyendo a que la cobertura de algunos de los servicios de salud sea menor; pero sobre todo, está llevando a que se pierda un poco de los ganados con las capacitaciones asociadas con CSR, al desaprovechar la oportunidad de promover entre esta población, los hábitos de buscar desde temprano los servicios de salud para sus hijos.

**Cuadro 7.1.9. Porcentaje de niños menores de dos años que recibieron suplementos de vitamina A en los últimos 6 meses, en hogares que reciben y no reciben TMC, por ronda de encuesta**

Grupo de municipios	Tercera encuesta			Cuarta encuesta		
	Reciben TMC	No reciben TMC	p-valor	Reciben TMC	No reciben TMC	p-valor
Total	77.6	68.8	<b>0.004*</b>	79.8	75.5	0.083
Grupo 2	86.8	77.1	0.126	85.5	76.7	0.054
Grupo 3	79.3	70.3	0.144	81.3	76.2	0.216
Grupo 4	73.5	57.1	<b>0.008*</b>	77.8	70.7	0.179
Grupo 5	76.9	65.2	0.080	82.2	74.5	0.138

Notas: \* Significativos a nivel de 5% o más alto. El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

**Cuadro 7.1.10. Porcentaje de niños menores de dos años que recibieron suplementos de cinc en los últimos 6 meses, en hogares que reciben y no reciben TMC, por ronda de encuesta**

Grupo de municipios	Tercera encuesta			Cuarta encuesta		
	Reciben	No reciben	p-valor	No reciben		
	TMC	TMC		Reciben TMC	TMC	p-valor
Total	73.7	61.8	<b>0.001*</b>	69.1	60.1	<b>0.003*</b>
Grupo 2	80.2	75.3	0.391	73.5	64.7	0.153
Grupo 3	74.6	53.1	<b>0.018*</b>	69.4	71.4	0.731
Grupo 4	71.3	52.9	<b>0.009*</b>	67.8	52.8	<b>0.002*</b>
Grupo 5	72.4	56.5	<b>0.040*</b>	67.3	52.1	<b>0.044*</b>

Notas: \* Significativos a nivel de 5% o más. El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

**Cuadro 7.1.11. Porcentaje de niños menores de dos años que recibieron suplementos de hierro en los últimos 6 meses, en hogares que reciben y no reciben TMC, por ronda de encuesta**

Grupo de municipios	Tercera encuesta			Cuarta encuesta		
	Reciben	No reciben	p-valor	No reciben		
	TMC	TMC		Reciben TMC	TMC	p-valor
Total	79.7	65.6	<b>0.000*</b>	70.2	63.9	<b>0.025*</b>
Grupo 2	82.4	81.0	0.761	75.5	64.7	<b>0.034*</b>
Grupo 3	79.9	50.0	<b>0.001*</b>	68.0	68.1	0.987
Grupo 4	78.2	61.4	<b>0.006*</b>	67.5	55.3	<b>0.021*</b>
Grupo 5	80.0	58.7	<b>0.013*</b>	72.4	70.2	0.731

Notas: \* Significativos a nivel de 5% o más alto. El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

**Cuadro 7.1.12. Porcentaje de niños menores de 2 años que recibieron desparasitantes en los seis meses anteriores, en hogares que reciben y no reciben TMC, por ronda de encuesta**

Grupo de municipios	Tercera encuesta			Cuarta encuesta		
	Reciben	No reciben	p-valor	No reciben		
	TMC	TMC		Reciben. TMC	TMC	p-valor
Total	47.4	23.8	<b>0.000*</b>	48.5	37.1	<b>0.000*</b>
Grupo 2	50.5	32.7	<b>0.006*</b>	53.0	48.2	0.407
Grupo 3	51.3	18.8	<b>0.000*</b>	51.9	40.7	0.078
Grupo 4	49.0	17.4	<b>0.000*</b>	43.8	27.9	<b>0.002*</b>
Grupo 5	38.6	20.0	<b>0.020*</b>	51.6	23.4	<b>0.000*</b>

Notas: \* Significativos a nivel de 5% o más alto. Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

### 7.1.7. Indicadores de nutrición

Entre los niños de menos de 3 años de edad, en realidad se encontró que los niños no receptores en promedio tienen puntajes TE-Z y PE-Z mucho más altos en la tercera encuesta que los niños en hogares que reciben transferencias, y puntajes más altos en la cuarta encuesta (cuadro 7.1.13). Se estimaron estadísticas que prueban que controlan por las diferencias en edad entre los dos grupos, y se encuentra que las diferencias son significativas en la tercera encuesta, tanto para los puntajes TE-Z como PE-Z, pero solamente para los puntajes PE-Z para la cuarta encuesta. Parte de esta diferencia podría ser en gran medida un efecto “primer hijo”, en el cual las familias pueden prestar más atención al crecimiento de su primer hijo que a otros hijos. No obstante, estas diferencias sugieren que aunque existe un impacto en la prevalencia de baja talla en el informe de segundo año, esos beneficios parecen sostenibles.

**Cuadro 7.1.13. Puntajes TE-Z y PE-Z en hogares que reciben y no reciben TMC, por ronda de encuesta**

	Tercera encuesta			Cuarta encuesta		
	Reciben TMC	No reciben TMC	P valor	Reciben TMC	No reciben TMC	P valor
Puntaje TE-Z	-1.12	-0.62	<b>0.001*</b>	-1.14	-0.95	0.173
Puntaje PE-Z	-0.49	-0.16	<b>0.003*</b>	-0.40	-0.20	<b>0.042*</b>
Número de observaciones	1,188	292		1,065	390	

Notas: p-valor controla por la diferencia en edades de los grupos utilizando regresiones no paramétricas.

\* Significativos a nivel de 5% o más alto

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

### 7.1.8. Tasa de matrícula de niños de 6 a 12 años de edad

Como se señaló anteriormente, es difícil medir la sostenibilidad relacionada con la matrícula escolar comparando los hogares que reciben transferencias con los que no las reciben, por dos razones. Primero, el número de hogares tipo 2 (con niños de 6 a 12 años) que no reciben transferencias es muy pequeño, y segundo, es muy probable que las familias no las reciben porque les fueron suspendidas precisamente por no haber cumplido con las responsabilidades de enviar a los niños a la escuela. De todas maneras, en este apartado se presentan algunas estadísticas que comparan ambos grupos. Como se observa en el cuadro 7.1.14, la tasa de matrícula entre los niños de 6 años como entre los de 7 a 12 años, son de 4 a 6 puntos porcentuales más altas entre los que reciben las transferencias. Con todo, las tasas de matrícula son bastante altas entre los que no reciben transferencias; además, el tamaño de la muestra de los niños de 6 años que no reciben transferencias es, en realidad, demasiado pequeña para que la diferencia en tasas sea estadísticamente significativa.

**Cuadro 7.1.14. Tasas de matrícula entre niños de 6 años y entre niños de 7 a 12 años, en hogares que reciben y no reciben transferencias, cuarta encuesta**

Grupo de edad	Reciben TMC	No reciben TMC
Niños de 6 años	99.0%	95.2%
Niños de 7 a 12 años	98.8%	93.0%

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

### 7.1.9. Resumen

En general, con respecto a los indicadores de salud, los resultados discutidos en esta sección muestran que los hogares que reciben y los que no reciben las transferencias, no presentan diferencias en los indicadores principales que no puedan ser explicadas por las diferencias demográficas entre los hogares. En realidad, para algunos indicadores, los hogares que no reciben transferencias tienen, incluso, mejores resultados, lo que implica o que las normas de conducta de la comunidad están cambiando, o que la mayor oferta de servicios de salud ha mejorado los resultados en estos municipios. Independientemente de cuál explicación sea la verdadera, se encuentra evidencia de que si *CSR* decidiera salir de las comunidades, es probable que se mantenga mucho del progreso observado en los resultados de salud.

Por otro lado, se encontró que las tasas de matrícula son un poco más altas entre los hogares que reciben las transferencias, pero es muy probable que esto se deba a que los hogares que no las reciben dejaron de enviar a sus hijos a la escuela. Con la información disponible, no se puede determinar el comportamiento de las tasas de matrícula en estos grupos de edades, si el programa sale de las comunidades; sin embargo, se considera que sería poco probable que la matrícula descendiera a niveles previos al programa, ya que era alta, para comenzar. Hay, no obstante, algunos indicadores que sugieren que sería poco probable que se reduzca la matrícula. Por una parte, muchos niños que estaban fuera del sistema han ingresado a él; por otra parte, la matrícula en parvularia ha aumentado, por lo que probablemente ellos se mantendrán dentro de la escuela.

### 7.2. ¿Se mantienen los impactos en el bienestar familiar cuando el programa sale de las comunidades? (Preg. 9 de TDR)

Esta pregunta se refiere a si los beneficios que se han observado continuarán una vez que los hogares dejen de recibir transferencias. Nuevamente, esta pregunta originalmente se había planteado puesto que las transferencias les serían entregadas a los hogares por un período finito de tres años nada más. Como se discutió en el capítulo 1, esto no ha ocurrido, por lo que no es posible evaluar claramente lo que pasaría con el bienestar de los hogares cuando *CSR* salga de sus comunidades. Por lo tanto, esta pregunta no podrá ser respondida directamente. La única manera como se pudiera tratar de responder esta pregunta es mediante la comparación de los hogares tipo 1 que reciben o que no reciben transferencias (principalmente porque el primer embarazo de las mujeres ocurrió después del censo de FISDL).

Sin embargo, como se señaló en la sección 7.1, los hogares que no reciben transferencias son claramente no comparables con los que las reciben. Los hogares que reciben transferencias tienden a ser más grandes, en promedio tienen un miembro más, y los jefes de familia tienden a ser mayores. Por lo tanto, se esperarían diferencias en sus indicadores puesto que, en general, los hogares de mayor edad tienden a haber alcanzado mayores niveles de bienestar, aunque tener más miembros afecta sus niveles de ingreso per cápita.

Como se esperaba, se encontró que el ingreso total de los hogares tipo 1 que reciben transferencias es más alto, pero su ingreso per cápita es más bajo, tanto en la tercera como en la cuarta encuesta (cuadro 7.2.1). En la tercera encuesta, el ingreso total era de \$2,098 para los beneficiarios y de \$1,686 para los que no lo son; la brecha se hizo más grande en la cuarta encuesta. El ingreso per cápita, por el contrario, es un poco más alto entre los no beneficiarios en ambas encuestas, resultado de que son hogares con menos miembros. Los ingresos totales de los hogares beneficiarios son más altos, aun cuando se excluye el valor de las transferencias, que es de alrededor de \$200 por año, en promedio.

**Cuadro 7.2.1. Ingreso total del hogar e ingreso per cápita, en hogares que reciben y no reciben TMC, entre hogares tipo 1 que reciben y no reciben transferencias, tercera y cuarta encuestas**

Indicador	Tercera encuesta		Cuarta encuesta	
	Reciben	No reciben	Reciben	No reciben
	TMC	TMC	TMC	TMC
Ingreso total anual del hogar, \$	2,098.6	1,686.1	2,274.9	1,588.8
Ingreso per cápita anual, \$	392.8	441.5	437.7	441.0
Número de fuentes de ingreso	1.69	1.49	1.62	1.43

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

En la sección 6.5 se encontró que los hogares con ingresos más diversificados tienden a tener ingresos con menor variabilidad. Como se presenta en el cuadro 7.2.1, tanto en la tercera como en la cuarta encuesta, los hogares que reciben transferencias tienen más fuentes de ingreso (sin incluir el bono). Además, puesto que hay evidencia que las transferencias parecen ayudar a los hogares que las reciben a enfrentar de mejor manera algunos tipos específicos de situaciones adversas, que de otra manera tendrían repercusiones mayores en sus ingresos, es posible que el nivel de bienestar en el mediano plazo sea mayor entre los hogares que reciben las transferencias.

Para resumir, se encontraron diferencias, las cuales podían ser anticipadas, en el ingreso de los hogares tipo 1 con o sin transferencias, y como consecuencia, es difícil concluir algo acerca de la sostenibilidad del bienestar, desde la perspectiva de ingreso, cuando *CSR* llegara a salir de las comunidades. Lo que sí se observa es que los hogares beneficiarios tienden a tener más fuentes de ingreso, lo que implica mayor diversificación y menor variabilidad, y por lo tanto, un mayor nivel de bienestar. Aún así, no sería posible atribuir con seguridad estas diferencias a *CSR*.

### **7.3. El programa ¿ha modificado efectivamente la actitud y comportamiento de las personas hacia el uso de servicios de salud y de las escuelas para sus hijos?**

#### **7.3.1. Educación**

De acuerdo con los resultados de la evaluación cualitativa del programa *CSR*, la mayoría de los beneficiarios siempre han tenido una actitud muy positiva respecto a la educación, pero el bono es un incentivo muy importante para elevar el compromiso de todos con ésta. Es difícil determinar si a través del programa *CSR* la valoración hacia la educación que muestran los beneficiarios es mayor a la que tenían anteriormente; ya que la mayoría de los informantes clave (beneficiarios y el personal de educación) coinciden en afirmar que la educación ha sido considerada muy importante todo el tiempo.

La mayoría de padres de familia y niños valoran muy positivamente la educación, y esta actitud es previa al programa. La mayoría de las beneficiarias hizo énfasis en su compromiso con la educación de sus hijos sin importar que recibiesen las transferencias *CSR* o no. Aunque algunas de estas informantes mencionaron que las transferencias les permitían mandar a sus hijos a la escuela (*“puede ser que tenga un puño de niños aunque quiera mandarlos todos no puede”* -Beneficiaria, Agua Fría), muchas más argumentaron que los padres de familia enviaban a sus hijos a la escuela porque tenían una actitud positiva hacia la educación y comprendían su importancia y valor. Sin embargo, *CSR* ha reforzado esta actitud y ha contribuido a crear un sentido de obligación de los padres para enviar a sus hijos a la escuela. Aunque este sentido de responsabilidad disminuye con los hijos que asisten a la secundaria. Los padres de familia a menudo usan lenguaje como ‘mi compromiso’ o ‘mi obligación’ cuando hablan de la responsabilidad que sienten hacia la educación de sus hijos.

Por otro lado, la investigación encontró que los beneficiarios reconocen que es ventajoso para sus hijos, contar con la posibilidad de obtener un nivel de escolaridad mayor que el de ellos. Para la mayoría de padres de familia, muchos de ellos analfabetos, la aspiración es que sus hijos aprendan a leer y escribir, y consigan buenos trabajos en el futuro. El deseo de una proporción considerable de padres de familia es que sus hijos completen, por lo menos, hasta el noveno grado. La evaluación cuantitativa reveló que, a partir de la implementación de *CSR*, el porcentaje de beneficiarios que desea que sus hijos completen el tercer ciclo aumentó de 17.87% (línea base) a 20.88% (cuarta encuesta); y, el porcentaje que desea que sus hijos completen el bachillerato, aumentó de 43.54% a 48.15% (cuadro 7.3.1).

**Cuadro 7.3.1. Nivel hasta el que los padres desean que sus hijos estudien, por ronda de encuestas, porcentaje de estudiantes menores de 18 años**

Nivel educativo	Línea basal	Segunda encuesta	Tercera encuesta	Cuarta encuesta
Primaria	4.6	4.5	3.4	4.4
Tercer ciclo	17.9	21.2	21.9	20.9
Bachillerato	43.5	42.6	46.6	48.2
Superior	29.9	27.9	25.7	25.9
Otro	1.0	1.6	0.6	0.7
No sabe/ no responde	3.1	2.5	1.8	0.0
Número de observaciones	5,298	5,579	5,299	5,603

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

La aspiración de que los hijos logren mayores niveles de escolaridad que los padres, se debe, en parte, al efecto que ejerce el bono en la motivación y el sentido de responsabilidad de las personas hacia la educación. La mayoría de los informantes claves y los padres beneficiados coinciden en afirmar que las TMC han contribuido a aumentar la inscripción y la asistencia. El temor a perder el incentivo monetario ciertamente obliga a los padres de familia a prestar mayor atención hacia la educación de sus hijos; y, además, los incentiva a relacionarse más con los maestros y asistir regularmente a la “Escuela de Padres y Madres”<sup>43</sup>. Es muy probable que esa mayor participación y acercamiento de los padres de familia con la escuela no sólo eleve sus expectativas hacia la educación de sus hijos, sino también genere una mayor disposición a aprovechar cualquier incentivo adicional que contribuya hacia ese objetivo. Es posible que estas actitudes positivas sean fortalecidas gracias a las capacitaciones que traten temas relacionados con la educación y el bienestar de los hijos que son impartidas a través de otros componentes de *CSR*.

Sin embargo, existen algunas familias (relativamente pocas) cuyos niños no mantienen buen nivel de asistencia o, incluso, quienes dejan de estudiar una vez terminado el sexto grado. Este problema se vuelve más grave según la edad de los niños: los jóvenes de primaria faltan menos que sus hermanos mayores. Este fenómeno puede explicarse por varias razones que interactúan entre ellas, entre las cuales se destacan las siguientes: en primer lugar, es posible que la inasistencia a la escuela sea producto de una combinación de actitudes (de padres e hijos) no muy positivas: algunos adolescentes no quieren seguir estudiando más allá de sexto grado y sus padres no les obligan. Éste podría ser el caso de niñas adolescentes que quedan embarazadas prematuramente y varios jóvenes que optan por trabajar para llevar ingresos al hogar o desean emigrar.

Y, en segundo lugar, la precaria situación económica de las familias constituye un obstáculo para que los niños continúen sus estudios más allá del sexto grado o, en algunos casos, afecte la asistencia regular a clases. Esto último es el caso de algunos niños y jóvenes que se ven obligados a

<sup>43</sup> Todas las escuelas públicas tienen la obligación de implementar la “Escuela para Padres y Madres” cuya finalidad es acercar a los padres de familia a la escuela y orientarlos sobre cómo apoyar la educación de sus hijos desde el hogar. Este programa es anterior a *CSR*.

trabajar tempranamente para apoyar a sus padres. En algunos hogares, mientras los varones suelen trabajar en la milpa, las niñas se dedican a hacer tareas del hogar. Normalmente, trabajan por media jornada y pierden clases o por la mañana o por la tarde. Además de perder clases, el problema principal de los niños que trabajan es que se encuentran más cansados y tienden a ausentarse de la escuela. Es difícil saber cuál es el grado de dependencia de estos ingresos, o bien qué tan variable es el costo de oportunidad de la educación para los hogares en las zonas rurales en extrema pobreza. Lo interesante es que muchos padres de familia señalan, que aunque mandar a los niños a la escuela les cuesta caro, su compromiso con la educación les hace esforzarse para que les alcance el dinero. No es de extrañar, entonces, que la mayoría de los beneficiarios tienda a afirmar que harían el esfuerzo de seguir mandando a sus hijos a la escuela, aun cuando tengan dificultades para cubrir los costos de la educación.

En síntesis, el programa *CSR* ha fortalecido las actitudes positivas y el comportamiento de las personas hacia el uso de las escuelas para sus hijos. Este resultado puede contribuir a asegurar la sostenibilidad de algunos impactos del programa a lo largo del tiempo, siempre y cuando se mantengan los esfuerzos gubernamentales para ampliar gradualmente el acceso a servicios de educación que sean de calidad, entre otras acciones orientadas a mejorar las condiciones de vida de las comunidades rurales y los hogares en situación de pobreza.

### **7.3.2. Salud**

De acuerdo con los informantes clave, el impacto del componente de salud de *CSR* ha logrado influir en forma permanente en las comunidades, y algunos de sus beneficios perdurarán más allá de la duración del programa. En primer lugar, las intervenciones (vacunación, disminución de la desnutrición infantil, vigilancia del crecimiento a través de controles de niño sano) sobre los niños menores de cinco años darán como resultado una generación menos vulnerable ante las enfermedades. En segundo lugar, la información transmitida a través de las capacitaciones en temas de salud trasciende la duración del programa, de manera que aun cuando el programa finalice, los beneficiarios sabrán cómo cuidar su salud y la de sus niños, estarán más atentos a los síntomas de enfermedades y pondrán en práctica lo aprendido. Por otro lado, algunos informantes opinan que la asistencia a controles de niño sano se ha vuelto un hábito que se mantendrá. Además, los niños están absorbiendo las nuevas prácticas de salud y nutrición adoptadas por sus padres, lo cual se espera tenga impacto sobre su comportamiento futuro.

Las capacitaciones en temas de salud, nutrición e higiene son una fuente valiosa de información que trasciende la duración del Programa, tienen el potencial de cambiar la actitud de los beneficiarios hacia la salud y que pueden tener un efecto multiplicador en la medida que trasciendan de generación en generación. Esta afirmación es respaldada por los informantes clave entrevistados en el estudio cualitativo, quienes manifestaron que cuando el Programa finalice, los beneficiarios van a saber cómo cuidar su salud y la de los niños, van a estar más atentos ante los síntomas de enfermedad, y en su opinión, la mayoría aplicará lo aprendido a través de las capacitaciones.

También, la labor de concientización desarrollada por los promotores en las visitas a los hogares ha sido clave en el aumento de la demanda por estos servicios.

En los resultados discutidos en la sección 7.1, se encuentra evidencia que confirman los hallazgos cualitativos: las normas de conducta de la comunidad están cambiando.

### **7.3.3. Empoderamiento de las mujeres**

El Programa ha contribuido por medio de las capacitaciones a empoderar a las mujeres, mejorar su autoestima y expresarse con mayor seguridad en sus respectivas comunidades y hogares. Las capacitaciones les han ayudado a las mujeres a “despertar”, como dijo una informante clave del área de salud. Además les ha reforzado su compromiso con la educación de sus hijos y su activa participación en las actividades de la escuela. Estos cambios o reforzamientos en las actitudes de las mujeres son muy importantes por su rol en el hogar, y esto podría influir en mantener en el tiempo los cambios introducidos por el Programa.

### **7.4. ¿Se mantendrán las intervenciones del lado de la oferta (es decir, infraestructura fortalecida, proveer la escuela y servicios de salud) después de que termine el Programa?**

No fue posible evaluar directamente si las intervenciones del lado de la oferta se mantendrán después de terminado el programa, puesto que continúa funcionando al momento de terminar esta evaluación.

Es bastante seguro considerar que la mayor disponibilidad de servicios de educación y salud que se ha observado a lo largo de los 40 meses que duró este estudio, y que se mencionan en el capítulo 4, se mantendrán, puesto que claramente dependen de los Ministerios de Educación y de Salud. No se esperaría que una vez que el gobierno decida suspender *CSR*, esos servicios serían nuevamente reducidos.

Por otro lado, puesto que la mayoría de intervenciones relacionadas con las vías de acceso y con el agua no dependen de una sola institución, y que la mayor parte de estas intervenciones se dieron en los municipios de pobreza extrema severa, tal vez se pueden identificar algunos aspectos que señalen si éstas se mantienen después de algunos años de estar funcionando.

En el capítulo 4 se mostró que el acceso a agua y saneamiento, en general, había tendido a aumentar entre la línea basal y la cuarta encuesta; también se señaló que en algunos casos, la cobertura pareciera haber retrocedido en la cuarta encuesta en algunos grupos de municipios, lo que podría indicar que las inversiones que se hicieron no están recibiendo el mantenimiento requerido. Por ejemplo, como se observa en el cuadro 7.4.1, durante la cuarta encuesta se encontró que todas las unidades de salud cuentan con algún sistema de agua potable, incluyendo pozos y aguas lluvias, pero que, sin embargo, la disponibilidad de agua por cañería tendió a disminuir levemente, pasando de 93.8% en la línea basal a 89.5% durante la cuarta encuesta, posiblemente por problemas de

mantenimiento de los sistemas de agua en los municipios del grupo 4, puesto que la disponibilidad en los otros grupos se mantiene sin cambio, siendo incluso del 100% en los municipios del grupo 2.

**Cuadro 7.4.1 Disponibilidad de agua por cañería en los establecimientos de salud y en los hogares, por años de ingreso a CSR. Porcentajes**

Indicador	Porcentaje total	Año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b>Unidades de salud</b>					
Línea basal	93.8	100.0	81.8	100.0	92.8
Tercera encuesta	96.4	100.0	92.3	100.0	100.0
Cuarta encuesta	89.5	100.0	81.8	86.7	90.1
<b>Hogares</b>					
Línea basal	48.5	63.4	45.2	43.1	46.9
Segunda encuesta	50.6	73.1	45.6	42.0	46.4
Tercera encuesta	54.3	70.2	48.5	46.3	66.2
Cuarta encuesta	57.7	73.7	51.4	49.7	58.9

Notas: Para Las unidades de salud, la información es a nivel de establecimiento de salud. El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES a los establecimientos de salud

Similarmente entre los hogares, la cobertura con agua por cañería también aumentó. Sin embargo, llama la atención que entre los hogares del grupo 5, la cobertura aumentó entre la segunda y la tercera encuesta, pero luego se redujo nuevamente en la cuarta; nuevamente, esto podría ser resultado del poco mantenimiento de los sistemas de agua potable. Esto parece ser confirmado por observaciones cualitativas: en La Cuchilla, una empleada de la ONG que brinda servicios de salud observó que lamentablemente a pesar de la garantía de parte de la empresa, el mantenimiento del equipo de agua potable dependía mucho del esfuerzo de la comunidad.

En cuanto a las vías de acceso entre las comunidades y las escuelas, también se encuentra alguna evidencia que apunta a problemas con la sostenibilidad de buen funcionamiento de las inversiones. En general, en el cuadro 7.4.2 se observa que el porcentaje de comunidades de la muestra, todas rurales, que tienen vías de acceso buenas o regulares, tanto hacia las escuelas como hacia las unidades de salud ha tendido a disminuir; siendo además notable que el porcentaje menor se da entre los municipios del grupo 2, que ingresaron a CSR en 2006 y pertenecen al grupo de pobreza extrema severa, que es donde se ha concentrado más la inversión en infraestructura; nuevamente, podría estarse evidenciando problemas con el mantenimiento de las inversiones.

En resumen, ya hay indicios que sugieren que las inversiones en infraestructura podrían no mantenerse fortalecidas, a menos que se establezcan mecanismo para asegurar que se les dé el mantenimiento apropiado.

**Cuadro 7.4.2. Vías de acceso buenas o regulares entre la comunidad y la Unidad de Salud y la escuela primaria más cercana**

Indicador	Total	Año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<i><b>Hacia la Unidad de Salud</b></i>					
Línea basal	64.3	48.2	64.4	71.7	69.3
Tercera encuesta	60.3	65.3	60.3	60.5	55.1
Cuarta encuesta	54.5	45.8	58.1	52.0	63.0
<i><b>Hacia la escuela primaria más</b></i>					
Línea basal	53.7	44.6	59.3	60.3	48.3
Tercera encuesta	59.0	61.2	55.5	59.2	61.2
Cuarta encuesta	53.2	50.0	51.6	52.0	60.9

Nota: la información es a nivel comunidad. El número de observaciones es de 255 para la línea basal y de 237 para la tercera encuesta y 231 para la cuarta. El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

## 8. RESUMEN DE LOS HALLAZGOS PRINCIPALES

En este apartado se presentan los principales hallazgos relacionados con los cuatro objetivos centrales de esta evaluación de impacto del Programa CSR: la focalización, la eficiencia en la implementación, los impactos de las transferencias monetarias condicionadas y la sostenibilidad de los resultados. A continuación se detallan los hallazgos en cada uno de los objetivos.

### 8.1. Objetivo uno. Evaluación de la focalización de CSR

El Programa ha utilizado mayormente la focalización categórica, pero hay también un elemento de evaluación en las áreas urbanas. El componente principal de la focalización categórica ocurrió antes del inicio del programa; solamente son considerados elegibles los 100 municipios de pobreza extrema severa y alta, identificados según el Mapa de Pobreza<sup>44</sup>.

El segundo componente se lleva a cabo mediante una focalización de grupo. Solamente se consideraron beneficiarios potenciales los hogares con niños menores de 15 años (en las comunidades que ingresaron al programa entre 2005 y 2007) o menores de 18 años (en comunidades que ingresaron en 2008 ó 2009) que no hubieran completado la primaria, o los hogares con mujeres embarazadas en el momento del censo de CSR. Los otros hogares pobres en esas comunidades no son elegibles para las transferencias; por ejemplo, hogares compuestos solamente por personas de edad avanzada que pudieran ser muy pobres, no son elegibles.

El siguiente nivel de focalización es geográfico. En las áreas rurales de los 100 municipios y en las áreas urbanas de los 32 municipios de pobreza extrema severa, todos los hogares que cumplían con los requisitos demográficos fueron considerados elegibles para el programa, sin importar su nivel de ingreso. En las áreas urbanas de los municipios de pobreza extrema alta, se administró una prueba de variables próximas (PMT, por sus siglas en inglés) para determinar si sus ingresos proyectados eran lo suficientemente bajos para necesitar las transferencias. Un PMT inicial fue administrado en los municipios que ingresaron en 2007, y un PMT modificado se administró a partir de 2008.

Los únicos hogares que se consideran elegibles para recibir los bonos, son los que cumplían con las características demográficas en el momento cuando se realizó el censo, por lo que se incorporaron al Programa cuando su municipio comenzó a recibir las TMC. Los hogares que adquirieron posteriormente al momento del censo alguna de las características que los harían elegibles, por ejemplo, un embarazo por una nueva madre, no son incorporados para recibir las TMC.

Para medir el desempeño de los mecanismos de focalización de programas sociales, es común medir los errores de inclusión (fugas) y los errores de exclusión (subcobertura). Las fugas ocurren cuando personas u hogares que no son pobres reciben beneficios de un programa, y la subcobertura ocurre cuando personas u hogares que son pobres no reciben los beneficios de un programa. El Programa tiene implícito en su diseño ambos tipos de errores: en las áreas rurales de los 100 municipios y en las urbanas de los 32 en pobreza extrema severa, al ser elegibles todos los hogares,

---

<sup>44</sup> En el anexo B se presenta la lista de los 100 municipios participantes de CSR

se incluyen también a los que no son pobres. Por otro lado, los hogares que son pobres que no habitan en alguno de los 100 municipios de CSR son excluidos; también están excluidos los hogares pobres en los 100 municipios que no cumplen con las condiciones demográficas requeridas. Además, algunos errores adicionales, tanto de inclusión como de exclusión ocurren debido a la aplicación del PMT para seleccionar a los hogares en las áreas urbanas de los municipios de pobreza extrema alta.

Se encontraron tasas de fugas de 26.2% en las áreas rurales y 23.7% en las áreas urbanas. Estas tasas de fuga son razonables, pues el mecanismo de focalización explícitamente las permite. En cuanto a la subcobertura, en el área rural la tasa es de 21.5%, de los cuales todos son hogares con ingresos menores que la línea de pobreza, pero que no califican para la focalización demográfica. En las áreas urbanas, la subcobertura es de 30.4%, la que se reduce a 11.1% cuando se limita la muestra a los hogares que cumplen con los requisitos demográficos. En general, la focalización de CSR es muy sencilla y muy buena; está basada grandemente en categorías geográficas y demográficas; y esta focalización claramente le sirve bien a CSR.

A pesar que se pudiera considerar que las fugas son relativamente altas, se encuentra que de acuerdo con un índice que es comparable entre países, CSR es uno de los programas mejor focalizados en América Latina. Cuando se toma el 20% más bajo de la distribución del ingreso, CSR tiene un índice CGH<sup>45</sup> de 2.94, que es superado solo por Bolsa Familia en Brasil y por el programa SUF en Chile. Estas estadísticas confirman que los más pobres en El Salvador habitan mayormente en las áreas rurales y que la focalización geográfica y demográfica ha funcionado bien.

Sin embargo, CSR no tiene un mecanismo para incorporar a las nuevas madres, por lo que la proporción de niños pequeños que habitan en los municipios cubiertos por el Programa, principalmente los que ingresaron hace más tiempo, ha ido descendiendo constantemente. Aunque al momento esto no ha resultado en un deterioro de los indicadores de focalización, esto podría suceder en la medida que haya más hogares con niños pequeños que no sean elegibles para los beneficios.

## **8.2. Objetivo dos: Evaluar la eficiencia de la implementación del Programa**

Los resultados de un programa pueden estar influenciados por la manera como éste es implementado, y en el caso de CSR, que tiene entre sus objetivos principales mejorar la educación, salud y nutrición de la población más pobre, también pueden estar influenciados por aspectos relacionados con la oferta de los servicios de educación y salud en los municipios estudiados. Con el propósito de buscar elementos que puedan ayudar a ilustrar o a comprender mejor los resultados y los impactos encontrados, se discuten aspectos relacionados con la implementación general del

---

<sup>45</sup> Coady, Grosh y Hoddinott (2004) desarrollaron un índice (conocido como el índice Coady-Grosh-Hoddinott, o CGH) que puede ser utilizado con facilidad para realizar comparaciones entre programas y entre países. El índice CGH es el porcentaje de beneficios que reciben los hogares que se ubican por debajo de un punto específico en la distribución de ingreso. Usualmente se calcula el índice CGH para el 10, 20, o tal vez el 40% de la distribución de ingreso; sin embargo, las cifras para el 20% están disponibles para programas de la mayor cantidad de países.

Programa. También se discuten aspectos relacionados con la oferta de servicios de salud y educación, y se comenta la percepción y experiencias de los beneficiarios e implementadores del programa.

### 8.2.1. Intervenciones del Eje 1

A través de las TMC, se pretende estimular la demanda de servicios de educación y salud, para lograr los objetivos trazados por el programa en términos de mejorar la educación, salud y nutrición de los hogares. El programa contempla que los hogares tengan un acompañamiento por medio de promotores, y que reciban cursos de capacitación para la vida, así como un programa de alfabetización de adultos. Además, busca potenciar la demanda de las familias para los servicios de salud y educación, a través de las intervenciones del lado de la oferta, mediante el fortalecimiento de los servicios de educación y salud y mediante la provisión de infraestructura básica.

#### *Transferencias monetarias condicionadas*

En las comunidades en las que el Programa ya lleva funcionando algún tiempo, la proporción de hogares que reciben las transferencias ha ido declinado. Durante la cuarta encuesta, solamente el 69% de los hogares de la muestra los recibían, aunque todos tenían las características demográficas que los harían elegibles (cuadro 8.2.1). Sin embargo, no parece que la razón principal sea que los hogares estén perdiendo los beneficios por no cumplir las corresponsabilidades; parece deberse más a que los hogares no han sido inscritos por varias razones, incluyendo que cuando llegó el programa al municipio no cumplían con los criterios de elegibilidad. La mayoría de los que no reciben transferencias lo atribuyen a que los embarazos de las mujeres del hogar ocurrieron después de la realización del censo; sin embargo, también hay un porcentaje importante de hogares, 17.4% en la cuarta encuesta, que todavía no saben por qué no reciben transferencias. Tampoco es claro para todas las personas los requisitos para pertenecer al Programa, por ejemplo, por qué se excluyeron a los hogares pobres situados en los cascos urbanos, o por qué hay montos diferentes de los bonos.

**Cuadro 8.2.1. Porcentaje de los hogares de la muestra que reciben las transferencias monetarias condicionadas, por tipo de hogar.**

Tipo de hogar y encuesta	Grupo de ingreso a CSR				
	Total	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b>Hogares que reciben transferencias (%)</b>					
<i>Hogares tipo 1 (niños menores de 3 años)</i>					
Línea basal	96.3	93.6	98.8		
Segunda encuesta	91.3	84.1	92.8	95.1	
Tercera encuesta	75.2	56.1	77.7	80.6	81.7
Cuarta encuesta	68.8	55.7	74.3	71.3	71.8
<i>Hogares tipo 2 (niños de 6 a 12 años)</i>					
Línea basal	97.8	97.5	98.2		
Segunda encuesta	96.2	96.2	97.8	95.1	
Tercera encuesta	92.9	93.6	94.0	91.1	93.7
Cuarta encuesta	95.7	95.2	94.6	96.7	96.0

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

Por otro lado, el Programa sí ha logrado que las beneficiarias conozcan sus corresponsabilidades. En general, las beneficiarias no sólo entienden las condicionalidades para recibir la transferencia monetaria, sino que también les parecen correctas o adecuadas. Además, las mujeres saben que deben cumplir con las corresponsabilidades y están de acuerdo con los descuentos en caso de incumplimiento.

Dado que el bono se entrega en efectivo, es importante señalar que el dinero tiene una característica importante: es fungible o, en otra palabra, intercambiable. Así, los dólares que reciben las beneficiarias de este programa pueden usarse para comprar diferentes cosas: leche, medicinas, golosinas, gaseosas, zapatos, teléfono, insumos para el negocio familiar, etc. Por ejemplo, una madre de familia en Pueblo Viejo respondió así en referencia al dinero que recibe del bono: “*Sí, como hay veces que yo no hago venta esos días y ya el dinero queda aparte, a veces agarro dinero para hacer la venta, a veces no tengo para invertir, ya de ahí mismo agarro, pero yo siempre ya lo voy poniendo...*” (EC.PuebloViejo.HR.M). Esta respuesta muestra claramente que el dinero es fungible, es decir, sirve para diferentes usos.

Más aún, este bono se suma al ingreso familiar para financiar así las diversas necesidades del hogar. Así, al preguntar sobre los rubros en los que gastan normalmente el bono, los gastos de alimentos son la respuesta más común, tanto en la tercera como en la cuarta encuesta; el porcentaje de hogares que reportaron ese gasto pasó de 89.9% en la tercera encuesta a 95.2% en la cuarta. Otras categorías son los gastos escolares, excluyendo uniforme y transporte (33.9% en 2009 y 27.6% en 2010), los gastos en medicinas y otros relacionados con la salud (20.0% y 16.9% en 2009 en comparación con 23.8% y 12.3% en 2010) y otros gastos del hogar (9.2% en 2009 y 10.2% en 2010).

Lo importante es que el monto del bono sirva como un incentivo efectivo para que los hogares cumplan con llevar a sus hijos a los servicios de educación y salud. En este sentido, los resultados del estudio cualitativo muestran que este objetivo se cumple en *CSR*.

Desde una perspectiva programática, es importante saber la proporción de beneficiarias que no recibe transferencias, y entender si la falta de pagos refleja problemas con la implementación, o con la conducta del hogar. De los hogares que han tenido descuentos en sus bonos, la mayoría lo atribuye a las faltas de asistencia de los niños a la escuela; muy pocos hogares indican que los descuentos se deben a corresponsabilidades relacionadas con salud.

### ***Acompañamiento a las familias beneficiarias***

El acompañamiento a las familias beneficiarias es clave en la operación del Programa; ésta se lleva a cabo mediante la contratación de ONG de acompañamiento familiar. Se observó que el tipo de actividades y la calidad del desempeño es bastante homogéneo entre los diferentes municipios; esto es producto de que todas las ONG se rigen por contratos con términos de referencia similares, lo que garantiza que el Programa funcione con, por lo menos, unos estándares mínimos establecidos en todos los municipios donde está presente.

Generalmente, las beneficiarias tienen percepciones positivas de los promotores de las ONG, quienes, además de ser la cara visible del Programa, son reconocidos como apoyos fundamentales para el buen funcionamiento del Programa y para lograr el cumplimiento de las corresponsabilidades.

El personal de las ONG, en algunos casos, expresaron quejas sobre las pocas oportunidades de comunicarse con personal del FISDL; sin embargo, la comunicación entre las ONG y el FISDL ha mejorado con la nueva administración. No obstante, persisten los problemas por parte de las ONG de seguimiento para obtener información de las escuelas y de los establecimientos de salud. Por ejemplo, hay problemas para contar con listados de asistencia escolar actualizados y con los documentos que justifican las ausencias.

### *Cursos de capacitación para la vida*

Otro componente importante lo constituyen las capacitaciones que se imparten a las beneficiarias. La mayor parte de los temas son entendidos por las participantes, lo que es facilitado por los métodos y materiales que son utilizados. Las titulares valoran lo aprendido en temas de salud, educación, derechos de los niños y relaciones sociales; no están satisfechas con el cambio en la frecuencia de las capacitaciones, la que originalmente era de una vez por mes, pero a partir de 2010 se ha reducido a una vez cada dos meses.

Las capacitaciones son vistas por las beneficiarias como una corresponsabilidad, aunque no lo sean. Prácticamente el ciento por ciento de las titulares entrevistadas en las encuestas cuantitativas han participado, por lo menos, en una sesión desde que se incorporaron al Programa; sin embargo, la participación en las sesiones de capacitación ha tendido a disminuir, puesto que el porcentaje que reportó asistir en el último mes se redujo de 75% en la tercera encuesta a 65% en la cuarta (cuadro 8.2.2).

**Cuadro 8.2.2. Porcentaje de beneficiarias que participaron en una capacitación en el mes anterior, por ronda de encuesta**

Encuesta	Grupo de ingreso a CSR				
	Total	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Tercera encuesta	74.9	66.7	77.3	76.8	77.1
Cuarta encuesta	64.7	58.3	68.5	64.0	67.9

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

### *Comité Municipal de Coordinación y Comités Comunitarios*

La primera fase de investigación de campo del estudio cualitativo que se llevó a cabo a mediados de 2009, reveló que en las seis comunidades estudiadas no existía ningún comité comunitario (CC), formado específicamente para el CSR, que estuviera funcionando. En la segunda fase de la

investigación cualitativa, que se llevó a cabo en 2010, se identificaron avances significativos en la presencia de estos comités. Se observó que se ha hecho un esfuerzo de parte de CSR, FISDL y las ONG de acompañamiento familiar, por incrementar la participación ciudadana en el ámbito local. El nivel de involucramiento de los CC varía según la comunidad y hay distintas percepciones entre los líderes de ONG y FISDL y los miembros del CC en cuanto a sus roles y efectividad. No obstante lo anterior, en general, hay un nivel bajo de conocimiento de los CC entre las beneficiarias.

La mayoría de las beneficiarias desconocen la figura del Comité Municipal de Coordinación (CMC) y sus funciones, a pesar de que en esta instancia se discuten casos concretos de familias atendidas por el programa. Algunas personas confunden el CMC con el concejo municipal, que es conformado por el gobierno municipal y presidido por el alcalde, y dado que en este último todos los miembros pertenecen al mismo partido político del alcalde, esto despierta desconfianza en las personas, sobre todo si no simpatizan con dicho partido. En la mayoría de las comunidades atendidas por el Programa hay representantes de la comunidad en el CMC; sin embargo, las beneficiarias no saben quiénes son, ni tampoco el trabajo que realizan. Por ello es importante mejorar la representatividad del Comité Municipal de Coordinación y la comunicación de su trabajo a las beneficiarias.

### **8.2.2. Intervenciones del Eje 2**

CSR busca potenciar la demanda de las familias para los servicios de salud y educación, a través de las intervenciones del lado de la oferta, mediante el fortalecimiento de los servicios de educación y salud y mediante la provisión de infraestructura básica. Además, como parte del Eje 2, el Programa busca dotar de servicios de agua, alumbrado y saneamiento básico al 100% de escuelas y unidades y casas de salud, además de mejorar la electrificación rural y los caminos rurales, principalmente los que llevan a los centros escolares y a los establecimientos de salud.

#### ***Servicios de educación***

Para mejorar el acceso de los servicios de educación, se estableció Redes Escolares Efectivas, es un programa que integra en un solo grupo una cantidad limitada de centros educativos que se encuentran en una misma zona geográfica, con el fin de ofrecer a niños y jóvenes la oportunidad de completar la educación básica bajo un mismo modelo pedagógico y con un sistema administrativo coordinado. Para el momento de iniciar esta evaluación, ya estaban funcionando estas redes escolares en todos los municipios de la muestra.

La mayoría de escuelas tiene una infraestructura básica mínima que le permite funcionar y ha tendido a mejorar en el transcurso del tiempo. El porcentaje de escuelas con electricidad aumentó de 87.4% en la línea basal a 93.8%; y, todas las escuelas cuentan con algún sistema de agua potable y saneamiento (cuadro 8.2.3). Sin embargo, en los municipios de CSR, solo el 59% de las vías de acceso desde las comunidades rurales hacia la escuela primaria más cercana están en condiciones buenas o regulares.

**Cuadro 8.2.3. Cobertura de las intervenciones del Eje 2 relacionadas con las escuelas primarias**

<i>Indicador</i>	Promedio total	Grupo de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b><i>Agua por cañería (%)</i></b>					
Línea basal	73.8	76.2	53.7	81.5	79.1
Tercera encuesta	81.1	89.2	65.2	79.7	94.7
Cuarta encuesta	83.9	94.6	71.1	79.4	97.5
<b><i>Acceso a tazas conectadas a alcantarilla o fosas (%)</i></b>					
Línea basal	53.7	44.6	59.3	60.3	48.3
Tercera encuesta	59.0	61.2	55.5	59.2	61.2
Cuarta encuesta	66.3	70.3	57.8	72.1	65.9
<b><i>Acceso a electricidad (%)</i></b>					
Línea basal	87.4	88.1	80.5	89.2	80.7
Tercera encuesta	91.5	94.6	86.9	89.8	97.3
Cuarta encuesta	93.8	94.4	86.7	95.6	97.6
<b><i>Vías de acceso en condiciones buenas o regulares (%)</i></b>					
Línea basal	53.7	44.6	59.3	60.3	48.3
Tercera encuesta	59.0	61.2	55.5	59.2	61.2
Cuarta encuesta	53.2	50.0	51.6	52.0	60.9

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES a escuelas primarias y a las comunidades.

La disponibilidad de recursos que facilitan los procesos de aprendizaje en las escuelas ha mejorado, pero es insuficiente para cubrir la demanda. Sólo el 63.21% del total de escuelas en la muestra cuenta con más de la mitad de los pupitres en buen estado. Este porcentaje alcanzó el 77.08% cuando se refirió a las pizarras. Además, el insumo que más falta hace son los libros de texto, ya que apenas el 35.23% de las escuelas cuenta la mayoría de las veces con este recurso.

Además de resolver los problemas de infraestructura y recursos, otro desafío que enfrentan las escuelas en los municipios de CSR es aumentar la eficiencia interna de la educación. La tasa de repetición en primer grado continua siendo alta y cercana al 17%. Este resultado puede deberse a problemas de sobreedad, insuficiente apresto y baja calidad en la enseñanza. Además, en muchas escuelas rurales, el primer grado se ofrece en aulas multigrado con maestros que tienen pocos años de experiencia en las aulas y con muchas limitaciones de recursos – especialmente libros de texto.

Un hallazgo interesante es que la percepción de los beneficiarios acerca de la calidad de los servicios de educación no concuerda con las carencias que existen en las escuelas públicas rurales, porque miden la calidad considerando otros criterios. De acuerdo con los resultados de la evaluación cualitativa, para los hogares los servicios educativos son de calidad si la escuela está siempre abierta y los maestros no faltan a clase, son amables y tratan bien a los estudiantes.

Los hogares beneficiarios están satisfechos con la calidad del servicio de educación y piensan que el reto principal es lograr que sus hijos continúen estudiando hasta completar el bachillerato. Las familias consideran que la escuela de su comunidad es de gran beneficio, pero en varios cantones

ésta no ofrece servicios más allá del sexto o noveno grado y los estudiantes deben matricularse en otra escuela, usualmente distante, si desean seguir estudiando. Al respecto, algunos padres de familia sugieren aumentar la oferta de grados que se ofrecen en la escuela local u ofrecer algún tipo de apoyo económico adicional a los estudiantes que necesitan trasladarse a una institución educativa fuera del cantón, para continuar el noveno grado o completar su bachillerato.

### ***Servicios de salud***

Similar al caso de las escuelas, todas las unidades de salud cuentan con algún sistema de agua potable; sin embargo, la disponibilidad de agua por cañería tendió a disminuir levemente, pasando de 93.8% en la línea basal a 89.5%, posiblemente por problemas de mantenimiento de los sistemas de agua en los municipios del Grupo 4 (que ingresaron a CSR a inicios de 2008), puesto que la disponibilidad en los otros grupos se mantiene sin cambio, siendo incluso del 100% en los municipios del Grupo 2. En cuanto a saneamiento, el acceso a este servicio en las unidades de salud es y ha sido en todo el período, casi universal; solamente algunas del Grupo 2 indicaron no contar con este servicio, siendo la cobertura del 91%; en este caso, llama la atención que durante la línea basal, estos establecimientos habían reportado disponer del servicio, lo que podría apuntar a problemas con el mantenimiento de los sistemas.

Por otra parte, el 100% de las unidades de salud reportaron contar con el servicios en todas las rondas de encuestas. Finalmente, apenas un poco más de la mitad de las comunidades de la encuesta cuentan con caminos en condiciones buenas o regulares hasta la unidad de salud (cuadro 8.2.4).

**Cuadro 8.2.4. Cobertura de las intervenciones del Eje 2 relacionadas con los establecimientos de salud**

<i>Indicador</i>	Promedio total	Grupo de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b><i>Municipios con brigadas móviles de salud (%)</i></b>					
Línea basal	72.7	77.8	100.0	57.1	66.7
Tercera encuesta	97.8	100.0	100.0	100.0	92.3
Cuarta encuesta					
Antes de julio 2010	95.8	90.9	100.0	100.0	90.9
Después de julio 2010	66.7	45.5	63.6	66.7	90.9
<b><i>Agua por cañería para uso de pacientes (%)</i></b>					
Línea basal	93.8	100.0	81.8	100.0	92.8
Tercera encuesta	96.4	100.0	92.3	100.0	100.0
Cuarta encuesta	89.5	100.0	81.8	86.7	90.1
<b><i>Acceso a tazas conectadas a alcantarilla o fosas (%)</i></b>					
Línea basal	91.3	100.0	88.9	92.9	84.6
Tercera encuesta	92.0	90.9	100.0	86.7	92.3
Cuarta encuesta	93.8	90.9	100.0	93.3	90.9
<b><i>Vías de acceso en condiciones buenas o regulares (%)</i></b>					
Línea basal	64.3	48.2	64.4	71.7	69.3
Tercera encuesta	60.3	65.3	60.3	60.5	55.1
Cuarta encuesta	54.5	45.8	58.1	52.0	63.0

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES a los establecimientos de salud y a las comunidades.

Para facilitar el acceso a los servicios de salud en las áreas rurales, mediante la reducción de barreras relacionadas con las distancias, se creó el programa de Extensión de Servicios de Salud, que funciona a través de brigadas médicas que llegarían a los cantones por lo menos una vez al mes. Esta estrategia se llevaba a cabo mediante dos modalidades: contratación de ONG como proveedores del servicio y mediante la formación de equipos médicos móviles del Ministerio de Salud. Esta estrategia sufrió modificaciones importantes a partir de julio de 2010; a partir de esa fecha, se suspendieron los contratos con las ONG y las brigadas fueron absorbidas por la modalidad institucional. Adicionalmente, en algunos municipios, las brigadas fueron sustituidas por Equipos Comunitarios de Salud Familiar (ECOS Familiar), los que tendrían su sede en los cantones céntricos en casas de la salud o casas comunales.

Antes de continuar, es importante resaltar que la cuarta ronda de encuestas se llevó a cabo apenas un par de meses después de iniciado el proceso de instalación de los ECOS Familiares; en los cuestionarios aplicados se incluyeron algunas preguntas al respecto. Sin embargo, esta evaluación de impacto considera todo el período estudiado, a partir de finales de 2007 hasta 2010; por lo tanto, los resultados aquí presentados, pero sobre todo, los impactos en los indicadores de salud que se describen en los capítulos 5 y 6, no deben considerarse como una evaluación de la nueva estrategia. Para poder conocer los resultados de los nuevos ECOS Familiares, es necesaria una evaluación de impacto diferente cuando haya transcurrido tiempo suficiente.

Debido a los cambios institucionales relacionadas con la atención a las comunidades rurales, en la encuesta a los establecimientos de salud se investigó la situación antes de julio y a partir de esa fecha; se han incluido ambos resultados. La disponibilidad de equipos móviles aumentó desde aproximadamente 73% en la línea basal, a 96% en la cuarta encuesta, antes de julio; este porcentaje se redujo a 67% después de cambiar la estrategia; la reducción es más marcada en los municipios del Grupo 2, que ingresaron a CSR en 2007. Aunque es muy pronto para detectar los impactos potenciales en la reducción de equipos móviles, sí se observó que aumentó el número de comunidades atendidas por cada equipo, que antes de julio era, en promedio, de 8.7 y pasó a 12.7. Esto tiene implicaciones no sólo por la entrega de servicios y el aumento de costos para los establecimientos, sino también porque se necesitarían esfuerzos mayores de coordinación requeridos, y el mayor número de población que deben atender.

La extensión de servicios de salud, por medio de las brigadas médicas en los cantones, logró aumentar la participación. Los costos de transporte y tiempo en que deben incurrir las beneficiarias para ir a la unidad de salud desalientan en ciertos casos su participación. Por ello, las brigadas médicas que llegan a las comunidades resultaron en una estrategia exitosa para fomentar los controles de crecimiento del niño y de vacunación.

En general, las beneficiarias expresaron su satisfacción con las brigadas médicas y decían que así no hay excusas para no cumplir con las corresponsabilidades. Este punto es importante, porque el acercamiento de los servicios de salud significa una reducción en los costos de transacción de las

beneficiarias para obtener la transferencia monetaria y, además, reduce la probabilidad de un descuento por incumplimiento con los controles preventivos.

Por medio del estudio cualitativo, se pudo observar la calidad de los servicios de salud prestados por las unidades de salud y de brigadas médicas. Aunque el Ministerio de Salud ha hecho un esfuerzo para garantizar el acceso a la “oferta básica de servicios de salud” (aumentando recursos y revisando directrices), las observaciones señalan que se requieren mayores esfuerzos para garantizar la equidad en la atención de calidad. En algunas comunidades, los establecimientos enfrentan escasez de recursos (personal y equipo médico, medicamentos y suministros de oficina) para asegurar la calidad de los servicios. El déficit de personal en las unidades de salud pone una presión adicional que afecta la calidad del servicio, el cumplimiento de programas y satura las funciones de los trabajadores que allí laboran.

Con respecto a la disponibilidad y suministro de vacunas en las unidades de salud, durante la cuarta encuesta se encontraron mejoras sustanciales. Por ejemplo, la disponibilidad de la vacuna BCG pasó de solamente 2% de los establecimientos en 2007, a 54% en 2009 y cobertura completa en 2010. La disponibilidad de vacunas SPR aumentó también entre la tercera y cuarta encuestas.

Los sistemas de información de salud necesitan mejorarse. En los establecimientos de salud se usan una gama de mecanismos para registrar las consultas relacionadas con el cuidado prenatal y los controles de crecimiento y desarrollo. Así, se encontró que no ha mejorado el uso de formularios estándar entre la línea basal y la cuarta ronda de encuesta.

A través de observaciones estructuradas a los establecimientos de salud y los resultados cuantitativos, se pudo observar que en términos generales, los usuarios se encuentran satisfechos con estos servicios y en su opinión han mejorado, principalmente con la llegada de CSR. Los beneficiarios están especialmente satisfechos con los servicios proporcionados por las brigadas. Sin embargo, se identificaron algunas limitaciones en el estudio cualitativo; por ejemplo, en la mayoría de las comunidades se quejaron de las grandes distancias que deben recorrer para llegar a las unidades. Otro aspecto con el cual los entrevistados manifestaron descontento fue el desabastecimiento de medicamentos que sufren las unidades de salud, pues en ese caso no reciben la medicina apropiada. La mayoría de madres entrevistadas opinan que reciben un buen servicio en los controles de crecimiento; sin embargo, algunos padres se quejaron porque el trato que reciben no siempre es igual, en ocasiones el personal de las unidades de salud no está de buen humor o las explicaciones que reciben son limitadas.

### **8.3. Objetivo tres. Evaluar el impacto del Programa**

Los resultados presentados muestran que se ha producido importante progreso en la mayoría de los indicadores principales que se han incluido en esta evaluación. En esta sección, se comentan los resultados más relevantes obtenidos del componente cuantitativo, haciendo énfasis en los impactos de las TMC, los que se complementan con algunas lecciones aprendidas por medio del estudio cualitativo, que ayudan a ubicar los impactos en un contexto más amplio.

### 8.3.1. Impacto en los indicadores de educación

En general, se encontró que el Programa ha tenido impactos cuantitativos importantes en los indicadores de educación.

Se observaron aumentos importantes en la tasa de matrícula de niños de 4 a 6 años; usando los datos del Censo de Población de 2007, se pudo identificar un impacto de *CSR* de 19.7 puntos porcentuales en la tasa de matrícula de niños de 6 años; muchos de ellos se están matriculando en parvularia, y es menos probable que los niños que tienen apresto preescolar repitan el primer grado.

Las tasas de matrícula para niños de 7 a 12 años, es decir, en edad de escuela primaria, ya eran bastante altas, sobre el 95%, en todos los municipios de la muestra antes de su ingreso a *CSR*. Sin embargo, los esfuerzos del programa para garantizar que todos los niños estén en la escuela han dado fruto. El impacto del Programa se observa en la tasa de matrícula el año escolar siguiente después de comenzar a recibir las TMC, puesto que hasta entonces la corresponsabilidad es exigida; este patrón se observó en todos los grupos de municipios. Por lo tanto, no sorprende que, al usar dos tipos de datos diferentes, se encontraron impactos significativos en este indicador. Utilizando los datos de las encuestas de evaluación, se encontró un impacto positivo de 5.2 puntos porcentuales, y con los datos del VI Censo de Población de 2007, se estimó un impacto de 3.7 puntos porcentuales.

En general, las tasas de repetición de primer grado no han cambiado mucho en el transcurso de las cuatro encuestas de evaluación, sin embargo, esta tendencia esconde un patrón interesante. Los resultados descriptivos que se presentaron en el capítulo 5 del informe, muestran que *CSR* ha tenido éxito en atraer a los niños que estaban fuera del sistema, por lo que en el año siguiente al ingreso al Programa, la proporción de niños de 9 a 12 años matriculados en primer grado, aumentó. Puesto que estos niños no han tenido el apresto necesario, tiene probabilidades altas de repetir el grado. Esto explica, en parte, el patrón observado en la tasa de repetición de primer grado en todos los grupos de municipios. Puesto que el primer año en el que las corresponsabilidades son exigidas aumenta la matrícula, el denominador del indicador aumenta, por lo que la tasa disminuye, pues el numerador permanece igual. Luego, al tener mayor probabilidad de repetir el grado los niños mayores que ingresaron al sistema, la tasa de repetición aumenta en el segundo año. Sin embargo, una vez que estos niños pasan al siguiente grado, la tasa de repetición que se alcanza es menor a la original. Esto se confirma con los datos, en los que la tasa de repetición ha descendido drásticamente en los dos grupos de municipios que han estado en el Programa por un período más largo.

Aunque las tasas de matrícula para niños en edad de escuela primaria son muy buenas, una pregunta sin resolver es si los recursos habrían sido mejor gastados al enfocarse en la matrícula en tercer ciclo. No se encontraron impactos en la matrícula más allá de la primaria, y se observó que las tasas caen en séptimo, octavo y noveno grado. Si las transferencias fuesen condicionales hasta la

matrícula en noveno grado, se podría observar incrementos mucho mayores en la tasa global de matrícula.

A continuación se presenta un resumen de la evolución observada en los indicadores principales de educación (cuadro 8.3.1) y un resumen de los impactos identificados (cuadro 8.3.2).

**Cuadro 8.3.1. Estadísticas descriptivas de los indicadores principales de educación**

<i>Indicador</i>	Grupo de ingreso a CSR				
	Total	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b><i>Tasa de repetición, primer grado (%)</i></b>					
Línea basal	18.6	14.2	23.0	20.5	13.2
Segunda encuesta	17.1	19.2	15.7	17.9	14.5
Tercera encuesta	18.7	17.2	18.6	17.3	18.7
Cuarta encuesta	16.9	10.7	12.5	22.0	18.9
<b><i>Matrícula de niños de 7 a 12 años (%)</i></b>					
Línea basal	95.5	98.7	94.9	94.2	95.4
Segunda encuesta	96.2	98.9	98.6	94.2	94.2
Tercera encuesta	97.9	98.9	97.8	97.2	98.3
Cuarta encuesta	98.5	98.5	98.8	98.5	98.2

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008. Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

**Cuadro 8.3.2. Resumen de impactos de las TMC en los indicadores principales de educación**

Indicador	Comparaciones: Tratamiento/ Control	Encuestas	Impacto estimado*	Método	Comentarios
Tasa de repetición, primer grado	Grupo 3/ Grupo 4	Segunda, tercera	5.3 pp negativos	MCO	
	Grupo 3/ Grupo 4	Línea basal, tercera	8.7 pp negativos (relativo)	MCO, RLL	La mayoría de otras comparaciones no son significativas
	Grupo 2/ Grupo 3	Todas	5.2 pp positivos	MCO	No se estimaron impactos relativos adicionales
Tasa de matrícula, 7 a 12 años	Grupo 2/ Grupo 3	Censo	3.7 pp positivos	MCO	Ancho de banda más angosto

\* Se reporta el impacto estimado utilizando las observaciones dentro de un ancho de banda intermedio alrededor del umbral. Para la tasa de repetición se utiliza un ancho de banda angosto.

Notas: pp se refiere a puntos porcentuales; MCO se refiere al método de estimación de Mínimos Cuadrados Ordinarios, utilizando un *kernel* uniforme; RLL se refiere al método de estimación de Regresión Lineal Local. El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008.

Fuente: Informe de impactos al año de implementación (IFPRI-FUSADES 2009) e Informe de impactos a los dos años de implementación (IFPRI-FUSADES 2010).

### 2.3.2. Impactos en los indicadores de salud materna

La evidencia en los impactos en los indicadores relacionados con la salud materna es mixta. Se encontraron impactos positivos en la proporción de partos atendidos por personal calificado y en la proporción de partos en hospitales. Para ambos indicadores, se le puede atribuir a CSR un impacto de 13 puntos porcentuales.

Por otro lado, la proporción de embarazadas que reciben el número adecuado de controles prenatales antes del parto, que deben ser cinco según lo requieren las normas del Ministerio de Salud, no mostró cambio alguno en el período entre las cuatro encuestas; el impacto estimado es negativo, pero no es estadísticamente significativo al incluir en la estimación variables de características individuales o del hogar. Además, se observó que las mujeres que no cumplen con el número requerido de controles prenatales, tienden a recibir cuatro de los cinco controles recomendados, y que esto se ha mantenido también sin cambio. También se trató de identificar impactos en la proporción de madres que reciben cuidados posnatales, pero no se pudieron identificar impactos asociados con las TMC.

A continuación se presenta un resumen de la evolución observada en los indicadores principales de salud materna (cuadro 8.3.3) y un resumen de los impactos identificados (cuadro 8.3.4).

**Cuadro 8.3.3. Estadísticas descriptivas de los indicadores principales de salud materna**

<i>Indicador</i>	Grupo de ingreso a CSR				
	Total	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b><i>Partos atendidos por personal calificado (%)</i></b>					
Línea basal	72.7	77.2	63.8	71.3	79.7
Segunda encuesta	76.8	80.6	71.4	74.6	80.5
Tercera encuesta	85.5	90.6	80.2	83.9	89.7
Cuarta encuesta	87.2	85.1	78.4	93.9	90.2
<b><i>Mujeres inscritas en controles prenatales (%)</i></b>					
Línea basal	98.1	96.4	97.5	100.0	96.8
Segunda encuesta	97.5	97.8	98.8	95.9	97.9
Tercera encuesta	98.9	100.0	98.9	98.5	98.7
Cuarta encuesta	99.4	98.6	100.0	100.0	98.9
<b><i>Mujeres con número apropiado de controles prenatales (%)</i></b>					
Línea basal	79.3	79.5	80.6	76.8	81.2
Segunda encuesta	78.8	79.1	72.9	76.6	86.0
Tercera encuesta	79.3	82.7	73.0	77.1	82.3
Cuarta encuesta	79.2	82.2	75.9	79.6	79.3

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES.

**Cuadro 8.3.4. Resumen de impactos de las TMC en los indicadores principales de salud materna**

Indicador	Muestras	Encuestas	Impacto estimado*	Método	Comentarios
Mujeres con número apropiado de controles prenatal	Grupo 2, Grupo 3	línea basal, segunda	10.4 pp negativos	MCO	Estimado en primer informe; solamente es significativo en algunas especificaciones. No es estadísticamente significativo al incluir en la estimación variables de características individuales o del hogar
Partos atendidos por personal calificado	Grupo 2, Grupo 3	línea basal, segunda	13.1 pp positivos	MCO	Estimado en primer informe. Se identificaron impactos aún más robustos al incluir en la estimación variables de características individuales o del hogar. También se identificaron impactos muy robustos para los partos

\* Se reporta el impacto estimado utilizando las observaciones dentro de un ancho de banda intermedio alrededor del umbral.

Notas: pp se refiere a puntos porcentuales; MCO se refiere al método de estimación de Mínimos Cuadrados Ordinarios, utilizando un *kernel* uniforme. Los municipios se han agrupado según el año en que ingresaron a CSR. El Grupo 2 lo forman los municipios que ingresaron en 2006; el Grupo 3, los que ingresaron en 2007.

Fuente: Informes de impacto al año y a los dos años (IFPRI-FUSADES, 2009 y 2010)

### 8.3.3. Indicadores de impacto en los indicadores de salud infantil

La evidencia sobre los impactos en los indicadores de utilización de los servicios, relacionados con niños pequeños, es también mixta. Por un lado, se identificaron impactos positivos de las transferencias asociadas con CSR en la prevalencia de diarrea. Además, para este indicador se encontraron impactos de combinar las intervenciones en servicios básicos con las TMC, al comparar cantones en municipios del Grupo 2 que habían recibido este tipo de intervenciones y otros cantones de los mismos municipios que no las habían recibido. Se encuentra que la adición de los servicios básicos disminuye entre 6.0 y 6.3 puntos porcentuales el porcentaje de niños menores de 5 años que han tenido diarrea.

Se observó que la proporción de niños menores de un año que han recibido el número apropiado de controles de crecimiento para su edad aumentó entre la primera y cuarta encuesta. Se encontró que los niños tienen 10 puntos porcentuales más de probabilidad de recibir un número adecuado de controles de crecimiento, como resultado de las transferencias asociadas con CSR.

En cuanto a la cobertura con vacuna SPR entre niños entre 12 y 23 meses, aumentó en el período estudiado, pero este aumento no pudo ser atribuido a las transferencias asociadas con CSR; probablemente se deba a que entre la tercera y cuarta encuesta se dio una mejora en la disponibilidad de la vacuna en las unidades de salud. Por lo tanto, no se identificaron impactos en la cobertura de la vacuna SPR.

A continuación se presenta un resumen de la evolución observada en los indicadores principales de salud infantil (cuadro 8.3.5) y un resumen de los impactos identificados (cuadro 8.3.6).

**Cuadro 8.3.5. Estadísticas descriptivas de los indicadores principales de salud infantil**

<i>Indicador</i>	Grupo de ingreso a CSR				
	Total	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<i>Prevalencia de diarrea, últimos 15 días (menores de 5 años) (%)</i>					
Línea basal	11.4	9.3	11.7	12.6	11.3
Segunda encuesta	12.1	11.7	12.3	10.5	14.4
Tercera encuesta	10.4	9.1	11.3	10.3	10.7
Cuarta encuesta	11.4	12.2	10.2	10.5	13.2
<i>Cobertura con SPR, 12 a 23 meses de edad (%)</i>					
Línea basal	73.6	81.8	82.2	64.8	72.1
Segunda encuesta	79.2	81.0	81.9	80.7	73.3
Tercera encuesta	81.1	79.3	87.4	76.6	82.0
Cuarta encuesta	86.2	87.3	87.1	81.9	90.2
<i>Niños con número apropiado de controles de crecimiento (menores de 1 año, %)</i>					
Línea basal	74.9	73.6	71.1	78.5	72.9
Segunda encuesta	90.9	93.2	90.9	88.9	90.8
Tercera encuesta	94.4	90.7	94.7	96.6	93.9
Cuarta encuesta	93.1	91.9	94.6	92.5	93.6

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

**Cuadro 8.3.6. Resumen de impactos de las TMC en los indicadores principales de salud infantil** Resumen de impactos de las TMC en los indicadores principales de salud y utilización de los servicios de salud

Indicador	Muestras	Encuestas	Impacto estimado*	Método	Comentarios
Prevalencia de diarrea, últimos 15 días (menores de 5 años)	Grupo 4, Grupo 5	línea basal, segunda	3.9 pp negativos	RLL	8.5 pp negativo entre los niños menores de 2 años
Niños con número apropiado de controles de crecimiento (menores de 1 año)	Grupo 3, Grupo 4	Todos	10 pp positivos	MCO, RLL	Cobertura ya alta en municipios con o sin TMC
	Grupo 4, Grupo 5	Todos	Ninguno	MCO, RLL	
Cobertura con SPR, 12 a 23 meses de edad	Grupo 3, Grupo 4	Segunda, tercera	Ninguno	MCO, RLL	

\* Se reporta el impacto estimado utilizando las observaciones dentro de un ancho de banda intermedio alrededor del umbral.

Notas: pp se refiere a puntos porcentuales; MCO se refiere al método de estimación de Mínimos Cuadrados Ordinarios, utilizando un *kernel* uniforme; RLL se refiere al método de estimación de Regresión Lineal Local. Los municipios se han agrupado según el año en que ingresaron a CSR. El Grupo 2 lo forman los municipios que ingresaron en 2006; el Grupo 3, los que ingresaron en 2007; el Grupo 4, los que ingresaron más temprano en 2008; y el Grupo 5 los que ingresaron más tarde en 2008, pero que originalmente estaba planificado que ingresaran en 2009. Fuente: Informes de impacto al año y a los dos años (IFPRI-FUSADES, 2009 y 2010).

### 8.3.4. Impactos en los indicadores de nutrición infantil

No se observó ningún cambio significativo en la prevalencia de desnutrición (peso para edad) ni en la prevalencia de retardo en talla, por lo que no hay mucha base para encontrar impactos de las transferencias asociadas con CSR; en otras palabras, no se observó mucho progreso en términos de descenso de la prevalencia de bajo peso o de retardo en talla. Por lo tanto, no sorprende que no se encontraran impactos en la prevalencia de bajo peso.

Por otra parte, se encontró un impacto positivo de 11 puntos porcentuales en la prevalencia de retardo en talla cuando se compararon niños en el Grupo 2 con el Grupo 3, usando la encuesta de línea basal y la segunda encuesta, los puntajes TE-Z promedio disminuyeron drásticamente entre las dos encuestas y como resultado, los hallazgos parecen implicar que las transferencias ayudaron a mitigar los efectos de los crecientes precios de alimentos en la nutrición de niños pequeños. Este impacto es bastante grande, pero las tasas de retardo en talla en toda la muestra es similar en la cuarta encuesta y en la línea basal, por lo que, con la excepción de que no aumentó la prevalencia de retardo en talla en los municipios del Grupo 2 durante la crisis de precios de alimentos, no parece probable que CSR haya tenido un impacto duradero, ni en la prevalencia de bajo peso ni en la prevalencia de retardo en talla.

Otro punto importante de resaltar es que, puesto que para los menores de tres años el puntaje Z de talla para edad (TE-Z) es -1.09 y el puntaje Z de peso para edad (PE-Z) es -0.3, los niños en la muestra tienden a tener sobrepeso para su altura; el puntaje Z de peso para talla (PT-Z) es de 0.31. Este patrón es consistente con la evidencia presentada en los primeros dos informes de impactos (IFPRI-FUSADES, 2009; 2010). Puesto que los niños, en general, no presentan puntajes PT-Z bajos, que indicaría desnutrición de corto plazo, es claro que los niños están recibiendo el número suficiente de alimentos para comer. Sin embargo, también es aparente que los niños no están recibiendo el tipo adecuado de alimentos, y que sus dietas probablemente carecen de los tipos correctos de micronutrientes. Si las cantidades de micronutrientes en la dieta fueran adecuados, los puntajes TE-Z serían cercanos a los puntajes PE-Z. Los niños en el área rural de El Salvador claramente necesitan una mayor variedad en sus dietas, particularmente en términos de frutas y vegetales.

A continuación se presenta un resumen de la evolución observada en los indicadores principales de salud infantil (cuadro 8.3.7) y un resumen de los impactos identificados (cuadro 8.3.8).

**Cuadro 8.3.7. Estadísticas descriptivas de los indicadores principales de nutrición infantil**

<i>Indicador</i>	Total	Año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b><i>Prevalencia de desnutrición (peso para edad, %)</i></b>					
Línea basal	6.2	6.2	6.8	4.9	7.4
Segunda encuesta	6.7	6.7	7.1	5.0	5.8
Tercera encuesta	9.2	8.4	8.4	9.8	8.7
Cuarta encuesta	6.3	6.6	5.1	6.6	6.6
<b><i>Prevalencia de retardo en talla (talla para edad, %)</i></b>					
Línea basal	18.7	18.7	21.1	19.7	18.9
Segunda encuesta	21.6	21.6	17.5	25.2	23.4
Tercera encuesta	19.1	19.1	17.8	21.3	21.3
Cuarta encuesta	20.8	20.6	21.5	21.9	18.6

Nota: El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES.

**Cuadro 8.3.8. Resumen de impactos de las TMC en los indicadores principales de nutrición**

Indicador	Muestras	Encuestas	Impacto estimado*	Método	Comentarios
Prevalencia bajo peso	Grupo 2 y Grupo 3	línea basal,	Ninguno	MCO	Prevalencia de bajo peso es ya baja.
	Grupo 3, Grupo 4	Todos	Ninguno	MCO, RLL	
Prevalencia de retardo en talla	Grupo 2, Grupo 3	Línea basal, segunda	11.3 pp negativos	MCO	Impacto puede ser debido a la pobreza relativa de los municipios del Grupo 2
	Grupo 3, Grupo 4	Línea basal, tercera	Ninguno	MCO, RLL	

\* Se reporta el impacto estimado utilizando las observaciones dentro de un ancho de banda intermedio alrededor del umbral.

Notas: pp se refiere a puntos porcentuales; MCO se refiere al método de estimación de Mínimos Cuadrados Ordinarios, utilizando un *kernel* uniforme; RLL se refiere al método de estimación de Regresión Lineal Local. Los municipios se han agrupado según el año en que ingresaron a CSR. El Grupo 2 lo forman los municipios que ingresaron en 2006; el Grupo 3, los que ingresaron en 2007; el Grupo 4, los que ingresaron más temprano en 2008; y el Grupo 5 los que ingresaron más tarde en 2008, pero que originalmente estaba planificado que ingresaran en 2009.

Fuente: Informes de impacto al año y a los dos años (IFPRI-FUSADES, 2009 y 2010).

### 8.3.5. Impactos en los indicadores principales de pobreza

El ingreso per cápita de los hogares de la muestra se incrementó de \$349 a \$474 en términos reales entre la primera y la cuarta encuesta, y la tasa de pobreza extrema se redujo de 69% en la línea basal a 55% en la cuarta encuesta. El ingreso aumentó, en parte, por el incremento en el número de hogares que recibieron las TMC, pero eso solo da cuenta de cerca del 30% del aumento en el ingreso. Por lo tanto, es poco probable que los hogares hayan dedicado menos esfuerzos laborales debido a las transferencias, pero se puede plantear la hipótesis que el ingreso ha aumentado debido a un efecto multiplicador en agricultura (por ejemplo, por la posibilidad de comprar más insumos) o por otro ingreso laboral.

Aunque el ingreso aumentó y la tasa de pobreza bajó, el ingreso de los hogares de la muestra presenta una alta variabilidad, por lo que, aunque los estimados de impacto directo son positivos, no son estadísticamente significativos. Tampoco se encuentra evidencia que las transferencias de CSR reduzcan la variabilidad del ingreso per cápita.

Sin embargo, sí se encuentra evidencia que las transferencias ayudan a contrarrestar el efecto negativo de algunas situaciones adversas que los hogares enfrentan, aunque no de todas. La reducción observada en la varianza del ingreso, puede entonces, por lo menos en parte, explicarse por el hecho que las situaciones adversas no son tan devastadoras para el ingreso de los hogares. A

pesar que el monto de las transferencias es pequeño en relación con el ingreso promedio de los hogares, sí parece que tienen efectos importantes para reducir de alguna manera la exposición al riesgo de ingreso.

Además, simulando el efecto de no contar con las TMC, se encuentra que las transferencias contribuyen a reducir la tasa de pobreza entre los hogares de la muestra en aproximadamente 5 puntos porcentuales y el índice de Gini en cerca de 7 puntos porcentuales.

A continuación se presenta un resumen de la evolución observada en los indicadores principales de salud infantil (cuadro 8.3.9) y un resumen de los impactos identificados (cuadro 8.3.10).

**Cuadro 8.3.9. Estadísticas descriptivas de los indicadores principales de pobreza**

<i>Indicador</i>	Total	Año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b><i>Ingreso per cápita (anual, US\$)</i></b>					
Línea basal	349.5	327.8	359.6	388.5	311.6
Segunda encuesta	413.7	392.6	449.7	438.8	369.2
Tercera encuesta	425.8	407.3	420.6	462.6	394.6
Cuarta encuesta	474.3	489.7	472.2	494.5	440.3

Nota: El Grupo 2 los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

**Cuadro 8.3.10. Resumen de impactos de las TMC en el indicador principal de pobreza**

<i>Indicador</i>	Muestras	Encuestas	Impacto*	Método	Comentarios
Ingreso per cápita (anual, US\$)	Grupo 2, Grupo 3	Línea basal, segunda	Ninguno	MCO, RLL	Todos positivos ~10 pp pero no son significativos
	Grupo 2, Grupo 3	Segunda, tercera	22.2 pp positivos	MCO	Impacto relativo

\* Se reporta el impacto estimado utilizando las observaciones dentro de un ancho de banda intermedio alrededor del umbral.

Notas: pp se refiere a puntos porcentuales; MCO se refiere al método de estimación de Mínimos Cuadrados Ordinarios, utilizando un *kernel* uniforme; RLL se refiere al método de estimación de Regresión Lineal Local. Los municipios se han agrupado según el año en que ingresaron a CSR. El Grupo 2 lo forman los municipios que ingresaron en 2006; el Grupo 3, los que ingresaron en 2007.

Fuente: Informes de impacto al año y a los dos años (IFPRI-FUSADES, 2009 y 2010).

### **8.3.6. Efectos en la participación ciudadana y el empoderamiento de la mujer**

En general, no se encontró un aumento en la participación de los hogares en organizaciones comunitarias. Así, el porcentaje de hogares que indicaron que alguno de sus miembros participaba en alguna organización no cambió entre la línea basal y la cuarta encuesta, aunque, el Programa contribuyó a fortalecer el tejido organizativo en las comunidades donde era muy débil.

Sin embargo, el Programa sí ha contribuido a una mayor participación de las mujeres. Por medio de las capacitaciones se ha logrado empoderar a las mujeres, mejorar su autoestima y hoy pueden expresarse con mayor seguridad en sus respectivas comunidades y hogares. Además les ha reforzado su compromiso con la educación de sus hijos y su activa participación en las actividades de la escuela. Estos cambios o reforzamientos en las actitudes de las mujeres son muy importantes por su rol en el hogar, y esto podría influir en mantener en el tiempo los cambios introducidos por el Programa.

### **8.4. Objetivo cuatro. Evaluar la sostenibilidad de los resultados**

En este punto, se trata de evaluar la sostenibilidad de los impactos de CSR que se han documentado en el apartado anterior. Originalmente, el Programa permanecería en los municipios por tres años, por lo que para la fecha de la tercera encuesta, los municipios del Grupo 2, que ingresaron a CSR en 2006, ya no estarían recibiendo las TMC; sin embargo, esta regla fue cambiada, y el programa todavía está operando con todos sus componentes en todos los municipios. Por lo tanto, no es posible determinar la sostenibilidad de los impactos por medio de evaluar cómo cambiarían los indicadores cuando el programa salga de las comunidades. Entonces, se trató de evaluar la sostenibilidad examinando la diferencia en los indicadores entre los hogares que, dentro de la muestra de las encuestas, todavía reciben TMC y los indicadores entre los hogares que tienen las características demográficas que los harían elegibles, pero que no las reciben pues no las cumplen en el momento del Censo de FISDL.

En general, con respecto a los indicadores de salud, los resultados muestran que los hogares que reciben y que no reciben las transferencias, no presentan diferencias en los indicadores principales que no puedan ser explicadas por las diferencias demográficas entre los hogares, lo que implica o que las normas de conducta de la comunidad están cambiando, o que la mayor oferta de servicios de salud ha mejorado los resultados en estos municipios. Independientemente de cuál explicación sea la verdadera, se encuentra evidencia de que si CSR decidiera salir de las comunidades, es probable que se mantengan mucho del progreso observado en los resultados de salud.

Además, los resultados del estudio cualitativos apuntan a que las normas de conducta de la comunidad están cambiando. Se lograron identificar algunos aspectos que pueden dar sostenibilidad a los resultados del programa: el empoderamiento de la mujer, un cambio de mentalidad a favor de la salud preventiva; una mayor conciencia sobre la importancia de una nutrición balanceada; y una actitud positiva hacia la educación entre padres y niños.

## **9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

A continuación se presentan las principales conclusiones y recomendaciones que se derivan de los hallazgos reportados a lo largo de este informe y de otros que se presentaron también en informes anteriores.

### **9.1. Conclusiones**

#### **9.1.1. Focalización**

1. La focalización de CSR es bastante buena y sencilla. La focalización, basada grandemente en categorías geográficas y demográficas, claramente le sirve bien al Programa.
2. CSR es uno de los programas sociales mejor focalizados en América Latina
3. Debe ponerse atención a que, aunque por el momento los indicadores de focalización no han cambiado, el hecho que no se están incorporando a nuevas madres podría llevar a que los índices se desmejoren.

#### **9.1.2. Implementación**

1. En general, la implementación del programa no presenta mayores dificultades que pudieran incidir en los resultados.
2. Todavía existe falta de información acerca del funcionamiento del programa, incluyendo los requisitos de selección de beneficiarios para el programa.
3. La estructura organizativa del programa CSR debe posibilitar que éste se implemente con ciertos estándares mínimos, independientemente del lugar específico donde opere. Actualmente, las ONG de seguimiento están sujetas a un control por parte del FISDL que permite lograr dichos estándares. Además, el promotor de la ONG ofrece, en algunos casos, servicios personalizados a las beneficiarias, lo cual es una característica distintiva de este programa, en relación con otros similares en otros países.
4. Se ha avanzado en facilitar el acceso a los servicios de educación y salud.
5. Sin embargo, persisten las dificultades con la red vial, que comunica las comunidades rurales con las unidades de salud, las escuelas primarias y el lugar de pago de los bonos.
6. El programa CSR ha contribuido a mejorar la calidad de los servicios de educación, pero las necesidades de infraestructura y recursos de muchas escuelas son grandes y diversas.

7. Se evidencia insuficiencia de recursos en los establecimientos de salud para atender adecuadamente la demanda actual, incrementada por la obligatoriedad de las corresponsabilidades, en cuanto a equipo, medicamentos y existencias de algunas vacunas.
8. Los beneficiarios están satisfechos con el programa y con los servicios de educación y salud, aún con sus limitantes y las necesidades de infraestructura y recursos.
9. Para el caso de la infraestructura, se observó que los mayores avances se dieron entre los municipios del Grupo 2 (que ingresaron a CSR en 2006) que son considerados de pobreza extrema severa, por lo que en ellos se concentró mucha de la inversión en infraestructura. Por otra parte, el progreso observado en el Grupo 3 fue limitado. Otro de los hallazgos relacionados con este tema es que si bien se dieron avances, algunos de ellos ya se están revirtiendo, sobre todo para el agua potable y las vías de acceso. En cuanto a los servicios de salud, los beneficiarios parecen estar satisfechos, sobre todo porque perciben que ha mejorado la disponibilidad de médicos y enfermeras, y aspectos relacionados con el costo de consultas y medicamentos; el aspecto que menos creen que ha mejorado es el tiempo de espera para ser atendidos.
10. En general, las beneficiarias continúan teniendo actitudes altamente favorables hacia el Programa. El monto del bono es considerado como “poco”, aunque les resulta de mucha ayuda al ingreso del hogar. Por ello, es importante revisar el monto o el esquema de la transferencia monetaria –por hogar- con el fin de asegurar que siga siendo un incentivo efectivo para el cumplimiento de las corresponsabilidades.
11. Las opiniones generales sobre las capacitaciones siguen abrumadoramente positivas según las beneficiarias, FISDL, encargados de ONG y promotores. Por medio de las capacitaciones se ha logrado empoderar a las mujeres, mejorando su autoestima y capacidad de expresarse, y también han sido un medio para promover la salud preventiva.
12. Hubo avances significativos en la presencia y el rol de los comités de base comunitaria (CC) asociados con CSR desde la investigación cualitativa de 2009. Da la impresión que se ha hecho un esfuerzo de parte de FISDL y las ONG por incrementar la participación ciudadana; por el contrario, el rol del Comité Municipal se mantiene básicamente igual.

### **9.1.3. Impactos**

1. Se encontraron impactos importantes en indicadores educativos. Se encontró que entre los municipios más pobres, la tasa de repetición ha declinado y que la tasa promedio de matrícula de niños entre 7 y 12 años se ha incrementado en 4 puntos. Los aumentos promedios están influenciados, mayormente, por el incremento en la matrícula en primer grado de niños a una menor edad (por ejemplo, 7 y 8 años) así como entre niñas mayores (de 11 y 12 años). La reducción en la tasa de repetición puede deberse, también, a que los niños están entrando a la escuela a menor edad.
2. Se encontraron impactos mixtos en los indicadores de salud. El resultado más positivo que se encontró en relación con la salud, se relaciona con la prevalencia de diarrea; ésta cayó

alrededor de 5 puntos porcentuales entre niños menores de 5 años, tanto por la llegada de las TMC como por la ampliación de la disponibilidad de servicios básicos. Se encontró que los impactos son más grandes para la prevalencia en los niños menores de 3 años (alrededor de 8 puntos porcentuales). Sin embargo, se encontró evidencia de que estos resultados pueden no ser sostenibles.

3. Más partos están siendo atendidos por personal calificado y más partos tienen lugar en hospitales. A pesar que se encontró una inscripción casi universal de las mujeres embarazadas en controles prenatales, se identificó un impacto negativo en la proporción que recibe el número requerido de controles; en la mayoría de los casos, las mujeres reciben 4 y no 5 controles. Considerando que el bono no es condicionado ni a recibir el número de controles adecuados, ni a que el parto sea atendido por personal calificado, ese resultado no debería sorprender, dado que cumplir con las condicionalidades relacionadas con sus hijos y asistir a las capacitaciones en el tiempo de las titulares, representan cargas adicionales para el tiempo de las titulares.
4. Otros resultados del impacto de las TMC son mixtos. Mientras el porcentaje de niños que reciben el número adecuado de controles de crecimiento ha aumentado dramáticamente, no se encontró ningún cambio en la tasa de vacunación con SPR.
5. La falta de mejora en la tasa de vacunación con SPR puede ser resultado de la insuficiente disponibilidad de existencias de vacunas en algunas unidades de salud, aunque en general, ésta haya aumentado.
6. No se identificaron impactos directos en la nutrición. Sin embargo, Las TMC actuaron como amortiguador de la crisis de altos precios de los alimentos.
7. Hay evidencia de un impacto positivo en el ingreso de los hogares; además, las TMC ayudan a que los hogares enfrenten de mejor manera las situaciones adversas de mejor manera.
8. No se evidencia impactos en el aumento de la participación comunitaria, pero sí en un empoderamiento significativo de las mujeres.
9. Las titulares parecen retener el control sobre la decisión sobre cómo debe gastarse el dinero de los bonos; destinando la mayor parte a alimentos y a gastos escolares.

#### **9.1.4. Sostenibilidad**

1. Uno de los aportes importantes del Programa es un cambio de mentalidad de las beneficiarias a favor de la salud preventiva, lo cual lleva a concluir que posiblemente los resultados en la utilización de los servicios de salud continuarán sin las TMC y que podría conducir a cambiar las actitudes de las nuevas generaciones.

2. La valoración de la educación ya era alta, por lo que no se anticipa que se reviertan los resultados de educación. Los padres quieren que los hijos estudien por lo menos hasta noveno grado, pero el problema es económico y de acceso.
3. Algunos indicadores sí presentan señales que podrían revertirse en el mediano plazo: la prevalencia de diarrea y aquellos que pueden ser influidos por problemas de mantenimiento en la infraestructura (agua, vial).

## **9.2. Recomendaciones principales**

A el apartado siguiente se presentan las principales recomendaciones para mejorar *Comunidades Solidarias Rurales* que se derivan de la evaluación. En el apartado siguiente se presentan también otras recomendaciones importantes relacionadas con la implementación del programa y con los servicios de educación y salud, algunas de las cuales ya se han presentado en informes anteriores.

### **9.2.1. Recomendaciones principales**

1. Tomando en cuenta que los problemas de matrícula y asistencia se vuelven mucho más graves entre los adolescentes, sería muy aconsejable extender la cobertura del bono más allá del sexto grado, hasta el noveno (o bien, si los recursos están disponibles, hasta el bachillerato). Un impacto mucho mayor se podría lograr con una TMC para el nivel de educación secundaria. Esto es particularmente importante para las niñas, pues si se mantienen por más tiempo en la escuela, puede incidir en una reducción en los embarazos precoces (por ejemplo, entre las niñas de 13 a 15 años).

Si el Programa amplía el ofrecimiento del bono a los niños que deseen continuar sus estudios más allá del sexto grado, se asume que éste podrá ser usado para que las familias puedan cubrir un porcentaje del costo en transporte, alimentación y uniformes. Por consiguiente, es importante analizar a cuánto ascienden estos costos y calcular cuál es el porcentaje mínimo del costo total de estos insumos que podría ser un incentivo efectivo para asegurar la asistencia y permanencia en la escuela secundaria.

2. Muchos de los hogares en municipios clasificados como de pobreza extrema severa que tienen niños pequeños, ya no son elegibles para recibir los bonos, y muchos de ellos son pobres. A pesar que este hecho, todavía no está afectando las estadísticas de focalización, se sugiere realizar un nuevo censo entre las familias actualmente no beneficiadas para que sean incluidas en el programa. Hacer esto tendría los siguientes beneficios:
  - a. Ayudaría a reducir la pobreza en los municipios focalizados.
  - b. Ayudaría a promover que las nuevas madres adopten tempranamente las buenas conductas relacionadas con la salud de sus hijos.
  - c. Puesto que el Programa está motivando a que los niños se matriculen en la escuela desde edad temprana, si el programa continúa en los municipios no tendría que tomar el riesgo que este resultado se pueda reducir.

3. Revisar la política sobre la disminución de la frecuencia de las capacitaciones y la limitación de temas a impartir por parte de las ONG. Las capacitaciones son un componente de gran valor para lograr cambios de hábitos que resultan en la creación de efectos duraderos.
4. Se encontró que los niños tiene baja talla con respecto a su peso, lo que indica que puede ser que ellos estén consumiendo suficientes alimentos, pero no el tipo correcto de alimentos. Los hallazgos del estudio cualitativo señalan que si bien es cierto que los beneficiarios señalan que ponen en práctica lo que aprenden en las capacitaciones sobre la salud y la nutrición, ellos encuentran que lo más difícil de cumplir es lograr la variedad requerida de alimentos, pues ellos requiere dinero. Por lo tanto, se debe prestar más atención a la capacitación sobre la preparación de alimentos nutritivos que los hogares pueden pagar. Sin embargo, es más importante estudiar cuál es la causa subyacente por la que los niños no están obteniendo la nutrición adecuada aún cuando obtienen la cantidad suficiente de alimentos; la limitada diversidad en la dieta podría ser solo una de las razones.
5. Monitorear la cobertura y calidad del servicio de los ECOS, para asegurar que llegan a la población objetivo. Esto es particularmente importante en las comunidades con baja densidad poblacional, geográficamente dispersas y de difícil acceso.
6. Realizar esfuerzos para invertir en infraestructura en aquellas comunidades donde todavía necesitan la intervención del Eje 2, por ejemplo, en los municipios que ingresaron a CSR en 2007, que como se demostró, están quedando rezagados.
7. Fortalecer la coordinación interinstitucional al más alto nivel. Es muy importante que el programa logre que los recursos de todas las instituciones relacionadas, por ejemplo, FISDL, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, sean movilizadas en forma coordinada y complementaria para lograr las metas de reducción de pobreza y mejorar los indicadores más rápidamente en el corto y mediano plazo.

Un aspecto de CSR que no debe ser pasado por alto es que muchos de los impactos identificados fueron logrados por los esfuerzos del personal encargado de la implementación por parte de FISDL y de los Ministerios de Educación y Salud. Es importante asegurar que este nivel de dedicación y enfoque continúe y no sea descuidado por el incremento de otros programas sociales.

### **9.2.2. Otras recomendaciones**

#### ***Generales:***

1. Vale la pena considerar si el monto actual del bono es suficiente para lograr los objetivos del programa. Revisar y valorar el monto del bono para que en esta nueva década el incentivo monetario siga siendo efectivo.

2. Se debería evaluar la opción de implementar un sistema de bonos por niño, en vez de por familia. Este cambio podría tener el efecto de incentivar y mejorar la asistencia de los niños que piensan dejar de estudiar para poder contribuir con los ingresos del hogar, es decir, reducir el trabajo infantil. También proporcionaría una relación más lógica entre las necesidades básicas de los hogares y el tamaño de la transferencia. El número máximo de bonos dependerá de la disponibilidad de recursos y el mensaje que el gobierno quiere enviar con respecto al tamaño de la familia. Sin embargo, la evidencia hasta la fecha sugiere que las transferencias de dinero en efectivo dadas por niño, no dan lugar a mayores tasas de embarazo.

***Seguimiento institucional:***

1. Debe asegurarse que todos los actores (escuelas, establecimientos de salud, promotores, oficinas de las ONG, comité municipal, FISDL) apliquen adecuada y prontamente los procedimientos administrativos relacionados con el monitoreo del cumplimiento de la corresponsabilidad, de manera que los beneficiarios no sufran descuentos por razones que no les son atribuibles.
2. Dado que desde la óptica de los beneficiarios, el promotor es el referente del Programa en las localidades y es quien coordina y ejecuta todas las actividades, es fundamental que se fortalezcan los procesos de capacitación de los promotores, ya que son un factor de cambio social y cultural en las comunidades.
3. Los promotores deberían ser animados a hacer visitas domiciliarias para proporcionar atención individual a los beneficiarios, para observar las condiciones (por ejemplo, de la higiene) en el hogar, y dar seguimiento a los beneficiarios que no han cumplido sus obligaciones. Muchos promotores, pero no todos, realizan esto suficientemente.
4. En el caso de presentarse problemas, los beneficiarios deberían ser capacitados respecto a la estructura organizativa, la distribución de responsabilidades y funciones de todas las instancias participantes en el Programa, con el fin de que puedan comprender que no todos los obstáculos que surjan del Programa, los puede resolver el promotor. Es importante, también, que el asesor municipal del FISDL llegue más a menudo a las comunidades, para tener una mayor interacción con los beneficiarios, los promotores y otros actores en el ámbito local.
5. El Programa debería, a través de las capacitaciones y reuniones con la comunidad, difundir cómo se dio el proceso de contratación y selección de los promotores de cada comunidad, así como el proceso de elección y contratación de la ONG de seguimiento, con el fin de dotar de mayor transparencia el proceso ante la población.

## *Capacitaciones*

1. Alentar a los no beneficiarios para que asistan a las capacitaciones. Tanto el personal del programa como las beneficiarias recalcaron que los temas que se tratan en las capacitaciones se aplica a los miembros de la comunidad en general, no solamente a los que reciben CSR. Ésta es una manera de extender algunos de los beneficios a la comunidad en general y podría ocasionar una mayor acogida de las prácticas en cada comunidad.
2. Continuar con la naturaleza participativa y basada en el grupo de las capacitaciones, ya que ha sido extremadamente exitosa en alentar la participación activa y proporciona un ambiente positivo para el aprendizaje; el éxito de este formato sólo se ha incrementado con el paso del tiempo.
3. La mayor deficiencia de las capacitaciones está relacionada con el espacio físico y el mobiliario. Los beneficiarios en algunas comunidades hacen hincapié en la necesidad de tener una casa comunal o un espacio más grande. Muchas comunidades también necesitan muebles, incluidos escritorios y sillas. Se debe prestar una mayor atención a la provisión de espacios adecuados para las capacitaciones.
4. La mayor distracción en las capacitaciones es la asistencia de los hijos de los beneficiarios. Alternativas para el cuidado de los niños durante las sesiones de formación deben ser consideradas.
5. Los beneficiarios desean contribuir en la definición de los temas de formación y deberían participar en la selección de temas adicionales e importantes para sus comunidades. Específicamente, las mujeres se sienten cómodas con los requisitos de tiempo de las capacitaciones, el cual consideran que vale la pena por el valor recibido. De hecho, a muchas les gustaría tener más tiempo dedicado a la formación en temas adicionales que podrían ser cubiertos. La capacitación opcional en temas adicionales ofrecería esta oportunidad, sin una presión de tiempo adicional. En particular, las mujeres beneficiarias destacan que las capacitaciones en oficios (por ejemplo, hacer pan) serían útiles para ellas.
6. Los hombres no participan activamente y de manera regular en las capacitaciones, aunque hay pocas excepciones. Hay un apoyo abrumador hacia una mayor participación de los hombres en las capacitaciones. Una forma de aumentar la participación de los hombres sería contar con capacitaciones por separado, centradas en las cuestiones relevantes para ellos, por ejemplo, en las relaciones familiares, la salud y los oficios. Otras áreas importantes para la formación de los hombres son: la violencia doméstica, el trato de los niños, y la salud de la pareja. Debería considerarse la posibilidad de hacerlas obligatorias o muy aconsejables, porque de lo contrario, los hombres no asistirían.
7. Mientras los beneficiarios afirman que comprenden las capacitaciones en salud y nutrición, hay hogares beneficiarios a través de las comunidades con malas prácticas higiénicas en el

hogar. Se debe hacer hincapié en los temas sobre la limpieza del hogar y el uso adecuado de letrinas, y continuar con visitas domiciliarias para detectar y responder a los problemas.

8. El Programa debería fortalecer los instrumentos para promover una mayor participación de la comunidad. Una forma podría ser por el fomento de actividades productivas o generadoras de ingreso.

### ***Educación***

1. El Programa debería incentivar y movilizar recursos de las municipalidades en donde sea posible, a fin de alinear todos los esfuerzos hacia la meta de lograr que todos los niños completen once años de escolaridad - o bien, que completen la secundaria.
2. Mejorar el acceso a las escuelas secundarias que cuentan con educación hasta el bachillerato, ya que un problema identificado fue la distancia a la que éstas se encuentran entre los municipios y los cantones. Es importante evaluar y atender las necesidades por el lado de la oferta (cantidad y calidad de las escuelas) para satisfacer la demanda si el Programa se extiende a los estudiantes de secundaria.
3. Algunos hogares reportan que no reciben el bono porque los niños más grandes, principalmente los adolescentes, que no han completado el sexto grado, se niegan a ir a la escuela. Para continuar promoviendo que los niños menores en esos hogares continúen en la escuela, deberían establecerse, o cumplirse en el caso que ya existan, procedimientos para dar de baja del programa a los niños mayores. A los adolescentes que se niegan a completar el sexto grado y se les da de baja, que se les puede ofrecer la posibilidad de asistir a un programa de habilitación para el trabajo. Habría que valorar si este tipo de programas existe en la zona y considerar la opción de crear un programa de esta naturaleza en caso hubiere un número considerable de jóvenes en esta situación.
4. Lograr una mayor coordinación entre el Ministerio de Educación y el Programa de atención a las familias en extrema pobreza, en lo que respecta a la estrategia de mejoramiento de la infraestructura escolar. Esto contribuiría a reducir las marcadas diferencias en la calidad de las instalaciones físicas. Aunque las necesidades de mejoramiento de infraestructura son muy variables, muchas escuelas requieren reparaciones de techos, ampliación de la misma y del número de aulas –especialmente para el nivel de parvularia, tercer ciclo y bachillerato, según se necesite y sea factible-, construcción de muros perimetrales, servicios de agua potable, espacio para biblioteca, aulas informáticas, áreas de recreo y espacios para impartir clases de educación física y deportes.
5. El componente de educación del Programa debe estar vinculado con la política de fortalecimiento de la educación rural en lo que respecta a: la formación de docentes en servicio, la dotación de materiales pedagógicos y equipo y un buen sistema de asistencia técnica y asesoría pedagógica a las escuelas.

6. Es importante fortalecer los modelos participativos de gestión escolar, puesto que han demostrado ser exitosos en empoderar a los padres de familia en la toma de decisiones de la escuela, y son un medio para promover el interés por la educación, fomentar la solidaridad y consolidar la ciudadanía y la democracia local. También debe reconocerse a la Escuela de Padres y Madres como un medio importante para educar a los padres de familia, no sólo en cómo funciona la escuela, cuál es su misión y cómo producir educación de alta calidad, sino también para asumir responsabilidad por la educación de los hijos y comprender que elevar la calidad de los aprendizajes es una labor compartida.
7. Las escuelas Educo, administradas por la ACE, han demostrado ser muy efectivas en asegurar la asistencia del maestro, facilitar la ampliación de la cobertura y fomentar la cohesión social en zonas rurales remotas. Sin embargo, es tiempo de consolidar su institucionalidad para elevar la calidad de la educación. Se recomienda dar mayor autoridad al director -o al maestro responsable de desempeñar esa función- en las decisiones de la escuela, sin menoscabar las ventajas que ofrece la ACE. También es indispensable que el Ministerio de Educación establezca un mecanismo adecuado para evaluar el desempeño de los docentes y capacite a los miembros de la ACE en el uso de esta herramienta.
8. Contratar personal docente adicional. Esto es necesario para que los grados sean separados en la escuela. Esta separación es crucial en el primer grado, a fin de que los estudiantes reciban una atención especial y adquieran las competencias básicas de lenguaje (lectura, escritura y comprensión), las cuales son fundamentales para asegurar los aprendizajes en otras áreas de estudio y en los siguientes grados. Esto beneficiaría de sobremanera la calidad de la educación. El personal especializado (psicólogos, maestros de deporte) también mejoraría la calidad de la educación.

### *Servicios de salud*

1. Se recomienda seguir varias estrategias para tratar de mejorar las tasas de vacunación con SPR. Primero, el MSPAS debería considerar mejorar el diseño de las tarjetas de control, de manera que pueda identificar claramente la fecha en la que corresponde la vacuna y también la fecha en la que sea aplicada. Segundo, debe asegurarse que los establecimientos de salud cuenten con suficientes existencias de vacunas para cubrir la demanda actual. Tercero, el MSPAS debería revisar los procedimientos, para asegurar que en los casos que los niños ya tengan más de 14 meses, y no hayan recibido la vacuna SPR, les sea aplicada en futuras visitas de control de crecimiento, aunque ya tengan más de 23 meses.
2. A pesar que la inscripción en control prenatal es casi universal, la proporción de mujeres que reciben los 5 controles requeridos no ha mejorado. Esto podría indicar que las mujeres tienen muchos requerimientos de tiempo impuestos por la participación en el programa, no hay suficiente personal de salud para atender la demanda (principalmente en las brigadas), o, que las mujeres no terminen de entender el valor de completar el número adecuado de

controles. Reforzar el proceso de educación para obtener una mayor incidencia de las charlas dentro del Programa en la aceptación y uso de los servicios en salud, especialmente en el área de salud reproductiva. Para ello, debe involucrarse activamente a los padres y las madres y obtener así un verdadero cambio conductual sobre los temas relacionados con la planificación familiar, los controles prenatales y el parto hospitalario.

3. Debido a que hay diferentes modalidades de prestación del servicio de salud (es decir, unidades de salud y ECOS) se necesita desarrollar un sistema para garantizar la adecuada documentación médica y para mejorar el intercambio de información de los pacientes. Promover el uso adecuado de los formularios para documentar la atención médica, mediante la capacitación y supervisión, puede ayudar a asegurar que la información médica de los pacientes sea registrada adecuadamente y esté accesible.
4. Insistir a los promotores de salud sobre la importancia de las visitas a los hogares y la consejería que ellos pueden brindar, especialmente a las embarazadas y en hogares donde hay niños pequeños que viven en zonas de difícil acceso y alejadas de las unidades de salud
7. Dotar a las unidades de salud con el cuadro básico de medicamentos y continuar con la entrega de suplementos vitamínicos a las embarazadas
8. Debido a que los médicos en servicio social son, en algunos casos, los principales responsables de la atención médica, éstos deberían recibir mayor capacitación en la aplicación de las políticas y lineamientos del MSPAS antes de que lleguen a los establecimientos. Estos profesionales también deberían recibir capacitación y orientación acerca de las corresponsabilidades de CSR que les conciernen, para asegurar su adecuada aplicación.
9. Mejorar la disponibilidad en las unidades de salud de los recursos suficientes para atender adecuadamente a los niños que llegan a control de crecimiento y desarrollo, incluyendo el equipo para monitorear el peso y la talla (básculas, tallímetros e infantómetros).

### ***Participación ciudadana***

1. Crear un cronograma razonable para la construcción de la participación comunitaria. Los procesos de desarrollo participativo son de hecho lentos, y no se pueden acelerar—en este sentido, es preferible tomarse el tiempo necesario para construir organizaciones fuertes y sustentables, en vez de empujarlos demasiados o crear demasiadas organizaciones, ya que esto puede provocar un involucramiento más superficial, en vez de una participación más significativa y sustentable. Apoyar y alentar el establecimiento de instituciones y comités locales, con responsabilidades específicamente centradas en la comunidad.
2. Promover el surgimiento y capacitación de líderes en las comunidades, con el fin de que puedan representar y ser un mecanismo de interlocución de la comunidad con otros actores

de la sociedad. Por ejemplo, crear las asambleas comunitarias para escuchar a las personas y conocer mejor su realidad, sus necesidades, problemas, aspiraciones y propuestas y que sean tomadas en cuenta.

3. Considerando que la mayoría de los beneficiarios no conocen la figura del Comité Municipal, sería un desafío para las autoridades del Programa reforzar o repetir este contenido en las capacitaciones. En el ámbito local, sería un reto para los integrantes del Comité, lograr difundir el papel, las funciones y dar a conocer a las personas que lo integran, con el propósito de tener un mayor acercamiento con los beneficiarios.
4. Revisar la representatividad de los miembros que conforman el comité municipal, y revisar los canales de contacto y comunicación con la gente, para que el trabajo del comité esté de acuerdo con las necesidades de la población.

***Relaciones de género y empoderamiento de las mujeres:***

1. Las mujeres y los hombres apoyan abrumadoramente el papel que desempeña la mujer como titular, por muchas razones, y por lo tanto, esta práctica debe continuar.
2. Sin embargo, se le debe prestar mayor atención a los hombres en el Programa, aumentando su sentido de responsabilidad y sus conocimientos con respecto a las cuestiones de la familia. Las mujeres beneficiarias y los informantes clave enfatizan el valor potencial de una mayor atención a los hombres. Esto podría incluir invitarlos a las reuniones para que puedan comprender mejor los objetivos del Programa y las obligaciones de las mujeres (y las suyas), establecer capacitaciones para los hombres (véanse las recomendaciones sobre las capacitaciones), animarlos a acompañar a las mujeres y a los niños a la clínica, añadir visitas obligatorias de la pareja a la clínica para cubrir cuestiones, tales como la salud de la pareja; motivar a los hombres a cuidar a los niños cuando las mujeres van a las capacitaciones o a recoger el bono, entre otras maneras para aumentar su participación.
3. Fortalecer la nueva confianza que la mujer ha desarrollado mediante las capacitaciones, una mayor tendencia a la socialización y la ampliación del círculo de amistades dentro del Programa, mediante la convocación a más actividades voluntarias en la comunidad. Esto podría ser organizado por el promotor, o a través de las organizaciones locales existentes, que promueven el empoderamiento de la mujer y la participación ciudadana. Por ejemplo, fomentar una mayor participación de las mujeres en las escuelas, involucrándolas con los objetivos educativos de sus hijos.

## 10. REFERENCIAS

- Abadie, A. and G.W. Imbens. 2006. "Large Sample Properties of Matching Estimators for Average Treatment Effects". *Econometrica* 74(1): 235-267.
- Abadie, A. and G.W. Imbens. 2007. "Bias corrected matching estimators for average treatment effects." Harvard University Department of Economics working paper. Cambridge, Mass., U.S.A.
- Adato, M. and D. Mindek. 2000. "ProgresA and Women's Empowerment: Evidence from Six Mexican States" in Adato, M., B. de la Brière, D. Mindek, and A. Quisumbing 2000. *The Impact of PROGRESA on Women's Status and Intrahousehold Relations. Final Report to PROGRESA, Government of Mexico.* International Food Policy Research Institute, Washington, D.C.
- Adato, M. and T. Roopnaraine, with F. Alvarado Álvarez, L. Böttel Peña, G. Meléndez Castrillo. 2004. "A Social Analysis of Red de Protección Social in Nicaragua". Final report to the Red de Protección Social, Ministry of Mi Familia, Government of Nicaragua. International Food Policy Research Institute, Washington, D.C.
- Adato, M., B. de la Brière, D. Mindek, and A. Quisumbing 2000. "The Impact of PROGRESA on Women's Status and Intrahousehold Relations". Final Report to PROGRESA, Government of Mexico. International Food Policy Research Institute, Washington, D.C.
- Adato, M., D. Coady, and M. Ruel. 2000. "An Operations Evaluation of PROGRESA from the Perspective of Beneficiaries, Promotoras, School Directors, and Health Staff". Final Report to PROGRESA, Government of Mexico. International Food Policy Research Institute, Washington, D.C.
- Adato, M., Roopnaraine, T., Smith, N., Altinok, E., Çelebioğlu, N., & Cemal, S. 2007. "An evaluation of the conditional cash transfer program in Turkey: Second qualitative and anthropological study". Final report submitted to the General Directorate of Social Assistance and Solidarity, Prime Ministry, Republic of Turkey. International Food Policy Research Institute, Washington, D.C.
- Adato, Michelle, y Bassett, Lucy. 2008. "What is the Potential of Cash Transfers to Strengthen Families Affected by HIV and AIDS? A Review of the Evidence on Impacts and Key Policy Debates," Joint Learning Initiative on Children and AIDS working paper.
- Adato, Michelle. y otros. 2009. "Evaluación de Impacto Externa de la Red Solidaria: Informe de Satisfacción de los Usuarios de la Red." IFPRI y FUSADES. Preparado para FISDL: San Salvador, El Salvador.
- Angrist, Joshua D. & Krueger, Alan B. 1999. "Empirical strategies in labor economics" *Handbook of Labor Economics*, in: O. Ashenfelter & D. Card (ed.), *Handbook of Labor Economics*, edition 1, volume 3, chapter 23, pages 1277-1366 Elsevier.

- Argüello de Morera, Aida. 2004. "Cobertura con calidad: la tarea pendiente de la educación rural" en *El Desafío Rural: Pobreza, vulnerabilidad y oportunidades. Informe de Desarrollo Económico y Social*, FUSADES/DEES.
- Basu, K. 1999. "Child labor: Cause, consequence, and cure, with remarks on international labor standards". *Journal of Economic Literature*, 37(3), 1083-1119.
- Beneke de Sanfeliú, Margarita. 2004. "Dinámica del ingreso y la pobreza rural" en *El Desafío Rural: Pobreza, vulnerabilidad y oportunidades. Informe de Desarrollo Económico y Social*, FUSADES/DEES.
- Beneke de Sanfeliú, Margarita y Mauricio Shi. 2004. "Dinámica del ingreso rural en El Salvador". *Serie de Investigación 2-2004*, FUSADES/DEES.
- Blundell, R. and M. Costa Dias. 2000. "Evaluation Methods for Non-experimental Data". *Fiscal Studies* 21(4): 427-468.
- Box-Steffensmeier, Janet M., y Bradford S. Jones. 2004. "Event History Modeling: A Guide for Social Scientists." *Analytical Methods for Social Research Series*. Cambridge University
- Buddelmeyer, Hielke y Emmanuel Skoufias. 2003. "An Evaluation of the Performance of Regression Discontinuity Design on PROGRESA." *World Bank Policy Research Working Paper No. 3386; IZA Discussion Paper No. 827*. Bonn: Institute for the Study of Labor.
- Burawoy, M. 1998. "The Extended Case Method." *Sociological Theory*, 16 (1).
- Caldés, N., and J.A. Maluccio. 2005. "The cost of conditional cash transfers. *Journal of International Development*." 17(2): 151-168.
- Caldés, N., D. Coady, and J.A. Maluccio. 2004. "The cost of poverty alleviation transfer programs: a comparative analysis of three programs in Latin America." *Food Consumption and Nutrition Division Discussion Paper No 174*. International Food Policy Research Institute. Washington, DC 2004.
- Censos de El Salvador. 2008. Base de datos del VI Censo de Población 2007.
- Censos de El Salvador. Material cartográfico del VI Censo de Población 2007.
- Coady, David, Grosh, Margaret, y John Hoddinott. 2004. "Targeting of transfers in developing countries: review of lessons and experience." Washington DC: World Bank.
- Cuéllar-Marchelli, Helga. 2008. "La estrategia educativa de El Salvador y sus desafíos." FUSADES: San Salvador, El Salvador.
- de Brauw, A, Michelle Adato, Patricia Ríos y Margarita Beneke de Sanfeliú. 2009. "Evaluación de impacto externa de la Red Solidaria, informe sobre la calidad de la prestación de servicios de salud: observaciones estructuradas"
- de Brauw, Alan y Daniel O. Gilligan. 2010. "Regression Discontinuity Methodology for N-Dimensional Partitioned Cluster Treatments." Mimeo. International Food Policy Research Institute: Washington DC.

- de Brauw, Alan, y John Hoddinott. 2007. "Must Conditional Cash Transfer Programs be conditioned to be effective? The impact of conditioning transfers on school enrollment in Mexico." International Food Policy Research Institute Discussion Paper No. 00757: Washington DC
- DeLeire, Tom, y Ariel Kalil. 2002. "Good Things Come in Threes: Single Parent Multigenerational Family Structure and Adolescent Adjustment." *Demography* 39: 393-413.
- Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC), Ministerio de Economía. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, varios años.
- Edmonds, Eric.V., Mammen, Kristin y Douglas L. Miller. 2005. "Rearranging the family? Income support and elderly living arrangements in a low income country." *Journal of Human Resources* 60(1): 186-207.
- Elbers, Chris, Lanjouw, Jean y Peter Lanjouw. 2003. "Micro-Level Estimation of Poverty and Inequality." *Econometrica* 71(1): 355-364.
- Feitosa de Britta, Tatiana. 2007. "Los Desafíos del Programa de Transferencias Monetarias Condicionadas en El Salvador, Red Solidaria." *International Poverty Centre Estudio de País* No. 9.
- FESAL. 2003. Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL, 2002-03)
- FESAL. 2008/2009. "Encuesta Nacional de Salud Familiar: Informe Resumido." San Salvador, El Salvador.
- Fondo de Inversión Social para el Desarrollo Local de El Salvador (FISDL). Base de datos del registro de potenciales beneficiarios de la Red Solidaria 2005, 2006 y 2007.
- Fondo de Inversión Social para el Desarrollo Local de El Salvador (FISDL) 2008. "Informe de resultados de implementación PMT 2008." mimeo, junio 2008. San Salvador, El Salvador.
- Fondo de Inversión Social para el Desarrollo Local de El Salvador (FISDL) 2005. "Mapa de Pobreza: Política Social y Focalización." San Salvador, El Salvador.
- Filmer, D. y N. Schady. 2009. "School Enrollment, Selection, and Test Scores," *World Bank Policy Research Paper* no. 4998.
- Fiszbein, A. and N. Schady. 2009. *Conditional Cash Transfers: Reducing Present and Future Poverty*. World Bank: Washington, DC.
- Frölich, M. 2004. "Finite-Sample Properties of Propensity-Score Matching and Weighting Estimators." *Review of Economics and Statistics* 86(1): 77-90.
- Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social (FUSADES) 2003. "Competitividad para el desarrollo" Informe de Desarrollo Económico y Social.

- Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social (FUSADES) 2004. “El Desafío Rural: Pobreza, vulnerabilidad y oportunidades.” Informe de Desarrollo Económico y Social.
- Gilligan and J. Hoddinott. 2006. “China: Rural Safety Nets Study”, mimeo, International Food Policy Research Institute, Washington DC.
- Gilligan and J. Hoddinott. 2007. “Is there persistence in the impact of emergency food aid? Evidence on consumption, food security and assets in rural Ethiopia”, *American Journal of Agricultural Economics*, forthcoming.
- Grosh, Margaret E. y Judy Baker. 1995. “Proxy Means Tests for Targeting Social Programs: Simulations and Speculation” World Bank, LSMS Working Paper No. 118. Washington DC.
- Hahn, J., P. Todd, and W. van der Klaauw. 2001. “Identification and Estimation of Treatment Effects with a Regression-Discontinuity Design.” *Econometrica* 69 (1):201-209.
- Hahn, Jinyong, Todd, Petra y Wilbert van der Klaauw. 2001. “Identification and Estimation of Treatment Effects with a Regression-Discontinuity Design.” *Econometrica* 69 (1):201-209.
- Heckman, J., and J.A. Smith. 1995. “Assessing the case for social experiments.” *Journal of Economic Perspectives* 9: 85-110.
- Heckman, J., H. Ichimura, J.A. Smith, and P.E. Todd. 1998. “Characterizing Selection Bias Using Experimental Data.” *Econometrica* 66:1017-1098.
- Heckman, J.J., H. Ichimura, and P.E. Todd. 1997. “Matching as an Econometric Evaluation Estimator: Evidence from Evaluating a Job Training Program.” *Review of Economic Studies* 64:605-654.
- Heckman, J.J., H. Ichimura, and P.E. Todd. 1998. “Matching as an Econometric Evaluation Estimator.” *Review of Economic Studies* 65:261-294.
- Heckman, James. J., Ichimura, Hidehiko y Petra E. Todd. 1997. “Matching as an econometric evaluation estimator: Evidence from evaluating a job training programme.” *Review of Economic Studies* 64 (4): 605-654.
- Hirano, K., G.W. Imbens, and G. Ridder. 2003. “Efficient Estimation of Average Treatment Effects Using the Estimated Propensity Score.” *Econometrica* 71(4): 1161-1189.
- IFPRI y FUSADES. 2008. “Evaluación de Impacto Externa de la Red Solidaria: Informe de Línea Basal”. 15 de mayo de 2008. Preparado para FISDL: San Salvador, El Salvador.
- IFPRI y FUSADES. 2009. “Evaluación Externa de la Red Solidaria: Informe de impactos al año de implementación”. 25 de febrero de 2009. Preparado para FISDL: San Salvador, El Salvador.
- IFPRI y FUSADES. 2009. “Evaluación Externa del Programa Red Solidaria: Informe de Satisfacción de los Usuarios de la Red”. 16 de septiembre de 2009. Preparado para FISDL: San Salvador, El Salvador.

- IFPRI y FUSADES. 2010. "Evaluación Externa del Programa Red Solidaria: Estudio Cualitativo-Seguimiento". 12 de agosto de 2010. Preparado para FISDL: San Salvador, El Salvador.
- IFPRI y FUSADES. 2010. "Evaluación Externa del Programa Red Solidaria: Informe de impactos a los dos años de implementación". 17 de febrero de 2010. Preparado para FISDL: San Salvador, El Salvador.
- Imbens, Guido W. y Thomas Lemieux. 2008. "Regression discontinuity designs: A guide to practice." *Journal of Econometrics* 142: 615-635.
- Jensen, Robert y Nolan H. Miller. 2008. "The Impact of the World Food Price Crisis on Nutrition in China." Forthcoming in *Agricultural Economics*, KSG Working Paper 08-039, Harvard University.
- King, Elizabeth, y Jere Behrman. 2009. "Timing and Duration of Exposure in Evaluations of Social Programs." *World Bank Research Observer* 24: 55-82.
- Lang, Kevin, y Jay L. Zagorsky. 2001. "Does Growing Up with a Parent Absent Really Hurt?" *Journal of Human Resources* 36(2): 253-273.
- Lardé de Palomo, Anabella y Roberto Rivera Campos. 2002. "Invirtamos en educación para desafiar el crecimiento económico y la pobreza." Informe de desarrollo económico y social, FUSADES/DEES.
- Lee, David S. y Thomas Lemieux. 2009. "Regression Discontinuity Designs in Economics" NBER Working Paper No. 14723. Cambridge, MA.
- Lindert, Kathy, Linder, Anja, Hobbs, Jason, y Benedicte de la Briere. 2007. "The Nuts and Bolts of Brazil's Bolsa Familia Program: Implementing Conditional Cash Transfers in a Decentralized Context." World Bank Social Protection Working Paper No. 709. Washington DC.
- Maluccio, J. A., and R. Flores. 2005. "Impact Evaluation of a Conditional Cash Transfer Program: The Nicaraguan Red de Protección Social." Research Report 141. Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute.
- Maluccio, John A., Hoddinott, John, Behrman, Jere R., Martorell, Reynaldo, Quisumbing, Agnes R., y Aryeh D. Stein. 2006. "The Impact of Nutrition during Early Childhood on Education among Guatemalan Adults." Middlebury College Economics Discussion Paper No. 06-14.
- Maluccio, John A., y Rafael Flores. 2005. "Impact Evaluation of a Conditional Cash Transfer Program: The Nicaraguan Red de Protección Social." International Food Policy Research Institute Research Report No. 141., Washington DC. .
- Martorell, R. & Scrimshaw, N. S. 1995. "The effects of improved nutrition in early childhood: the Institute of Nutrition of Central America and Panama (INCAP) follow-up study". *Journal of Nutrition* 125(4S), 1027S-1138S.
- Miles, M.B. & A. M. Huberman. 1994. "Qualitative Data Analysis". Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Ministerio de Educación. 2007. “¿Qué ruta tomamos? Estrategia para mejorar nuestro centro educativo”.
- Ministerio de Educación, Censo Matricular. 2007 y algunos indicadores seleccionados del Censo Matricular 2006.
- Ministerio de Educación, “Estudio analítico de la implementación inicial del Programa Edúcame” 2009.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2004. “Guía de Indicadores Priorizados, Parte V.” disponible en:  
[http://www.mspas.gob.sv/pdf/DOC\\_INFORMACION/GUIA\\_INDICADORES\\_PRIORIZADOS2004/PARTE\\_V.pdf](http://www.mspas.gob.sv/pdf/DOC_INFORMACION/GUIA_INDICADORES_PRIORIZADOS2004/PARTE_V.pdf)
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, bases de datos de la Unidad de Información, Monitoreo y Evaluación. Disponible en <http://www.mspas.gob.sv/informacion.asp>
- Mitchell, J.C. 1987. “Case Studies In Ellen, R. (ed.) Ethnographic Research”. London: Academic Press.
- Murray, David. 1998. “Group Randomized Trials”. Oxford: Oxford University Press.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) 2006. Patrones OMS de crecimiento infantil.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), ICM y FIGO. 2004. “Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant. Making Pregnancy Safer: Department of Reproductive Health and Research”, World Health Organization: Geneva.
- Organización Mundial de la Salud (OMS)/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre). 2010. “Human Papillomavirus and Related Cancers in El Salvador”. Summary Report 2010. [último acceso, 28 de Septiembre de 2010: [http://apps.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/ico/country\\_pdf/SLV.pdf](http://apps.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/ico/country_pdf/SLV.pdf)].
- Press.Buddelmeyer H. and E. Skoufias. 2003. “An Evaluation of the Performance of Regression Discontinuity Design on PROGRESA.” IZA Discussion Paper No. 827. Bonn: Institute for the Study of Labor.
- Red Solidaria. 2007. “Focalización intra municipal”, mimeo, octubre de 2007.
- Rosenbaum, P. and D.B. Rubin. 1983. “The Central Role of the Propensity Score in Observational Studies for Causal Effects.” *Biometrika* 70:41-55.
- Rosenbaum, Paul R. y Donald B. Rubin. 1983. “The Central Role of the Propensity Score in Observational Studies for Causal Effects.” *Biometrika* 70:41-55.
- Ruel, M. 2001. “The natural history of growth failure: importance of intrauterine and postnatal periods.” In: Nutrition and Growth (Martorell, R. & Haschke, F. eds.), pp. 123-158. Nestlé Nutrition Workshop Series, Pediatric Program, Vol. 47. Nestec Ltd., Vevey/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

- Ruel, M.T. and A. Quisumbing, with K. Hallman, B. de la Brière and N. Coj de Salazar. 2006. "The Guatemala Community Day Care Program." An Example of Effective Urban Programming. Research Report 144. International Food Policy Research Institute, Washington, DC 2006.
- Schady, Norbert, y Caridad Araujo. 2006. "Cash transfers, conditions, school enrollment, and child work: Evidence from a randomized experiment in Ecuador," World Bank Policy Research Working Paper No. 3930. Washington, DC.
- Schultz, T. Paul. 2004. "School subsidies for the poor: Evaluating the Mexican Progresa poverty program. *Journal of Development Economics* 74: 199-250.
- Secretaría Técnica de la Presidencia. 2007. "Manual Operativo de Red Solidaria", mimeo, octubre de 2007.
- Skoufias, E. 2005. "PROGRESA and its impacts on human capital and welfare of households in rural Mexico: a synthesis of the results of an evaluation by IFPRI." Research Report 139. International Food Policy Research Institute, Washington, DC 2005.
- Smith, J.A. and P.E. Todd. 2001. "Reconciling Conflicting Evidence on the Performance of Propensity-Score Matching Methods." *American Economic Review* 91:112-118.
- Smith, J.A. and P.E. Todd. 2005. "Does Matching Overcome LaLonde's Critique of Nonexperimental Estimators?" *Journal of Econometrics* 125:305-353.
- Tarozzi, Alessandro, y Angus Deaton. 2008. "Using Census and Survey Data to Estimate Poverty and Inequality for Small Areas." *Review of Economics and Statistics*, forthcoming.
- UNICEF/OMS. 2009. "Diarrhoea: Why children are still dying and what can be done." UNICEF: New York: NY. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598415\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598415_eng.pdf).
- Weitzman E. A. & M. B. Miles. 1995. *Computer Programs for Qualitative Data Analysis*.

## ANEXO A. CALIDAD DE LOS DATOS ADMINISTRATIVOS

Una pregunta importante relacionada con la evaluación de impacto es si los indicadores que recopilan los ministerios de Educación y Salud, o que han recopilado tradicionalmente, tienen o no la suficiente calidad para monitorear el progreso del indicador o realizar pruebas de impacto. Los dos principales conjuntos de datos que fueron considerados son: el Censo Escolar, que tradicionalmente es recopilado por el Ministerio de Educación, y los datos que son publicados mensualmente en el sitio en Internet del Ministerio de Salud, agregando ciertos indicadores a nivel de municipio.

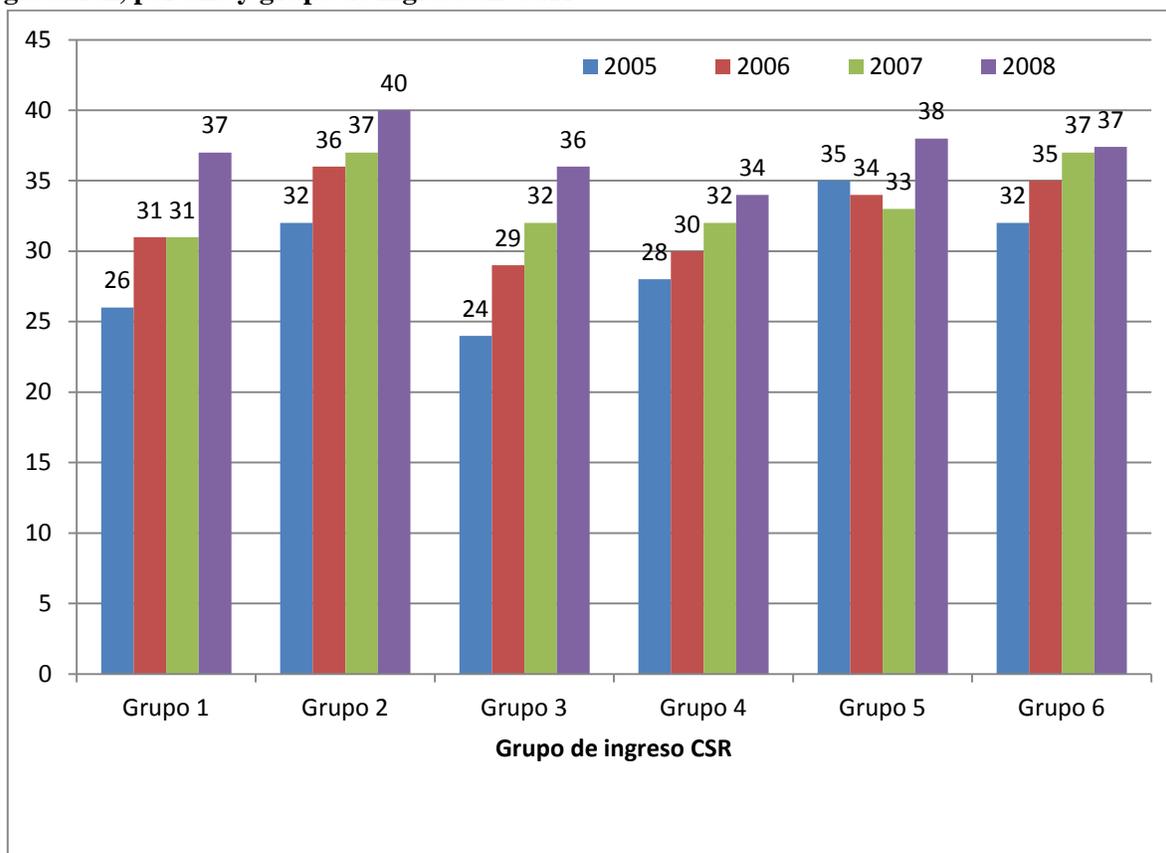
Como se señaló en el informe inicial que describe datos de línea basal, ambas fuentes de datos comparten un defecto específico —con los datos de las encuestas de hogares se pueden conocer tasas de población, mientras que con los datos administrativos solamente se puede contar el número de personas por categorías. Tomando como ejemplo la tasa de matrícula de niños con edades entre 7 y 12 años, con datos del censo escolar, se puede contar el número de estudiantes por rango de edad que están matriculados en la escuela en un municipio particular, pero no se sabe el número total de niños en ese rango de edad en el municipio, así que no se pueden medir las tasas de matrícula. Además, se desconoce si algunos de esos niños se matriculan en escuelas de otros municipios, así que aunque se supiera el número de niños en un área particular, se puede subestimar la tasa de matrícula. Por lo tanto, los datos de las encuestas de hogares son más apropiados para medir el cambio en la tasa de matrícula en respuesta a una intervención tal como *CSR*.

Algunos datos sobre indicadores de salud pueden ser más útiles que los datos que provienen de un censo de educación. Como se demostró en los informes anteriores (informe de línea basal, informe de impacto de primer año y el informe de impacto de segundo año), casi todas las madres se inscribieron para control prenatal y casi todos los niños están inscritos en control de crecimiento. En lugar de medir si las madres o los niños se inscriben para control prenatal o control de crecimiento, se puede medir si las madres se registraron o no en las primeras 12 semanas de embarazo, lo cual es la norma, y si los niños fueron inscritos en el control de crecimiento en los primeros 28 días de vida, lo cual también es la norma. Ambas estadísticas podrían ser usadas para el análisis de impacto o al menos para monitorear el progreso de los indicadores. Sin embargo, hay que mencionar que la mayoría de nuevas madres no estarían inscritas en *CSR*, por lo tanto, no se esperaría observar impactos más allá del año siguiente al ingreso al programa, y tampoco se esperaría observar mucho progreso, al menos relacionado con las transferencias de *CSR*. Cualquier progreso asociado con el programa podría ser resultado del cambio de conducta a partir de la participación en capacitaciones.

La gráfica A.1 ilustra los cambios en el porcentaje promedio de madres, en el municipio, inscritas en control prenatal antes de cumplir las 12 semanas de embarazo, entre 2005 y 2008. Para los seis grupos de ingreso a *CSR*, se observan incrementos en el porcentaje de madres reportadas que están en control prenatal antes de las 12 primeras semanas de gestación. Se utilizó el número total de mujeres embarazadas que se inscribieron para control prenatal como denominador; recordando que las estadísticas descriptivas en los hogares muestran que casi todas las mujeres se inscriben en el

control prenatal; es probable que estas estadísticas sean una buena indicación del número promedio del total de mujeres que se inscriben para control prenatal antes de las 12 semanas de embarazo.

**Gráfica A.1. Proporción de madres inscritas en control prenatal antes de las 12 semanas de gestación, por año y grupo de ingreso en CSR**



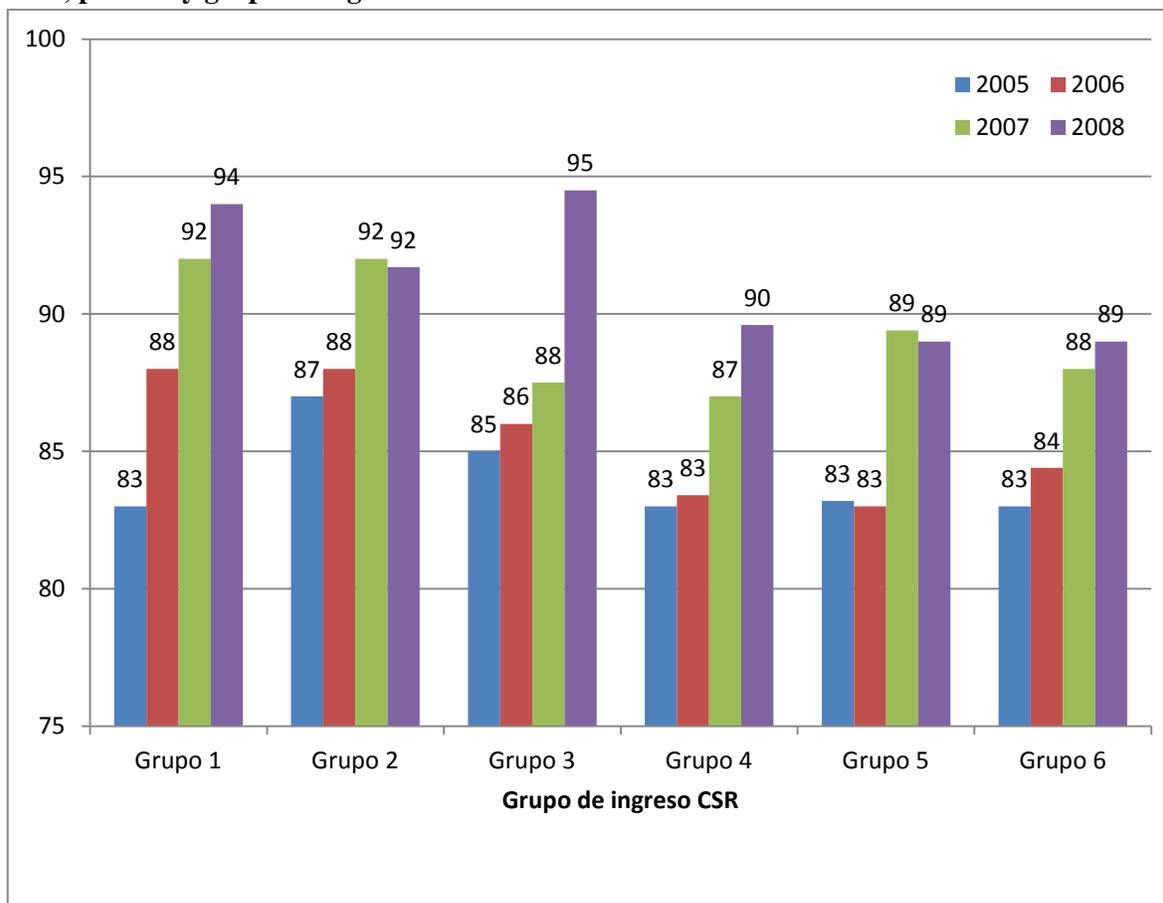
Nota: El Grupo 1 lo forman los municipios que ingresaron a CSR en 2005; el Grupo 2 los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008 y, finalmente, el Grupo 6 los municipios que ingresaron en 2009. Fuente: Elaboración propia con información proporcionada por el Ministerio de Salud

Vale la pena mencionar que se observan mayores incrementos en el porcentaje de mujeres embarazadas que se inscriben en control prenatal antes de las 12 semanas entre los primeros tres grupos (2005, 2006 y 2007), relativo a los últimos tres grupos (inicios de 2008, finales de 2008 y 2009), que muestran incrementos mucho más pequeños en este porcentaje. Sin embargo, estas estadísticas descriptivas demuestran que es probable que no existan impactos, debido en parte a que los cambios son pequeños en términos porcentuales —el cambio general entre 2005 y 2008 es apenas arriba de 10 puntos porcentuales en el grupo 1, y tomó tres años, y en el grupo de comparación apropiado (Grupo 2) también hay incrementos. Aunque la cifra descriptiva sugiere impacto, no es perceptible debido al tamaño de estos incrementos.

Se podría crear un indicador similar a partir de estadísticas del Ministerio de Salud recopiladas entre 2005 y 2008 para control de crecimiento (gráfica A.2). Aunque no se conoce el número exacto de

niños nacidos en el municipio a partir de las estadísticas disponibles, sí se puede saber el número de niños que se inscriben para control de crecimiento y el número que se inscriben antes de que ellos cumplan 28 días de edad. Además, a partir de los datos de la encuesta de evaluación de CSR se sabe que casi todos los niños se inscriben para control de crecimiento. Por lo tanto, al calcular la proporción de niños que se inscriben para control de crecimiento que lo hacen antes de los 28 días de edad, se puede obtener aproximadamente el porcentaje de todos los niños que se inscriben antes de los 28 días de edad.

**Gráfica A.2. Proporción de niños inscritos en control de crecimiento, antes de los 28 días de edad, por año y grupo de ingreso a CSR**

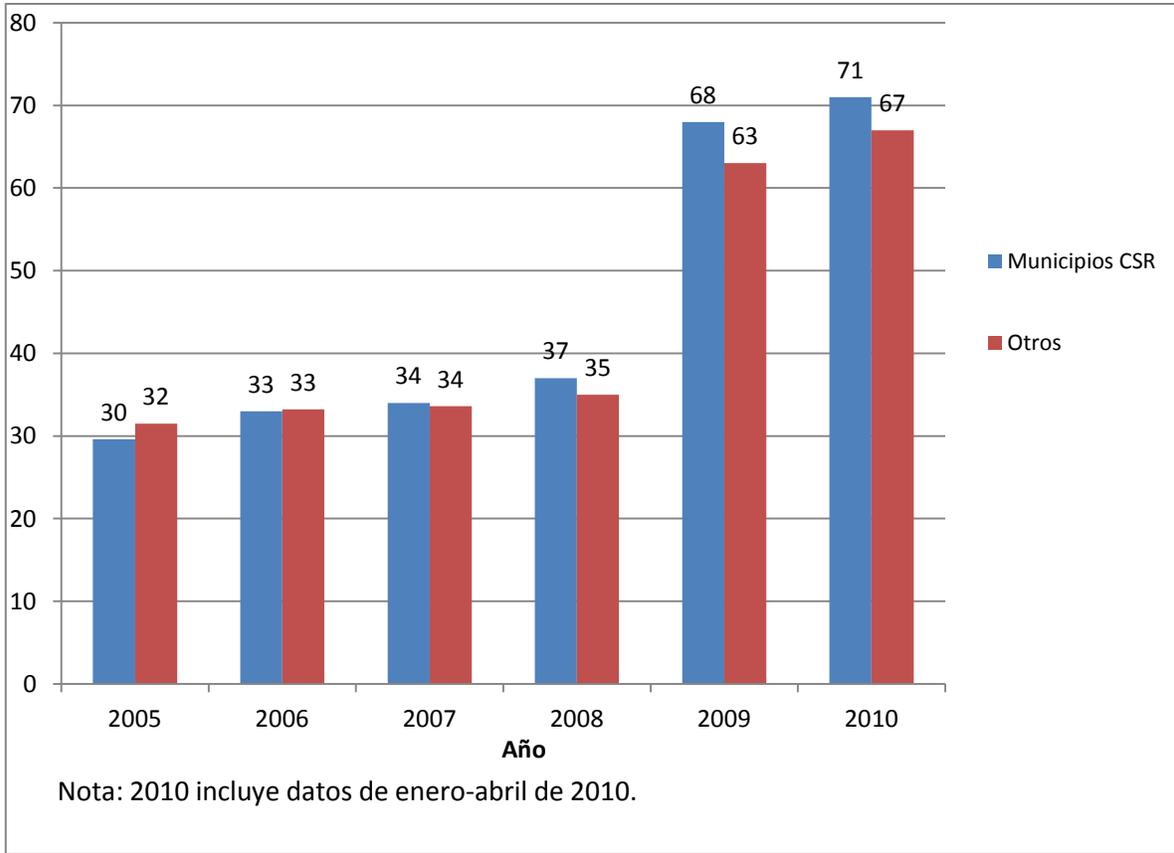


Nota: El Grupo 1 lo forman los municipios que ingresaron a CSR en 2005; el Grupo 2 los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008 y, finalmente, el Grupo 6 los municipios que ingresaron en 2009. Fuente: Elaboración propia con información proporcionada por el Ministerio de Salud

De acuerdo con la gráfica A.2, como con el control prenatal, se observa un incremento en la proporción de niños que se inscriben antes de los 28 días de edad en los seis grupos. Esta cifra demuestra más impactos potenciales, particularmente para el grupo 3. Se observa un incremento notable en la proporción de niños que se inscribieron a tiempo entre 2007 y 2008, mientras que para el grupo 4 (que es el grupo relevante de comparación) no se observa un incremento tan grande para el mismo periodo. Existen cambios comparables en los grupos 1 y 2 (entre 2005 y 2006) y entre los grupos 2 y 3 (entre 2006 y 2007).

Aunque la información presentada hasta ahora indica que existe la posibilidad de usar los datos del Ministerio de Salud para calcular el impacto, desafortunadamente éstos no parecen haber sido recopilados con precisión en 2009 y la primera parte de 2010. Para ilustrarlo, a continuación se grafica la proporción de mujeres inscritas en control prenatal antes de las 12 semanas de embarazo para todos los municipios, desglosada por municipios que pertenecen o no a CSR (gráfica A.3). La gráfica muestra que para todos los municipios, el porcentaje de mujeres que aparentemente se están inscribiendo en control prenatal antes de las 12 semanas de embarazo incrementa en 30 puntos porcentuales entre 2008 y 2009. Dados los cambios lentos observados entre 2005 y 2008, no parecía probable que este cambio ocurriese tan rápidamente.

**Gráfica A.3. Cambio en el porcentaje de mujeres inscritas en control prenatal antes de las 12 semanas de gestación, por estatus de municipio CSR y año, 2005-2010**

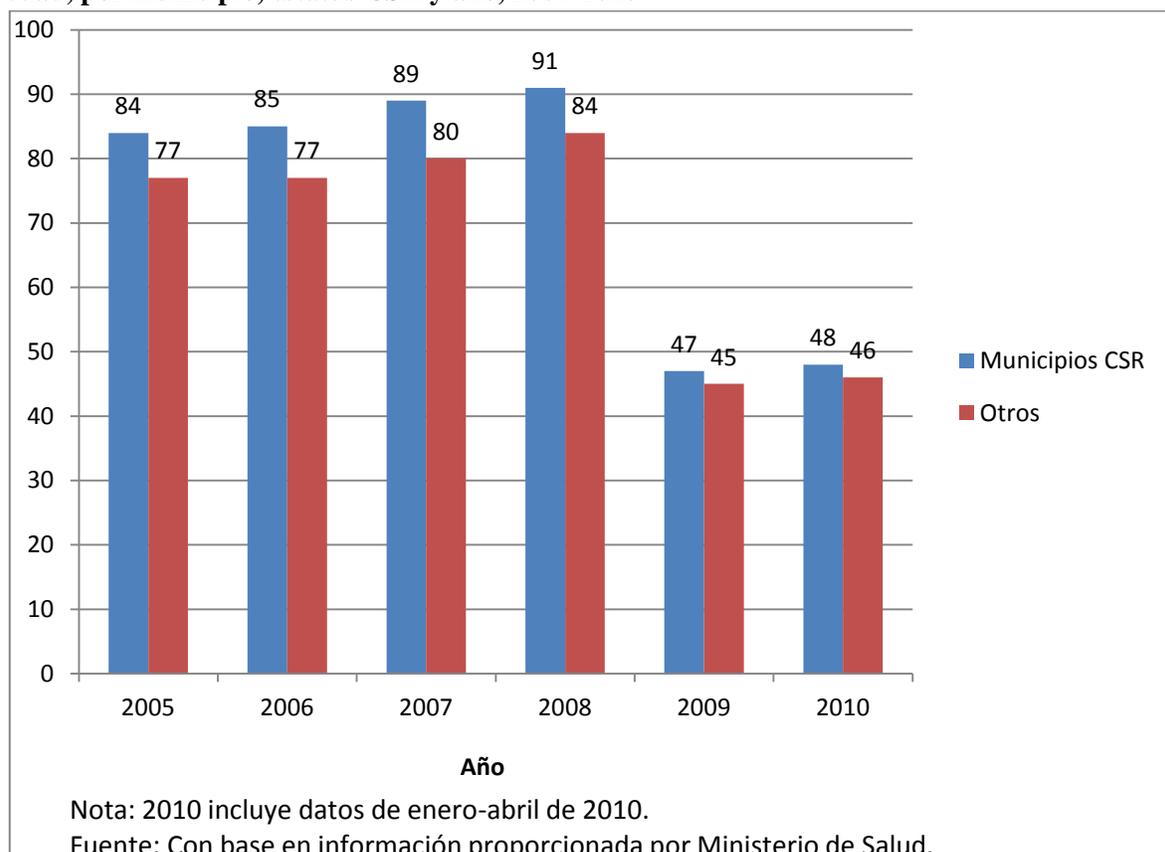


Fuente: Elaboración propia con información proporcionada por el Ministerio de Salud

Las estadísticas del Ministerio de Salud, muestran malas noticias para el indicador de niños que se inscriben para control de crecimiento (gráfica A.4). Se elaboró una gráfica similar para control de crecimiento, y se encontró que la prevalencia de la inscripción en el control de crecimiento a los 28 días de edad, aparentemente descendió en alrededor de 35 puntos porcentuales entre 2009 y 2010, de nuevo para todos los municipios. Menores proporciones persisten para los primeros meses de 2010, como lo hicieron para proporciones más altas cuando se examina el control prenatal. Además,

estas estadísticas son inconsistentes con datos de la tercera ronda de la encuesta de evaluación de impacto, la cual mostró un alto porcentaje de niños menores de 1 año de edad (92.7%) inscritos en control de crecimiento durante el primer mes de vida.

**Gráfica A.4. Proporción de niños inscritos en control de crecimiento inscritos a los 28 días de edad, por municipio, estatus CSR y año, 2005-2010**



Por lo anterior, parece que los datos disponibles del Ministerio de Salud después de 2008 no son confiables para evaluar impactos o progreso de indicadores relacionados con *CSR* u otros programas. Valdría la pena tratar de entender por qué estas cifras han cambiado tan drásticamente desde 2009, particularmente porque estos patrones han persistido en 2010.

Si los datos disponibles del Ministerio de Salud o del Ministerio de Educación no pueden ser usados para determinar el progreso o impacto en indicadores relacionados con el programa, vale la pena analizar cómo hacerlo, ya sea utilizando o modificando la recolección de datos existente para determinar el progreso relacionado con algunos indicadores en los municipios que participan en *CSR*. El mejor candidato es la encuesta anual EHPM, que recopila datos sobre estándares de vida a nivel nacional. Para esto habría que realizar tres modificaciones a la EHPM, para proveer una forma de examinar el progreso en algunos indicadores:

1. La EHPM necesitaría alguna información adicional acerca de la participación de los hogares en *CSR*, potencialmente incluyendo unas cuantas preguntas acerca de si algunos miembros del hogar participaron o no; si es así, cuántos lo hicieron; si algunos pagos han sido descontados o suspendidos o no; y potencialmente su participación en capacitaciones durante los últimos 12 meses.
2. La EHPM actualmente no recopila mucha información acerca de la salud materno-infantil. Una forma de bajo costo para hacer esto, sería agregar preguntas acerca del control prenatal, nacimientos atendidos por personal calificado, y control de crecimiento de los menores de 1 año de edad. Estas preguntas no son onerosas para el esfuerzo de recopilación de datos, pero podrían indicar si continúa o no el progreso en resultados específicos relacionados con puntos importantes en el ciclo de vida.
3. Para garantizar que los datos puedan ser analizados, idealmente se debería sobremuestrear los municipios de *CSR*. En rondas recientes de la EHPM, los municipios con submuestras pequeñas no han sido identificados, haciendo imposible determinar el progreso relacionado con *CSR* (o progreso en municipios de *CSR*). Para garantizar errores estándar bajos en los resultados medios para municipios de *CSR*, vale la pena recopilar datos en al menos 20 o más de esos municipios. Al sobremuestrear hogares en municipios de *CSR*, los tamaños de las muestras serían lo suficientemente grande para determinar el progreso en los resultados de salud mencionados antes.

## **ANEXO B. DETALLE SOBRE LAS ENCUESTAS DE EVALUACIÓN DE IMPACTO**

Casi toda la información que se ha utilizado para la evaluación de impacto proviene de las cuatro rondas de encuestas diseñadas específicamente para medir los impactos que se esperaban en los indicadores principales, según se delinearon en los Términos de Referencia: la encuesta de línea basal y las tres encuestas de seguimiento. Los detalles se presentaron en el Informe Inicial (IFPRI-FUSADES 2007) y también en el Informe de Línea Basal (IFPRI-FUSADES 2008). En este anexo se presenta un resumen de estadísticas básicas sobre los hogares.

### **B.1 Diseño muestral**

La muestra que se necesita para medir los impactos de *CSR* debe ser bastante versátil. Los indicadores que se usan para demostrar los diferentes impactos del programa incluyen varios grupos objetivos muy específicos, por lo que la estrategia de muestreo debe asegurar que la muestra sea suficientemente grande para cada grupo objetivo para demostrar impactos que sean estadísticamente significativos. Finalmente, la muestra debe ser idealmente diseñada para minimizar el tamaño de los impactos que se puedan detectar para el mayor número de indicadores posibles.

La determinación del tamaño y composición de la muestra se basó en tres factores. Primero, se consideró la metodología principal que se utilizará para la evaluación de impacto: discontinuidad en la regresión, por lo que era importante incluir en la muestra el mayor número de municipios en la que estén lo más cercano posible a los umbrales definidos entre los grupos. Segundo, los indicadores que se requieren evaluar, se refieren a varios grupos objetivos de población muy específicos, principalmente se refieren a niños muy pequeños o niños con edad de estar en la escuela primaria (6 a 12 años), por lo que la estrategia de muestreo debió asegurar que la muestra fuera suficientemente grande para cada grupo objetivo, para demostrar impactos que sean estadísticamente significativos. Tercero, se llevaron a cabo cálculos de poder para los indicadores principales para determinar el tamaño de muestra más apropiado para minimizar el tamaño de los impactos que se puedan detectar para el mayor número de indicadores posibles.

Después de completar los cálculos de poder, se determinó que la muestra se debía estructurar de la siguiente manera: se incluirían 100 cantones en 50 municipios, y dentro de cada cantón, se muestrearían 15 hogares con niños menores de tres años y 15 hogares con niños entre 6 y 12 años. En total, la muestra incluye 3,000 hogares en 50 municipios.

Por lo tanto, se seleccionaron los 50 municipios más cercanos a los tres umbrales descritos en el párrafo anterior, luego de eliminar de la lista aquellos municipios que no tenían cantones rurales o que se anticipaba que tuvieran poblaciones bajas en los cantones<sup>46</sup>. Esos municipios se eliminaron ya sea porque existía la seguridad (con base en los censos de FISDL) o fuertes sospechas (para los

---

<sup>46</sup> El municipio de San Antonio Los Ranchos, en Chalatenango, se eliminó del marco muestral pues solo cuenta con un cantón. Los municipios de San Isidro Labrador, Ojos de Agua, Las Vueltas, Potonico, Nueva Trinidad y San Antonio de la Cruz, todos de Chalatenango, se descartaron del marco muestral porque no se contaría con una muestra de tamaño suficiente en sus cantones.

municipios para los que no se contaba con censos) de que no se podría encontrar suficientes niños en los dos grupos de edad objetivos. Luego se procedió a seleccionar dos cantones aleatoriamente en cada municipio, con excepción de los municipios que ingresaron en 2006. Puesto que se quiere intentar identificar los impactos en los indicadores al agregar servicios básicos a los cantones de *CSR*, la muestra de los cantones que ingresaron en ese año se separaron en dos grupos: los que habían recibido inversión en servicios básicos y los que no la habían recibido; luego, se procedió a seleccionar aleatoriamente un cantón de cada grupo (con excepción de Santiago de La Frontera, pues todos sus cantones ya tenían intervenciones de servicios básicos).

Para hacer más fácil la comprensión de los grupos de comparación a los que se hace referencia, en este informe se le asignó a cada uno un número que indica el orden secuencial en el cual los municipios que lo forman ingresaron a *CSR*. Así, el Grupo 1 lo conforman los municipios que ingresaron primero al programa, es decir, en 2005. El Grupo 2 lo conforman los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008 y, finalmente, el Grupo 6 lo conforman el resto de municipios que ingresaron en 2009. La lista de los 100 municipios del Mapa de Pobreza se presenta en el cuadro B.1.2; también se ha incluido en el cuadro el Grupo de Pobreza Extrema al que pertenece, el año en que ingresó a *CSR*, y el Grupo de municipios al que pertenece. Por su parte, en el cuadro B.1.2 se presenta la lista de los cantones seleccionados, indicando el municipio al que pertenece, el grupo de comparación.

**Cuadro B.1.1. Municipios del Mapa de Pobreza por Grupo de Pobreza Extrema y año de ingreso a *CSR***

Orden	Departamento	Municipio	Grupo de Pobreza Extrema	Año de ingreso a <i>CSR</i>	Grupo de municipios	En la muestra de evaluación
1	MORAZÁN	TOROLA	Severa	2005	Grupo 1	
2	SAN MIGUEL	SAN ANTONIO	Severa	2005	Grupo 1	
3	SONSONATE	CUISNAHUAT	Severa	2005	Grupo 1	
4	MORAZÁN	GUATAJIAGUA	Severa	2005	Grupo 1	
5	SONSONATE	CALUCO	Severa	2005	Grupo 1	
6	USULUTÁN	NUEVA GRANADA	Severa	2005	Grupo 1	
7	CHALATENANGO	SAN FERNANDO	Severa	2005	Grupo 1	
8	CABAÑAS	JUTIAPA	Severa	2005	Grupo 1	
9	MORAZÁN	GUALOCOCTI	Severa	2005	Grupo 1	
10	SAN MIGUEL	CAROLINA	Severa	2005	Grupo 1	
11	MORAZÁN	SAN ISIDRO	Severa	2005	Grupo 1	
12	CABAÑAS	CINQUERA	Severa	2005	Grupo 1	
13	CHALATENANGO	CANCASQUE	Severa	2005	Grupo 1	
14	MORAZÁN	JOATECA	Severa	2005	Grupo 1	
15	AHUACHAPÁN	GUAYMANGO	Severa	2005	Grupo 1	

**Cuadro B.1.1. Municipios del Mapa de Pobreza por Grupo de Pobreza Extrema y año de ingreso a CSR (continuación)**

Orden	Departamento	Municipio	Grupo de Pobreza Extrema	Año de ingreso a CSR	Grupo de municipios	En la muestra de evaluación
16	CHALATENANGO	SAN ISIDRO LABRADOR	Severa	2006	Grupo 2	
		SAN FRANCISCO				Sí
17	CHALATENANGO	MORAZÁN	Severa	2006	Grupo 2	
18	MORAZÁN	SAN SIMÓN	Severa	2006	Grupo 2	Sí
19	SANTA ANA	MASAHUAT	Severa	2006	Grupo 2	Sí
20	CHALATENANGO	ARCATAO	Severa	2006	Grupo 2	
21	SAN VICENTE	SANTA CLARA	Severa	2006	Grupo 2	Sí
		SAN ANTONIO LOS RANCHOS				
22	CHALATENANGO	RANCHOS	Severa	2006	Grupo 2	
		SAN ESTEBAN				Sí
23	SAN VICENTE	CATARINA	Severa	2006	Grupo 2	
24	USULUTÁN	SAN AGUSTÍN	Severa	2006	Grupo 2	Sí
		SANTIAGO DE LA FRONTERA				Sí
25	SANTA ANA	FRONTERA	Severa	2006	Grupo 2	
26	SONSONATE	SANTO DOMINGO	Severa	2006	Grupo 2	Sí
27	CHALATENANGO	LA LAGUNA	Severa	2006	Grupo 2	Sí
28	LA PAZ	PARAÍSO DE OSORIO	Severa	2006	Grupo 2	Sí
29	CHALATENANGO	OJOS DE AGUA	Severa	2006	Grupo 2	
30	CHALATENANGO	LAS VUELTAS	Severa	2006	Grupo 2	
31	USULUTÁN	ESTANZUELAS	Severa	2006	Grupo 2	Sí
32	CHALATENANGO	POTONICO	Severa	2006	Grupo 2	
		NUEVO EDÉN DE SAN JUAN				
33	SAN MIGUEL	JUAN	Alta	2007	Grupo 3	
34	LA LIBERTAD	JICALAPA	Alta	2007	Grupo 3	
35	LA UNIÓN	LISLIQUE	Alta	2007	Grupo 3	
36	CABAÑAS	DOLORES	Alta	2007	Grupo 3	
		SANTA ISABEL				Sí
37	SONSONATE	ISHUATÁN	Alta	2007	Grupo 3	
38	MORAZÁN	CACAOPERA	Alta	2007	Grupo 3	Sí
39	USULUTÁN	SAN FRANCISCO JAVIER	Alta	2007	Grupo 3	Sí
40	MORAZÁN	CORINTO	Alta	2007	Grupo 3	Sí
41	MORAZÁN	YAMABAL	Alta	2007	Grupo 3	Sí
42	AHUACHAPÁN	JUJUTLA	Alta	2007	Grupo 3	Sí
43	SAN MIGUEL	SESORI	Alta	2007	Grupo 3	Sí
44	AHUACHAPÁN	TACUBA	Alta	2007	Grupo 3	Sí
45	MORAZÁN	ARAMBALA	Alta	2007	Grupo 3	Sí
46	CUSCATLAN	MONTE SAN JUAN	Alta	2007	Grupo 3	Sí
47	MORAZÁN	CHILANGA	Alta	2007	Grupo 3	Sí

**Cuadro B.1.1. Municipios del Mapa de Pobreza por Grupo de Pobreza Extrema y año de ingreso a CSR (continuación)**

Orden	Departamento	Municipio	Grupo de Pobreza Extrema	Año de ingreso a CSR	Grupo de municipios	En la muestra de evaluación
48	MORAZÁN	SAN FERNANDO	Alta	Inicios 2008	Grupo 4	Sí
49	MORAZÁN	SENSEMBRA	Alta	Inicios 2008	Grupo 4	Sí
50	SONSONATE	SANTA CATARINA MASAHUAT	Alta	Inicios 2008	Grupo 4	Sí
51	LA LIBERTAD	TEOTEPEQUE	Alta	Inicios 2008	Grupo 4	Sí
52	SAN MIGUEL	SAN GERARDO	Alta	Inicios 2008	Grupo 4	Sí
53	CHALATENANGO	NUEVA TRINIDAD	Alta	Inicios 2008	Grupo 4	Sí
54	MORAZÁN	LOLOTIQUILLO	Alta	Inicios 2008	Grupo 4	Sí
55	CUSCATLAN	SAN CRISTÓBAL	Alta	Inicios 2008	Grupo 4	Sí
56	SAN VICENTE	SAN ILDEFONSO	Alta	Inicios 2008	Grupo 4	Sí
57	AHUACHAPÁN	SAN PEDRO PUXTLA	Alta	Inicios 2008	Grupo 4	Sí
58	CHALATENANGO	AGUA CALIENTE	Alta	Inicios 2008	Grupo 4	Sí
59	LA LIBERTAD	COMASAGUA	Alta	Inicios 2008	Grupo 4	Sí
60	LA LIBERTAD	CHILTIUPÁN	Alta	Inicios 2008	Grupo 4	Sí
61	CABAÑAS	VICTORIA	Alta	Inicios 2008	Grupo 4	Sí
62	USULUTÁN	ALEGRÍA	Alta	Inicios 2008	Grupo 4	Sí
63	USULUTÁN	TECAPÁN	Alta	Inicios 2008	Grupo 4	Sí
64	CHALATENANGO	SAN ANTONIO DE LA CRUZ	Alta	Inicios 2008	Grupo 4	Sí
65	SAN MIGUEL	CIUDAD BARRIOS	Alta	Inicios 2008	Grupo 4	Sí
66	USULUTÁN	CONCEPCIÓN BATRES	Alta	Inicios 2008	Grupo 4	Sí
67	USULUTÁN	BERLÍN	Alta	Inicios 2008	Grupo 4	Sí
68	USULUTÁN	OZATLÁN	Alta	Finales 2008	Grupo 5	Sí
69	CHALATENANGO	SAN JOSÉ LAS FLORES	Alta	Finales 2008	Grupo 5	Sí
70	LA PAZ	SAN EMIGDIO	Alta	Finales 2008	Grupo 5	Sí
71	LA PAZ	SAN JUAN TEPEZONTES	Alta	Finales 2008	Grupo 5	Sí
72	LA PAZ	SANTA MARÍA OSTUMA	Alta	Finales 2008	Grupo 5	Sí
73	LA UNIÓN	YAYANTIQUE	Alta	Finales 2008	Grupo 5	Sí
74	SAN MIGUEL	SAN JORGE	Alta	Finales 2008	Grupo 5	Sí
75	USULUTÁN	MERCEDES UMAÑA	Alta	Finales 2008	Grupo 5	Sí
76	CHALATENANGO	EL CARRIZAL	Alta	Finales 2008	Grupo 5	Sí
77	SAN VICENTE	SAN LORENZO	Alta	Finales 2008	Grupo 5	Sí
78	LA PAZ	SN.MIGUEL TEPEZONTES	Alta	2009	Grupo 6	
79	SAN VICENTE	APASTEPEQUE	Alta	2009	Grupo 6	
80	CHALATENANGO	NOMBRE DE JESÚS	Alta	2009	Grupo 6	
81	USULUTÁN	JUCUARÁN	Alta	2009	Grupo 6	
82	CABAÑAS	ILOBASCO	Alta	2009	Grupo 6	
83	MORAZÁN	EL ROSARIO	Alta	2009	Grupo 6	
84	CHALATENANGO	COMALAPA SANTA CRUZ	Alta	2009	Grupo 6	
85	CUSCATLAN	ANALQUITO	Alta	2009	Grupo 6	

**Cuadro B.1.1. Municipios del Mapa de Pobreza por Grupo de Pobreza Extrema y año de ingreso a CSR (continuación)**

Orden	Departamento	Municipio	Grupo de Pobreza Extrema	Año de ingreso a CSR	Grupo de municipios	En la muestra de evaluación
86	LA PAZ	SAN PEDRO NONUALCO	Alta	2009	Grupo 6	
87	CUSCATLAN	EL ROSARIO	Alta	2009	Grupo 6	
88	CABAÑAS	TEJUTEPEQUE	Alta	2009	Grupo 6	
89	LA UNIÓN	SAN JOSÉ	Alta	2009	Grupo 6	
90	MORAZÁN	DELICIAS DE CONCEPCIÓN	Alta	2009	Grupo 6	
91	LA PAZ	SAN ANTONIO MASAHUAT	Alta	2009	Grupo 6	
92	LA PAZ	TAPALHUAPA	Alta	2009	Grupo 6	
93	CHALATENANGO	SAN LUIS DEL CARMEN	Alta	2009	Grupo 6	
94	SAN VICENTE	VERAPAZ	Alta	2009	Grupo 6	
95	SANTA ANA	SANTA ROSA GUACHIPILÍN	Alta	2009	Grupo 6	
96	USULUTÁN	SANTA ELENA	Alta	2009	Grupo 6	
97	CUSCATLAN	TENANCINGO CONCEP.	Alta	2009	Grupo 6	
98	CHALATENANGO	QUEZALTEPEQUE	Alta	2009	Grupo 6	
99	CHALATENANGO	SAN MIGUEL DE MERCEDES	Alta	2009	Grupo 6	
100	CHALATENANGO	SAN FRANCISCO LEMPA	Alta	2009	Grupo 6	

Fuente: FISDL/FLACSO, Mapa de Pobreza (2005)

Luego de seleccionar los municipios, se procedió a seleccionar dos cantones aleatoriamente en cada municipio, con excepción de los municipios que ingresaron en 2006 (Grupo 2). Puesto que se quiere intentar identificar los impactos en los indicadores al agregar servicios básicos a los cantones de CSR, la muestra de los cantones que ingresaron en ese año se separaron en dos grupos: los que habían recibido inversión en servicios básicos y los que no la habían recibido; luego, se procedió a seleccionar aleatoriamente un cantón de cada grupo (con excepción de Santiago de La Frontera, pues todos sus cantones ya tenían intervenciones de servicios básicos).

En el Informe de Línea Basal (IFPRI-FUSADES, 2008) se discute con detalle cómo se seleccionaron los cantones y, dentro de éstos, los hogares, de manera que se tuviera una mayor posibilidad para demostrar los impactos de CSR.

**Cuadro B.1.2 Municipios y cantones seleccionados**

	Departamento	Municipio	Cantón	Año de ingreso a CSR	Servicios básicos
<b>Grupo 2 (Tratamiento 1)</b>					
S17	Chalatenango	San Francisco Morazán	Los Naranjos	2006	Sí
S17	Chalatenango	San Francisco Morazán	Sumpul de Chacones	2006	
S18	Morazán	San Simón	Potrero Adentro	2006	Sí
S18	Morazán	San Simón	El Cerro	2006	
S19	Santa Ana	Masahuat	La Ruda	2006	Sí
S19	Santa Ana	Masahuat	La Joya	2006	
S21	San Vicente	Santa Clara	San Jerónimo	2006	
S21	San Vicente	Santa Clara	San Juan de Merino	2006	Sí
S23	San Vicente	San Esteban Catarina	Amatitán Abajo	2006	Sí
S23	San Vicente	San Esteban Catarina	San Ildefonso	2006	
S24	Usulután	San Agustín	Buenos Aires	2006	Sí
S24	Usulután	San Agustín	Los Planes	2006	
S25	Santa Ana	Santiago de la Frontera	El Flor	2006	Sí
S25	Santa Ana	Santiago de la Frontera	La Danta	2006	Sí
S26	Sonsonate	Santo Domingo	El Caulote	2006	
S26	Sonsonate	Santo Domingo	El Zarzal	2006	Sí
S27	Chalatenango	La Laguna	La Cuchilla	2006	Sí
S27	Chalatenango	La Laguna	Las Pacayas	2006	
S28	La Paz	Paraíso de Osorio	El Copinol	2006	
S28	La Paz	Paraíso de Osorio	Los Zacatales	2006	Sí
S31	Usulután	Estanzuelas	El Tecomatal	2006	Sí
S31	Usulután	Estanzuelas	La Cruz	2006	

Nota: “Servicios básicos” se refiere a los cantones para los cuales se tiene conocimiento que habrían recibido intervenciones por parte de CSR, y que pueden ser utilizados para comparaciones con los otros cantones de este mismo municipio. Puesto que no se contaba con información de los cantones que ingresaron a CSR después de 2006 y que recibirían intervención de servicios básicos a la hora de diseñar la muestra, tales cantones no se incluyeron en el análisis. En el municipio de Santiago de la Frontera, todos los cantones ya contaban con intervenciones de servicios básicos.

**Cuadro B.1.2 Municipios y cantones seleccionados, continuación**

	Departamento	Municipio	Cantón	Año de ingreso a CSR	Servicios básicos
<b>Grupo 3 (Control 1/Tratamiento 2)</b>					
A5	Sonsonate	Santa Isabel Ishuatán	Acachapa	2007	
A5	Sonsonate	Santa Isabel Ishuatán	El Corozal	2007	
A6	Morazán	Cacaopera	La Estancia	2007	
A6	Morazán	Cacaopera	Sunsulaca	2007	
A7	Usulután	San Francisco Javier	La Peña	2007	
A7	Usulután	San Francisco Javier	El Tablón	2007	
A8	Morazán	Corinto	Corralito	2007	
A8	Morazán	Corinto	La Laguna	2007	
A9	Morazán	Yamabal	Joya del Matazano	2007	
A9	Morazán	Yamabal	San Juan	2007	
A10	Ahuachapán	Jujutla	Barra de Santiago	2007	
A10	Ahuachapán	Jujutla	Zapúa	2007	
A11	San Miguel	Sesori	Managuara	2007	
A11	San Miguel	Sesori	Mazatepeque	2007	
A13	Morazán	Arambala	Pueblo Viejo	2007	
A13	Morazán	Arambala	Tierra Colorada	2007	
A14	Cuscatlán	Monte San Juan	El Rosario	2007	
A14	Cuscatlán	Monte San Juan	San Andrés	2007	
A15	Morazán	Chilanga	El Pedernal	2007	
A15	Morazán	Chilanga	Lajitas	2007	
A12	Ahuachapán	Tacuba	Agua Fría	2007	
A12	Ahuachapán	Tacuba	El Rosario	2007	
<b>Grupo 4 (Control 2/Tratamiento 3)</b>					
A16	Morazán	San Fernando	Azacualpa	Inicios 2008	
A16	Morazán	San Fernando	Cañaverales	Inicios 2008	
A17	Morazán	Sensemra	El Limón	Inicios 2008	
A17	Morazán	Sensemra	El Rodeo	Inicios 2008	
A18	Sonsonate	Santa Catarina Masahuat	Cuyuapa	Inicios 2008	
A18	Sonsonate	Santa Catarina Masahuat	El Matazano	Inicios 2008	
A19	La Libertad	Teotepeque	Los Izotes	Inicios 2008	
A19	La Libertad	Teotepeque	San Marcos	Inicios 2008	
A20	San Miguel	San Gerardo	Laguna	Inicios 2008	
A20	San Miguel	San Gerardo	La Joya	Inicios 2008	
A22	Morazán	Lolotiquillo	Gualindo	Inicios 2008	
A22	Morazán	Lolotiquillo	La Manzanilla	Inicios 2008	
A23	Cuscatlán	San Cristóbal	La Virgen	Inicios 2008	
A23	Cuscatlán	San Cristóbal	San José	Inicios 2008	
A24	San Vicente	San Ildefonso	Lajas y Canoas	Inicios 2008	
A24	San Vicente	San Ildefonso	San Pablo Cañales	Inicios 2008	
A25	Ahuachapán	San Pedro Puxtla	El Cortez	Inicios 2008	
A25	Ahuachapán	San Pedro Puxtla	La Concepción	Inicios 2008	
A26	Chalatenango	Agua Caliente	Obrajuelo	Inicios 2008	
A26	Chalatenango	Agua Caliente	Ojos de Agua	Inicios 2008	
A27	La Libertad	Comasagua	El Peñón	Inicios 2008	
A27	La Libertad	Comasagua	La Shila	Inicios 2008	
A28	La Libertad	Chiltiupán	Cuervo Arriba	Inicios 2008	
A28	La Libertad	Chiltiupán	Las Flores	Inicios 2008	
A29	Cabañas	Victoria	El Zapote	Inicios 2008	
A29	Cabañas	Victoria	San Pedro	Inicios 2008	
A30	Usulután	Alegría	La Peña	Inicios 2008	
A30	Usulután	Alegría	Quebracho	Inicios 2008	
A31	Usulután	Tecapán	Los Horcones	Inicios 2008	
A31	Usulután	Tecapán	Paso de Gualache	Inicios 2008	

**Cuadro B.1.2 Municipios y cantones seleccionados, continuación**

	Departamento	Municipio	Cantón	Año de ingreso a CSR	Servicios básicos
<i>Grupo 5 (Control 3)</i>					
A33	San Miguel	Ciudad Barrios	La Montañita	Finales 2008	
A33	San Miguel	Ciudad Barrios	San Luisito	Finales 2008	
A34	Usulután	Concepción Batres	El Porvenir	Finales 2008	
A34	Usulután	Concepción Batres	La Danta	Finales 2008	
A35	Usulután	Berlín	Colón	Finales 2008	
A35	Usulután	Berlín	San Felipe	Finales 2008	
A36	Usulután	Ozatlán	Joya del Pilar	Finales 2008	
A36	Usulután	Ozatlán	La Poza	Finales 2008	
A37	Chalatenango	San José Las Flores	Las Limas	Finales 2008	
A37	Chalatenango	San José Las Flores	Llano Verde	Finales 2008	
A38	La Paz	San Emigdio	Concepción Lourdes	Finales 2008	
A38	La Paz	San Emigdio	San José Costa Rica	Finales 2008	
A39	La Paz	San Juan Tepezontes	La Cruz	Finales 2008	
A39	La Paz	San Juan Tepezontes	Los Laureles	Finales 2008	
A40	La Paz	Santa María Ostuma	Concepción	Finales 2008	
A40	La Paz	Santa María Ostuma	Loma Larga	Finales 2008	
A41	La Unión	Yyantique	El Pastor	Finales 2008	
A41	La Unión	Yyantique	El Socorro	Finales 2008	
A42	San Miguel	San Jorge	Morita	Finales 2008	
A42	San Miguel	San Jorge	San Julián	Finales 2008	
A43	Usulután	Mercedes Umaña	El Jícaro	Finales 2008	
A43	Usulután	Mercedes Umaña	La Montañita	Finales 2008	
A44	Chalatenango	El Carrizal	Potrerrillos	Finales 2008	
A44	Chalatenango	El Carrizal	Vainillas	Finales 2008	
A45	San Vicente	San Lorenzo	Las Ánimas	Finales 2008	
A45	San Vicente	San Lorenzo	Santa Lucía	Finales 2008	

Fuente: Informe de Línea Basal (IFPRI-FUSADES, 2008)

Para seleccionar la muestra para las encuestas de seguimiento (rondas de la dos a la cuatro), debido a las ventajas de contar por lo menos con un panel parcial, se determinó que la mejor opción era mantener dentro de la muestra a los hogares que todavía tendrían niños en las edades requeridas (con niños de 6 a 12 años o con niños menores de 3 años), y luego, agregar a la muestra otros hogares, utilizando como marco muestral, las bases de datos del Censo del FISDL. Al tener claro el número de hogares de cada tipo (con niños de 6 a 12 años o con niños de 0 a 4 años) que se mantendrían en la muestra, se buscarían en cada cantón los hogares de cada tipo que se necesitarían para terminar nuevamente con una muestra de 3,000 hogares, con 30 hogares en cada uno de los 100 cantones de la muestra. Por otro lado, también se decidió conservar en la muestra para la tercera y cuarta encuesta, aquellos hogares que, aunque ya no tendrían niños menores de tres años, sí tendrían niños que recién habían cumplido esa edad y a los que ya se les habían tomado medidas antropométricas en ocasiones anteriores; de esa manera, se podría obtener una nueva serie de medidas antropométricas que resultarían útiles en la evaluación de los indicadores de nutrición. Los detalles del trabajo de campo de cada ronda de encuestas se incluyeron en los informes en los que se presentaron los resultados correspondientes; en la sección B6 de este anexo se presentan mayores detalles del trabajo de campo de la cuarta encuesta.

## **B.2. Estrategia para la obtención de una línea de base**

Una desventaja de comenzar la evaluación de impacto en 2007 (y no en 2005 ó 2006) es que no se podría obtener una verdadera línea de base en los hogares que ya habían ingresado al Programa en el momento de la encuesta de línea basal, es decir, los municipios en los Grupos 2 y 3, aun cuando es posible que los impactos más grandes se observaran en estos grupos, debido a sus puntajes más bajos en el IIMM o su inclusión en el grupo de pobreza extrema severa. Por esta razón, para evaluar los impactos de algunos indicadores entre los Grupos 1 y 2, se obtuvieron datos retrospectivos, especialmente en las áreas de educación y salud; en educación se hicieron preguntas retrospectivas sobre si los niños estudiaron en 2005 y 2006, así como al grado al cual asistieron en 2004, 2005 y 2006; en el área de salud se hicieron preguntas respecto a la mortalidad infantil por diarrea y enfermedades respiratorias en 2005 y 2006, y también se realizaron todas las preguntas sobre los embarazos de las mujeres mayores de 12 años entre 2005 y 2007. Para otros indicadores, debió limitarse el análisis a los otros grupos de municipios para evaluar impactos.

## **B.3. Cuestionarios**

Los cuestionarios fueron diseñados para recabar información sobre los diferentes temas. El borrador de cada cuestionario se discutió con los expertos en cada una de las áreas de estudio, y con personal clave de los Ministerios de Educación y Salud, así como del FISDL y la Dirección Ejecutiva de Red Solidaria, para asegurar la pertinencia de cada una de las preguntas a la realidad salvadoreña y para asegurar la inclusión de los aspectos fundamentales del programa. Además, como lo requieren las políticas de IFPRI, los cuestionarios fueron sometidos a un proceso de aprobación del Comité Interno de Revisión de IFPRI.

Adicionalmente, en los hogares con niños menores de tres años, se aplicó la Boleta Auxiliar para Evaluación Nutricional. Esta boleta incluye información sobre el estado nutricional de los niños menores de tres años y sus madres. En ella se anota el peso y talla (o longitud) de todos los niños y de sus madres, los que fueron obtenidos por nutricionistas capacitadas. Se preguntó sobre la fecha de nacimiento del niño y sobre su tamaño al nacer. Para la madre, se preguntó su edad y estado fisiológico (por ejemplo, si está embarazada o lactando). Se incluyó, además, espacio para la transcripción de las fechas de las vacunas que se encuentren en la tarjeta de control de crecimiento y de vacunación del niño. A partir de la segunda encuesta, se tomaron fotografías de esas tarjetas, con el objeto de poder verificar la información transcrita.

Los cuestionarios utilizados en las tres encuestas de seguimiento mantuvieron el formato, con excepción de la exclusión de las preguntas retrospectivas. En el utilizado en la tercera encuesta, se incluyeron preguntas específicas para explorar algunos temas que se identificaron como importantes en la investigación cualitativa. Específicamente, se amplió la sección relacionada con la experiencia de los hogares con el programa y, sobre todo, con su relación con la ONG de acompañamiento familiar.

Durante la primera, tercera y cuarta ronda de encuestas, también se aplicaron cuestionarios a los establecimientos de salud de los 50 municipios incluidos en el estudio, y a una muestra de las

escuelas primarias a las que asisten los niños de los hogares entrevistados. También se diseñó un cuestionario que se completó en los cantones visitados, incluyendo apartados específicos para cada comunidad o caserío donde había hogares entrevistados, y otros que se refieren al cantón en su conjunto. Estos cuestionarios son similares a los que se aplicaron durante la encuesta de línea basal. Además, específicamente para la tercera encuesta, se diseñó un cuestionario adicional que fue aplicado a los coordinadores municipales de la ONG de acompañamiento familiar en los 50 municipios de la muestra.

Antes de su aplicación en el campo, los cuestionarios utilizados para las encuestas de las cuatro rondas fueron enviados al FISDL, quienes se encargaron de distribuirlos entre las instituciones relevantes, para obtener sus observaciones. Las copias de los cuestionarios utilizados en cada encuesta se encuentran en un anexo en el informe en el que se reportaron los resultados correspondientes; los cuestionarios utilizados en la cuarta encuesta se presentan en el Anexo G.

#### **B.4. Trabajo de campo**

El trabajo de campo de las cuatro encuestas (Línea Basal, segunda, tercera y cuarta encuesta) fue llevado a cabo por el Centro de Investigación e Información de FUSADES.

Tanto la encuesta de Línea Basal como la segunda encuesta se llevaron a cabo en formato de papel, y a partir de la tercera encuesta se realizaron en formato electrónico a través de una PDA (por sus siglas en inglés, Personal Digital Agenda).

El trabajo de campo de la encuesta de Línea basal se llevó a cabo del 14 de enero al 21 de febrero de 2008 para el componente de hogares, y del 21 de enero al 7 de marzo de 2008 para el componente de comunidades. El 13 y 14 de marzo se realizaron las encuestas de hogares pendientes en el municipio de Masahuat, las que se habían dejado de realizar por la dificultad de acceso.

Para poder cumplir con los tiempos estipulados, la segunda encuesta se llevó a cabo del 25 de septiembre al 12 de noviembre de 2008; al igual que la encuesta de Línea Basal, ésta se realizó en su formato de papel. El trabajo de campo de la tercera encuesta se llevó a cabo del 5 de octubre al 23 de noviembre de 2009 ya en formato electrónico, para lo cual se modificó el esquema de trabajo como se describe en el informe de impacto a dos años de implementación.

El trabajo de campo de la cuarta encuesta se realizó en dos fases; la primera, del 26 al 30 de julio de 2010, en la cual se visitaron unidades de salud y escuelas en cabeceras municipales, y la segunda fase del 16 de agosto al 8 de octubre de 2010, en la cual se completaron las encuestas a hogares, escuelas en zonas rurales y comunidades.

#### **B.5. Descripción de las muestras efectivas**

En el cuadro B.5.1 se detallan las cuatro muestras efectivas alcanzadas en cada ronda de encuestas. Hay que recordar que para la tercera ronda el número de observaciones fue un tanto menor, debido a que no se lograron visitar cinco cantones de la muestra a causa de la tormenta tropical Ida.

El tamaño de cada grupo de comparación es relativamente similar entre las tres primeras rondas de encuestas. En la muestra de la segunda encuesta, hay claramente más hogares tipo 1 que en la muestra de la línea basal, mientras que en la muestra de la tercera encuesta se vuelve al mismo nivel de la encuesta de línea basal (esto debido principalmente a las encuestas que se dejaron de realizar). Mantener el número de hogares tipo 1 en la encuesta es de suma importancia, puesto que asegura que hay suficientes niños para generar estadísticas robustas sobre monitoreo del crecimiento y otros resultados entre niños pequeños.

Para la cuarta ronda de encuestas es importante observar la recuperación en el número de entrevistas realizadas; esto debido a que se recuperaron las encuestas en los cinco cantones a los cuales no se pudo llegar debido a la tormenta tropical Ida, a finales de 2009.

**Cuadro B.5.1 Hogares en la muestra, por tipo de hogares y por año de ingreso a CSR**

	Total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Encuesta de línea basal	2,817	622	632	865	698
<i>Hogares tipo 1</i>	1,395	299	313	430	353
<i>Hogares tipo 2</i>	1,422	323	319	435	345
Segunda encuesta	2,921	629	654	883	755
<i>Hogares tipo 1</i>	1,469	309	344	429	387
<i>Hogares tipo 2</i>	1,452	320	310	454	368
Tercera encuesta	2,817	588	670	905	654
<i>Hogares tipo 1</i>	1,378	276	337	443	322
<i>Hogares tipo 2</i>	1,439	312	333	462	332
Cuarta encuesta	2,945	648	660	892	745
<i>Hogares tipo 1</i>	1,480	317	347	445	371
<i>Hogares tipo 2</i>	1,465	331	313	447	374

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES, 2008-2010

Nota: El Grupo 2 lo forman los municipios que ingresaron a CSR en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008 y el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Igualmente, en la muestra de medidas antropométricas el número de mediciones aumentó, debido a que se realizaron los municipios faltantes en la tercera encuesta (cuadro B.5.2). Se logró obtener la información antropométrica para un total de 1,842 niños menores de cuatro años.

**Cuadro B.5.2. Muestra para los indicadores antropométricos, comparación de las encuestas de línea base y de seguimiento**

Muestra	Total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Línea basal	1,564	306	324	514	420
Segunda encuesta	1,608	329	361	507	411
Tercera encuesta	1,663	325	406	571	361
Cuarta encuesta	1,842	385	434	586	437

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES, 2008-2010

Nota: El Grupo 2 lo forman los municipios que ingresaron a CSR en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008 y el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

## B.6. Detalles del trabajo de campo de la cuarta encuesta

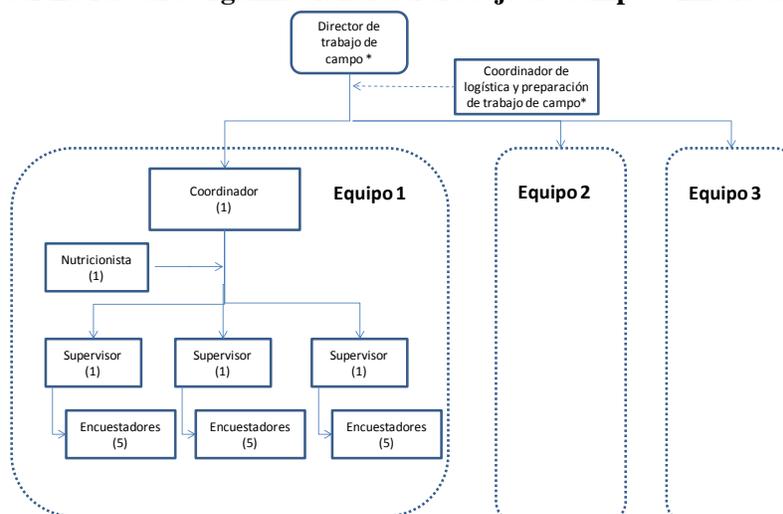
### B.6.1 Organización del personal

Para el desarrollo de la tercera encuesta, en total participaron 69 personas: 61 en el trabajo de campo y 8 en labores de oficina (en programación, digitación y labores de apoyo).

#### *Brigada para las encuestas de hogares, comunidades y escuelas rurales*

El trabajo de campo, en su componente de encuesta de hogares, involucró a 43 enumeradores, 1 director de trabajo de campo, 1 asistente de dirección, 8 supervisores, 2 coordinadores, 6 nutricionistas. En total, participaron 61 personas organizadas de la manera que se ilustra en la gráfica B.6.1.

**Gráfica B.6.1 Estructura organizacional del trabajo de campo – Encuestas a hogares**



\* El Director de trabajo de campo y el Coordinador de logística y preparación de trabajo de campo cumplieron también la función de coordinar uno de los equipos de trabajo.

Debido a que ya se tenían tres experiencias previas, y que los lugares a visitar eran los mismos, se organizó el trabajo de campo de manera exactamente igual a la tercera encuesta.

El personal de campo se organizó en tres niveles jerárquicos:

1. *Director de trabajo de campo:* Tuvo a su cargo la preparación previa de la muestra de hogares a visitar, la coordinación de la logística del trabajo de campo y la posterior administración de los tres equipos en campo, distribuyendo la carga de trabajo, controlando el avance de cada uno de los equipos y asegurando el flujo y respaldo de la información generada. A su vez, participó en la coordinación de uno de los equipos de trabajo conjuntamente con el Coordinador de logística y preparación de trabajo de campo.
2. *Coordinador de logística y preparación de trabajo de campo:* Esta persona se encargó conjuntamente con el director de trabajo de campo de organizar el trabajo previo a la etapa de campo, como: seleccionar y capacitar supervisores, dirigir el proceso de selección de nutricionistas y encuestadores, preparación de calendario de la etapa de campo, organización de capacitación de encuestadores y nutricionistas, distribución de encuestadores y nutricionistas por equipos, apoyo logístico en la investigación especialmente en el control de las encuestas a escuelas, comunidades y unidades de salud. Igualmente, fungió como coordinador de uno de los equipos de trabajo de campo.
3. *Coordinadores.* Cada uno de los tres coordinadores de campo tuvieron a su cargo la coordinación y supervisión de un equipo formado por tres grupos (de cinco enumeradores y un supervisor), así como la coordinación de dos nutricionistas. Los coordinadores se encargaron de asignar y verificar el trabajo en el campo, adjudicando a cada supervisor los caseríos a visitar y verificando el fiel cumplimiento de los procedimientos de selección de los hogares, así como otras labores de manejo de la información. Adicionalmente, cada coordinador se encargó del manejo de la información almacenada en las PDA, llevar los respaldos respectivos y hacer llegar semanalmente la información al coordinador de procesamiento de datos. Para uno de los grupos, esta labor fue llevada a cabo por el Director de trabajo de campo y el Coordinador de logística y preparación de trabajo de campo.
4. *Supervisores.* El trabajo de los enumeradores fue comprobado por ocho supervisores, uno por cada grupo. Cada supervisor se encargó de ubicar los hogares a entrevistar, explicarles el propósito de la encuesta y obtener su consentimiento para participar; también se encargaron de llevar el control de los hogares adicionales al panel que se tuvieron que completar, así como identificar los hogares con niños menores de 3 años para proceder a enviar a ese hogar a la nutricionista encargada de la toma de mediciones antropométricas.
5. *Nutricionistas.* Para recolectar la información antropométrica, se contó con el apoyo de seis nutricionistas (dos por cada grupo), quienes se encargaron de tomar las medidas de talla y peso a los niños menores de 4 años y sus respectivas madres, así como de completar la Boleta Auxiliar para Evaluación Nutricional.

6. *Entrevistadores o enumeradores.* Las entrevistas a los hogares estuvieron a cargo de 43 enumeradores, distribuidos equitativamente entre los tres grupos.

Cada uno de los 50 municipios fue asignado a un equipo; en cada municipio se realizaron encuestas en dos cantones. El trabajo de campo se planificó para que las encuestas que se hicieran en un cantón fueran completadas en un solo día. Para lograr esto, ya que en cada cantón se debía entrevistar a un total de 30 hogares (15 de tipo 1, es decir, con niños menores de 4 años y 15 de tipo 2, es decir, con niños entre 6 y 12 años), a cada uno de los tres grupos que formaban el equipo, se le asignó la responsabilidad de completar 10 encuestas por día, por lo que los coordinadores distribuían los hogares a entrevistar entre los equipos de cada supervisor, de modo que las 10 encuestas quedaran ubicadas geográficamente lo más cerca posible.

Cada equipo contaba con cuatro vehículos para transportar al personal; debido a que la etapa de campo se realizó durante la época lluviosa, se tomó la decisión de transportar a todo el personal de campo de la encuesta en vehículos con tracción en las cuatro ruedas.

#### ***Brigada para las encuestas a los establecimientos de salud y centros escolares de las zonas urbanas***

El trabajo de campo destinado a recolectar información de los establecimientos de salud y los centros escolares localizados en las zonas urbanas, se planificó para ser llevado a cabo antes de la realización de las encuestas a hogares (del 26 al 30 de julio de 2010); se contó con la participación de cinco supervisores y diez enumeradores, quienes concentraron su trabajo en las áreas urbanas de los 50 municipios en estudio, debido a que la mayor parte de unidades de salud se ubican en las cabeceras municipales.

Los enumeradores fueron capacitados en la administración de encuestas a los establecimientos de salud y centros escolares, por lo que estaban facultados para realizar cualquiera de los dos tipos de encuestas.

El equipo del área urbana visitó los 50 municipios en estudio. En cada uno de ellos se realizaron encuestas en las unidades de salud y en las escuelas primarias de las áreas urbanas de los municipios en estudio. El trabajo de campo se planificó de tal manera que, como mínimo, en una jornada de trabajo se debían completar las encuestas correspondientes a un municipio.

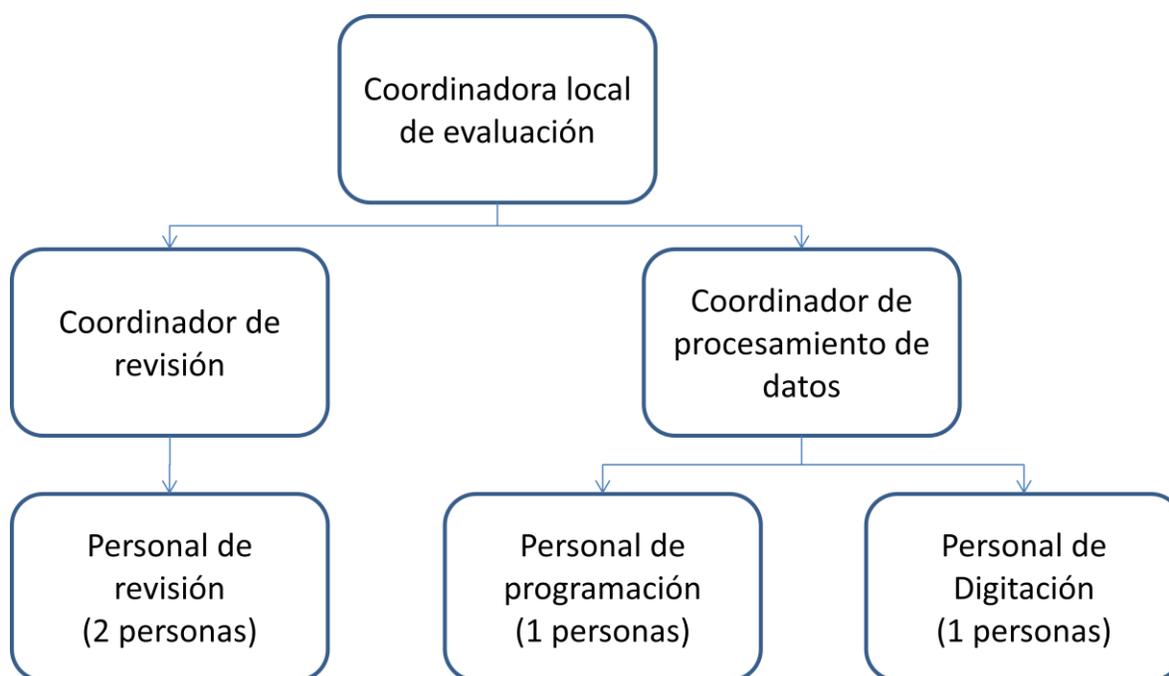
En la práctica, se procuró que cada grupo visitara dos municipios al día. Cada grupo contaba con un *pick up* doble cabina con tracción en las cuatro ruedas, el cual transportaba el personal a cada municipio y era conducido por el supervisor del grupo.

En síntesis, se realizaron 54 encuestas a establecimientos de salud, 76 a centros escolares ubicados en la cabecera de los 50 municipios en estudio y algunas en los cantones más accesibles.

### ***Personal para el trabajo de oficina***

El trabajo de oficina se organizó en tres equipos, bajo la supervisión de la Coordinadora Local de la Evaluación. Dos equipos trabajaron en paralelo con la realización del trabajo de campo: el primero, que estuvo encargado de la revisión y crítica de los cuestionarios (este equipo estuvo formado por dos personas y el coordinador de revisión) este grupo se encargó en las primeras dos semanas de trabajo de digitar las encuestas que fueron realizadas en papel; y el segundo, encargado del manejo de las bases de datos generadas en campo y de la digitación de las encuestas realizadas en papel (formado por un coordinador, un programador y un digitador). En total, en estos dos primeros grupos, participaron 7 personas. Adicionalmente, el trabajo de oficina contó con un tercer equipo encargado de corregir los errores que identificaron los primeros dos grupos y los investigadores, así como de corregirlos en las bases de datos; este grupo estuvo formado por los supervisores y coordinadores del trabajo de campo (trabajo realizado una vez finalizada la etapa de campo). La organización del trabajo de oficina se ilustra en la gráfica B.6.2

**Gráfica B.6.2 Estructura organizacional del trabajo de oficina**



El personal de digitación se organizó en tres niveles jerárquicos:

1. *Coordinador de procesamiento de datos.* El coordinador tuvo a su cargo la asignación de trabajo para el digitador, así como del proceso de diseño de los diferentes programas para la captura de la información, tanto para las PDA como los aplicativos de computadoras de escritorio, así como del manejo y construcción de la base de datos final.
2. *Programador.* El programador fue el encargado, bajo la dirección del coordinador de procesamiento de datos, de desarrollar todas las aplicaciones, tanto para las PDA, como para los computadores de escritorio.

3. *Digitadores*. Los digitadores fueron los encargados de alimentar las bases de datos preparadas para las encuestas que se realizaron en papel. Como se describe más adelante, se diseñaron aplicaciones específicas para cada uno de los cuestionarios que se realizaron en campo.

### **B.6.2 Preparación para el trabajo de campo**

Se preparó un conjunto de manuales que sirvieron como guía durante la etapa de campo de la investigación.

Para la primera fase del trabajo de campo (unidades de salud y escuelas en cabeceras municipales), se prepararon listados con la información de contacto, dirección, teléfonos del personal a encuestar en los establecimientos de salud y centros escolares, además de distribuir por zonas las entrevistas a realizar para cada uno de los cinco equipos de trabajo.

Para la segunda fase, se distribuyó el trabajo de campo en los tres equipos, de acuerdo con los cantones visitados por cada uno en la encuesta del año anterior; se prepararon los listados de hogares a entrevistar, con la información pertinente (nombre del jefe de hogar, dirección, teléfono, etc.) adicionalmente, se preparó un listado por cantón a visitar de los integrantes de cada uno de los hogares que pertenecían al panel, y a las familias seleccionadas del Censo *CSR*, y los listados de comunidades y centros escolares ubicados en cada cantón.

Asimismo, se calendarizaron las visitas a cada localidad tomando en cuenta las fechas de pago del bono de *CSR* en cada uno de los municipios en estudio, con el fin de evitar coincidir nuestras visitas con las fechas de pago de bono.

### **B.6.3 Capacitación de coordinadores y supervisores**

Para esta ronda de encuestas todos los coordinadores son parte del personal del Centro de Investigación e Información de FUSADES, mientras que seis de los supervisores fueron contratados específicamente para desarrollar esta función, de ellos tres tenían experiencia previa en la encuesta. Para poder completar el total de supervisores se realizó un proceso de selección. La capacitación, tanto de coordinadores como de supervisores se llevó a cabo en las instalaciones de FUSADES, y tuvo una duración de tres días, el proceso de selección y capacitación estuvo a cargo del coordinador de logística y preparación de trabajo de campo.

### **B.6.4 Selección y contratación de personal de campo (enumeradores)**

#### *Enumeradores para encuesta a hogares, escuelas y comunidades (área rural)*

La selección de los enumeradores estuvo a cargo del Director de Trabajo de Campo, del coordinador de logística y preparación de trabajo de campo, de los coordinadores de campo y de los supervisores de la encuesta. Se trató, en la medida de lo posible, de contratar a la mayoría de los enumeradores que habían presentado mejores resultados durante las anteriores rondas de la encuesta; al final de la primera convocatoria se logró contactar a un total de 27 de éstos. Un

segundo grupo de enumeradores se complementó con personal que había tenido experiencia en otras investigaciones con FUSADES; de estas personas se lograron reclutar un total de seis enumeradores.

Los restantes fueron reclutados por medio de un anuncio en los periódicos. Después de revisar los currículos que se recibieron, se convocaron a una entrevista personal a 60 personas que cumplían con los requisitos. De éstos, se seleccionaron 35 personas para participar en la capacitación. Se convocaron, finalmente, a la capacitación un total de 68 personas, de las cuales se presentaron 48; luego del proceso de capacitación y evaluación de encuestadores se contrató a un total de 45 enumeradores.

### ***Nutricionistas***

Igualmente que para el caso de los enumeradores, para las nutricionistas se trató de contratar al mismo personal que participó de las rondas anteriores de la encuesta, pero solamente se logró recontractar a tres personas. El restante se contrató a partir de una convocatoria por medio de anuncio en el periódico. Se logró contar con un total de 10 nutricionistas para la etapa de capacitación; adicionalmente se contrató a una persona con experiencia en el ramo para impartir la capacitación sobre la toma de medidas antropométricas.

### ***Enumeradores para entrevista a unidades de salud y centros escolares (área urbana)***

Se seleccionaron diez de los enumeradores que ya habían participado en rondas anteriores de la encuesta para que realizaran las encuestas a unidades de salud y centros escolares en cabeceras municipales.

## **B.6.5 Programas de captura y verificación de la información**

Se prepararon diferentes programas para poder digitalizar la información que se recopiló en campo; la encuesta a hogares y la encuesta a comunidades se llevaron a cabo a través de PDA. Pero las otras encuestas se realizaron en papel, por lo cual se tuvo que diseñar diferentes programas para la captura de información.

### ***Programa de captura para la encuesta a hogares y comunidades***

Para esta ronda de encuestas se prepararon programas para PDA, tanto para la encuesta a hogares, como para la encuesta a comunidades.

Para la captura de los datos de las encuestas a hogares, se diseñó un sistema de bases de datos conformado por ocho tablas. El programa de captura se diseñó en la plataforma de Visual Studio 2008, bajo el lenguaje de Visual Basic.net (V.2008), que alimentaba una base de datos en SQL server 2005. Adicionalmente se utilizó .net Compact Framework 3.5 (de uso específico para smart device), para el desarrollo de la aplicación en la PDA.

Dicho aplicativo fue realizado en un período de dos meses y se contó con dos programadores encargados en el proceso de análisis, diseño y programación del aplicativo. Debido a la complejidad de la encuesta y a la capacidad de memoria de las PDA, se tuvo que dividir el aplicativo en 23 diferentes secciones, que obedecían a las diferentes secciones del cuestionario. Para las secciones de mayor complejidad, el aplicativo se tuvo que dividir hasta en cuatro diferentes partes, para evitar los problemas de desbordamiento de memoria del PDA.

Dentro del aplicativo se lograron programar la mayor cantidad de verificaciones de la información, para minimizar los errores en la introducción de la información de las familias. Esta encuesta en particular, presentó retos importantes en la programación del aplicativo, ya que éste debería de ser capaz de identificar a hogares que ya habían sido entrevistados anteriormente (hogares panel como se explicó en las secciones anteriores), identificar a hogares de los cuales ya existía información a través de los Censos de CSR (hogares seleccionados a partir de los Censos de CSR) y generar hogares nuevos, de los cuales no se disponía de información previa. Igualmente, el aplicativo debería de tener la suficiente flexibilidad para poder agregar y eliminar personas de las bases de datos de las cuales ya se tenía información previa. Dentro del aplicativo se programaron todos los saltos de preguntas de acuerdo con las condiciones estipuladas en el cuestionario, minimizando así los errores de omisión que pudieran observarse al pasar la encuesta.

Igualmente que para la encuesta a hogares, se diseñó un aplicativo para captura de información de la encuesta a comunidades.

Las bases de datos se pueden preparar en varios formatos, incluyendo Stata (dat), dbf, sav, etc., dependiendo del requerimiento de los diferentes investigadores.

### ***Programa de captura para la encuesta de evaluación nutricional***

La encuesta de evaluación nutricional se llevó a cabo en cuestionarios en papel, por lo cual fue necesario diseñar un aplicativo de captura de información para computadora de escritorio, el cual se desarrolló en Visual Basic.net 2008. Este programa utiliza la tabla de personas que originalmente se generó para la encuesta de hogares, y su llave principal es la combinación entre el identificador del hogar y el identificador de la persona. Para el desarrollo de este aplicativo se tomó como base el programa utilizado en la segunda encuesta, y el tiempo que se invirtió en su desarrollo fue de aproximadamente dos días.

### ***Programa de captura para la encuesta a escuelas***

Para esta encuesta se desarrolló un programa en Visual Basic.net 2008, un programador dedicó un total de dos semanas para el diseño y programación del aplicativo.

## **B.6.6 Capacitación del personal de campo**

Debido a que en esta ronda de encuestas se tuvieron diferentes formularios para administrar, la capacitación se dividió en varias partes:

- Capacitación para encuesta a hogares
- Capacitación para nutricionistas
- Capacitación para encuestas a centros escolares y comunidades
- Capacitación para encuestas de unidades de salud y centros escolares (urbano).

### ***Capacitación para encuesta a hogares***

La capacitación de enumeradores se realizó en las instalaciones de FUSADES; fue impartida por los coordinadores y supervisores, bajo la supervisión del Director de Trabajo de Campo. Debido a que en esta ocasión la encuesta se llevó a cabo a través de una agenda electrónica (PDA), la capacitación se dividió en dos etapas.

En la primera etapa se capacitó a un total de 45 enumeradores, solamente con el cuestionario en papel, para explicar todas y cada una de las secciones a profundidad, y clarificar los objetivos que se perseguían con la encuesta; esta primera fase se llevó a cabo del 9 al 11 de agosto de 2010.

En la primera etapa de la capacitación se incluyeron los siguientes aspectos:

- Descripción organizativa y de los niveles de mando
- Aspectos administrativos
- Descripción de las normas y reglas a seguir en la etapa de campo
- Normas éticas y confidencialidad de la información
- Objetivos y metodología de la investigación
- Administración de los cuestionarios
- Procedimientos generales de campo.

En la segunda etapa se capacitó a los enumeradores en el uso del programa diseñado para la PDA; ésta se llevó a cabo entre el 12 y el 14 de agosto de 2010, y contó con la participación de 45 enumeradores. En esta capacitación se incluyeron los siguientes aspectos:

- Explicaciones básicas del funcionamiento del programa
- Desarrollo de un ejemplo del llenado de la encuesta a través de un emulador
- Talleres prácticos para cada una de las secciones de la encuesta
- Prácticas libres para mejorar el uso de la PDA.

Al final de la segunda etapa de la capacitación fueron seleccionados 45 enumeradores.

### ***Capacitación de nutricionistas***

Debido a que en esta ocasión no se pudo contratar al mismo personal que participó en las encuestas anteriores, fue necesario realizar una capacitación a las nutricionistas, quienes serían las encargadas de tomar las medidas antropométricas. Esta capacitación se llevó a cabo en dos etapas, la primera el

día 31 de julio. En esta etapa se cubrió la parte teórica y adicionalmente se realizaron prácticas con el propósito de familiarizarse con la manera correcta de utilizar el equipo y para aprender las técnicas correctas de medidas y la forma apropiada de anotar los resultados inmediatamente al tomar la medida. Se trabajó con detalle en las técnicas correctas para utilizar el equipo siguiente:

- Báscula profesional de piso, marca OMRON, electrónica, con capacidad de 150 Kg con precisión de un decimal
- Infantómetro para medir la estatura de los niños
- Tallímetro para adultos.

También fueron analizados los errores más comunes que se cometen en el momento de tomar medidas, y cómo evitarlos. Adicionalmente se capacitó en el cuidado y revisión del equipo que debe realizarse a diario para asegurarse que esté funcionando correctamente.

El coordinador de logística y organización del trabajo de campo impartió un módulo adicional que cubrió los siguientes temas:

- Normas éticas y confidencialidad de la información
- Objetivos y metodología de la investigación
- Aspectos administrativos
- Administración de los cuestionarios de evaluación nutricional para niños menores de 4 años
- Procedimientos generales de campo.

Finalmente, el día 12 de agosto de 2010, se realizó una prueba de campo pesando y tallando niños/as menores de cuatro años en una guardería de San Salvador. Dicha prueba sirvió para la evaluación final y posterior selección del personal que participaría en la encuesta. Se logró capacitar a un grupo de seis nutricionistas.

### ***Capacitación para encuestas a unidades de salud y centros escolares (en cabeceras municipales)***

La capacitación de enumeradores para encuestas a unidades de salud y centros escolares de las áreas urbanas, se desarrolló en las instalaciones de FUSADES y estuvo a cargo del coordinador de logística y organización del trabajo de campo y el equipo de supervisores. Este proceso de capacitación se llevó a cabo el 22 y 23 de agosto de 2010, ejecutándose en una etapa. Se analizaron a profundidad los objetivos, así como todas y cada una de las secciones de los dos instrumentos a administrar por el equipo del área urbana (unidades de salud y centros escolares de las áreas urbanas) y se abordaron los siguientes aspectos:

- Descripción organizativa y de los niveles de mando
- Aspectos administrativos
- Descripción de las normas y reglas a seguir en la etapa de campo
- Normas éticas y confidencialidad de la información
- Objetivos y metodología de la investigación
- Administración de los cuestionarios
- Procedimientos generales de campo
- Explicación sobre el funcionamiento del Programa CSR

- Desarrollo de ejemplos para el llenado de las encuestas.
- Talleres prácticos y discusión de cada uno de los apartados de las encuestas.

Al final de este proceso se capacitó a un total de diez encuestadores, quienes ya tenían experiencia en rondas anteriores de la encuesta.

### ***Capacitación para encuestas a escuelas y comunidades (zonas rurales)***

Los 17 enumeradores restantes que participaron en las rondas anteriores de la encuesta fueron seleccionados para someterse a la capacitación para las encuestas a escuelas y comunidades; esta capacitación se llevó a cabo los días 29 y 30 de julio de 2010 y se enfocó básicamente en los aspectos específicos de cada uno de los módulos de los cuales se componen los cuestionarios, y en los procedimientos generales de campo. La encuesta a centros escolares se realizó en papel mientras que la encuesta a comunidades se desarrolló en PDA.

#### **B.6.7. Sistema de supervisión y control de calidad**

El sistema de supervisión y control de calidad utilizado en esta encuesta fue similar al de la encuesta de línea basal, el cual se describió con detalle en el informe correspondiente.

#### **B.6.8 Manejo de la información**

##### ***Manejo de la información electrónica***

Se diseñó un sistema de actualización semanal de las bases de datos, este sistema estaba a cargo de cada uno de los coordinadores de grupo y de los programadores. Dentro de cada PDA, la base de datos se almacenó dentro de una memoria SD (siglas en inglés de Secure Digital). Se generó dentro de cada SD un total de 200 registros con un número correlativo único, el cual identificaría a las familias entrevistadas. Con esto, cada coordinador podría identificar cada SD por el correlativo único previamente generado. Como el sistema es aditivo, cada vez que el entrevistador generaba una nueva encuesta, el sistema identificaba el siguiente registro en blanco. Adicionalmente, cada entrevistador llenaba un control manual en el cual identificaba a la familia entrevistada y su respectivo número único generado por la PDA; este control debía ser entregado al final de la tarde al supervisor para que éste cotejara la información en cada una de las PDA.

El sistema de actualización de la base de datos se implementó a través de un FTP (siglas en inglés de File Transfer Protocol - Protocolo de Transferencia de Archivos) dentro del servidor de FUSADES. A este recurso tenían acceso remoto tanto los coordinadores de la encuesta, como los programadores. Así, cada uno de los coordinadores subía los archivos del último día de trabajo de la semana al servidor, y los programadores se encargaban de actualizar la base de datos cada fin de semana.

Adicionalmente a la actualización semanal de las bases de datos, cada uno de los coordinadores de grupo estaba encargado de realizar respaldos diarios de las 15 PDA asignadas a cada uno de los grupos.

### ***Digitación de las encuestas hechas en papel***

La digitación de las encuestas que se realizaron en papel fue supervisada por el coordinador de digitación, quien tuvo a su cargo una digitadora. Se comenzó la etapa de digitación una semana después del inicio de la etapa de campo; las primeras encuestas que se digitaron fueron las realizadas a unidades de salud y centros escolares en zonas urbanas (cabeceras municipales), luego se continuó con las encuestas de evaluación nutricional; luego se digitaron las encuesta a escuelas en zonas rurales. Adicionalmente, algunas de las encuestas a hogares que se realizaron en papel fueron digitadas por este grupo.

### **B.6.9. Aspectos formales y protocolarios**

Todo el personal de campo portaba carné de identificación y vestían un chaleco color kaki con el logo de FUSADES bordado en azul. Además, el chaleco identificaba si la persona era un encuestador, supervisor o nutricionista.

Durante la realización de las encuestas de hogares y de comunidades, tratando de evitar recelos que pudieran disminuir la confianza de los habitantes de un lugar, el coordinador establecía contacto con los líderes del sector, a fin de hacerles saber sobre la investigación, los objetivos específicos de la encuesta, el tiempo que el equipo estimaba que permanecerían en el sector, y para responder a cualquier otra pregunta que ellos pudieran tener. Cuando se presentaba alguna dificultad para ubicar algún hogar, se buscó apoyo de líderes de la comunidad (miembros de directivas, profesores, promotores de salud, tiendas, etc.).

Para las encuestas a escuelas, el primer paso era ubicar la escuela a visitar, y posteriormente identificar al director de la misma para explicarle los motivos de la visita y los objetivos de la encuesta; se contó adicionalmente con una carta proporcionada por el Ministerio de Educación en la cual se solicitaba la participación de la escuela en la encuesta.

### **B.6.10. Situaciones relacionadas con el trabajo de campo**

Durante el desarrollo de la encuesta se presentaron algunas dificultades, el principal problema se dio en la última semana de trabajo de campo, la tormenta tropical “Matthew” azotó el territorio nacional, esto causó la suspensión del trabajo de campo por una semana, debido a que las fuertes lluvias impidieron el acceso a los cantones seleccionados.

En general, durante el periodo cuando se realizó la encuesta en algunas comunidades, coincidió con las brigadas móviles de salud o con algunas capacitaciones de CSR, lo cual representó algunos atrasos en la realización de las entrevistas a hogares. Para el caso de las encuestas a escuelas,

también se experimentaron algunos problemas por la coincidencia con otras actividades propias del Centro Escolar, especialmente con las celebraciones cívicas propias del mes de septiembre.

### ***Algunas dificultades para encontrar hogares con niños menores de tres años***

La dificultad para encontrar niños menores de tres años se dio particularmente en tres cantones: en el cantón Llano Verde, jurisdicción de San José las Flores en el departamento de Chalatenango, donde no se pudo completar la muestra de 15 hogares tipo 1. En este lugar se consultó con los líderes comunales, con el promotor de salud y con el promotor de CSR para ubicar los hogares con niños menores de tres años; se constató que en ningún caserío del cantón había más hogares que cumplieran con esta característica, esto debido a que el cantón es muy pequeño; igualmente en este mismo lugar no se pudo completar la muestra de hogares con niños entre 6 y 12 años.

Similar caso se presentó en los cantones Sumpul de Chacones, jurisdicción de San Francisco Morazán, departamento de Chalatenango y La Montañita, jurisdicción de Ciudad Barrios, departamento de San Miguel. Los listados de hogares con niños menores de tres años era de por sí, bastante limitado. En algunos casos, los niños ya no vivían en esos hogares. Se contactó con los Promotores de Salud, ya que ellos llevan estadísticas relacionadas con partos atendidos, niños nacidos, además de controles pre y posnatales, para tratar de localizar hogares adicionales que cumplieran con los requisitos. Este problema se dio en otros cantones, pero no tan acentuado como en estos tres lugares.

### **B.6.11 Muestra efectiva**

Al final del trabajo de campo, se completaron 2,945 entrevistas a hogares. Como se describió anteriormente, en algunos cantones no fue posible completar la muestra por no haberse encontrado suficientes hogares que cumplieran con las características demográficas establecidas. En el cuadro B.6.1 se presenta el detalle del total de hogares entrevistados en la encuesta de seguimiento.

Dentro de la muestra hay 2,194 hogares que se han visitado en más de una ocasión (panel), y 751 nuevos hogares. No es sorpresa que el porcentaje de hogares tipo 1 que son nuevos en la muestra sea mucho mayor que el porcentaje de hogares tipo 2; el rango de edad requerido es mucho más grande para los hogares tipo 2 y así son más fáciles de mantener en la muestra. La principal razón por la que fueron reemplazados hogares en la muestra fue porque los niños crecieron y ya no pertenecían a la muestra; en estos casos fue necesario sustituir estos hogares.

**Cuadro B.6.1. Muestra efectiva cuarta encuesta**

	Total	Grupos de municipios por año de ingreso a <i>CSR</i>			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b>Panel de cuatro observaciones (I -II -III-IV)</b>	<b>1,123</b>	<b>223</b>	<b>294</b>	<b>354</b>	<b>292</b>
<i>Hogares tipo 1</i>	418	68	120	133	97
<i>Hogares tipo 2</i>	705	155	174	221	155
<b>Panel de tres observaciones (II-III-IV)</b>	<b>343</b>	<b>67</b>	<b>76</b>	<b>114</b>	<b>86</b>
<i>Hogares tipo 1</i>	206	44	50	57	55
<i>Hogares tipo 2</i>	137	23	26	57	31
<b>Panel de dos observaciones (III-IV)</b>	<b>728</b>	<b>166</b>	<b>180</b>	<b>218</b>	<b>164</b>
<i>Hogares tipo 1</i>	454	108	113	140	93
<i>Hogares tipo 2</i>	274	58	67	78	71
<b>Muestra de Encuestas no panel</b>	<b>751</b>	<b>162</b>	<b>110</b>	<b>206</b>	<b>243</b>
<i>Hogares tipo 1</i>	402	97	64	115	126
<i>Hogares tipo 2</i>	349	95	46	91	117
<b>Total hogares entrevistados</b>	<b>2,945</b>	<b>648</b>	<b>660</b>	<b>892</b>	<b>745</b>
<i>Hogares tipo 1</i>	1,480	317	347	445	371
<i>Hogares tipo 2</i>	1,465	331	313	447	374

Fuente: Cuarta encuesta IFPRI-FUSADES, 2010.

Nota: El Grupo 2 lo forman los municipios que ingresaron a *CSR* en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008 y el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Al seleccionar 15 hogares de cada tipo en cada cantón, se esperaba que algún porcentaje de ellos cumpliera con ambas características, por lo que al final se tendría una cantidad mayor de 15 hogares que tuvieran, por lo menos, un miembro que cumpliera con el requisito de cada grupo; se esperaba un promedio de 20 hogares con niños menores de 3 años y 20 hogares con niños entre 6 y 12 años. Como se muestra en el cuadro B.6.2, en promedio, en cada cantón se completaron 14 encuestas en hogares con niños menores de 3 años y 22 encuestas con niños entre 6 y 12 años.

**Cuadro B.6.2. Promedios de hogares por cantón**

	Grupos de municipios por año de ingreso a <i>CSR</i>				
	Total	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Encuestas completadas	2,945	648	660	892	745
Promedios por cantón					
Hogares con niños menores de 3 años	14	14	16	15	13
Hogares con niños menores de 4 años	17	16	18	17	16
Hogares con niños entre 6 y 12 años	22	22	23	22	22

Fuente: Cuarta encuesta IFPRI-FUSADES, 2010.

Nota: El Grupo 2 lo forman los municipios que ingresaron a *CSR* en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008 y el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

### B.6.12. Estadísticas básicas sobre hogares

Para garantizar que las dos muestras son comparables, se calcularon algunas estadísticas muy generales acerca de los hogares que no se esperaba que cambiaran mucho con el tiempo o con la introducción de *CSR* (cuadro B.6.3). Se encontró que la edad de la muestra se mantiene constante, pero debido a la cantidad de reemplazos en la muestra no existe el problema común a encuestas panel, o incluso encuestas parcialmente panel, en que la muestra envejece mucho. Además, las edades promedio en esta muestra se mantienen más bajas que las de la EHPM de 2006. También se encontró que los ingresos promedio suben sustancialmente en la tercera y cuarta encuesta en relación con la primera y segunda encuestas, y son mucho mayores que los encontrados para hogares rurales pobres en la EHPM de 2006. Esta conclusión sugiere un impacto en el ingreso de los hogares, ya que de otra manera se esperaría que la crisis financiera mundial hubiese tenido una mayor incidencia en el ingreso de los hogares rurales de El Salvador.

**Cuadro B.6.3. Algunas comparaciones de los hogares de las encuestas con los de la EHPM 2006**

Indicadores	Línea basal <i>CSR</i>	Segunda encuesta <i>CSR</i>	Tercera encuesta <i>CSR</i>	Cuarta encuesta <i>CSR</i>	EHPM 2006 Promedio rural	EHPM 2006 Hogares pobres
<i>Características del hogar</i>						
Tamaño del hogar	5.44	5.59	5.46	5.41	4.38	5.44
Edad promedio – jefe del	41.0	41.7	41.9	41.9	45.9	46.6
Edad promedio – todos los miembros	20.7	20.9	21.5	21.5	25.5	22.8
<i>Ingreso promedio</i>						
Ingreso total – mensual	146.17	176.3	186.3	194.5	284.21	146.87
Ingreso per cápita – mensual	29.35	34.48	37.46	39.56	77.47	27.73

Fuente: Encuestas de evaluación de *CSR* y EHPM 2006 (DIGESTYC).

## ANEXO C. DETALLES ADICIONALES - METODOLOGÍA CUALITATIVA

En este anexo se describen los procedimientos seguidos para seleccionar los sitios en los que se llevaría a cabo el estudio cualitativo, así como para seleccionar a los hogares. También se presenta un detalle del tipo y cantidad de entrevistas, grupos focales y observaciones estructuradas realizadas.

### C.1. Selección de sitios

Las comunidades incluidas en la evaluación cualitativa son un subconjunto de los cantones encuestados en la evaluación cuantitativa y fueron seleccionados de tal manera que permitieran captar diferencias en variables de interés para el estudio: región (por municipio, departamento y cantón), disponibilidad de servicios básicos y diversidad de ONG de Acompañamiento Familiar.

Además, la selección se hizo tomando en cuenta que existiera suficiente cantidad de niños menores de 3 años, niños entre 6 y 12 años, y que en al menos un cantón se pudiera observar el proceso de pago a través de cajero automático. En el panel A del cuadro C.1.1., se presentan los cantones seleccionados y sus características.

**Cuadro C.1.1. Selección de sitios, estudio de evaluación cualitativa**

Departamento	Municipio	Cantón	Servicios básicos	ONG
<i>Primera ronda de evaluación cualitativa</i>				
Chalatenango	La Laguna	La Cuchilla	Sí	FUNDAMUNI
Chalatenango	La Laguna	Las Pacayas	No	FUNDAMUNI
San Vicente	San Esteban Catarina	San Ildefonso	No	ASAPROSAR
La Paz	Paraíso de Osorio	Los Zacatales	Sí	ASAPROSAR
Ahuachapán	Tacuba	Agua Fría	No	FUSAL
Morazán	Arambala	Pueblo Viejo	No	FUNDEMUN
<i>Segunda ronda de evaluación cualitativa</i>				
Chalatenango	La Laguna	La Cuchilla	Sí	FUNDAMUNI
Chalatenango	La Laguna	Las Pacayas	No	FUNDAMUNI
San Vicente	San Esteban Catarina	San Ildefonso	No	ASAPROSAR
La Paz	Paraíso de Osorio	Los Zacatales	Sí	ASAPROSAR
Ahuachapán	Tacuba	Agua Fría	No	FUSAL
San Salvador	El Paisnal	Potrero Grande	No	----

Fuente: Informe de satisfacción de los usuarios de la Red IFPRI-FUSADES, 2009.

Originalmente, en la primera ronda de evaluación, había sido seleccionado el cantón El Copinol en el departamento de La Paz, sin embargo, debido a problemas de seguridad fue sustituido por San Ildefonso en San Vicente, ambos comparten las mismas características.

Durante la segunda evaluación se regresó a los mismos sitios elegidos anteriormente, con excepción de Pueblo Viejo que fue sustituido por Potrero Grande, donde el programa no se encuentra operando (ver panel B del cuadro C.1.1). El objetivo era observar las similitudes y diferencias entre las comunidades con el programa y sin él, a fin de determinar si la participación en los servicios de salud y las declaraciones sobre la importancia de las prácticas de salud y educación que se había observado en los hogares no beneficiarios de las comunidades con el programa, han sido influenciados por la presencia de *CSR* (ya sea por la disponibilidad de servicios o por el discurso a nivel de la comunidad).

## **C.2. Selección de hogares**

En la primera evaluación cualitativa se eligieron 10 hogares para estudios de casos en cada uno de los seis cantones seleccionados. De éstos, 8 hogares eran beneficiarios del programa y 2 no. La selección de los hogares beneficiarios se hizo utilizando el método de “muestreo intencional” y los resultados de la primera encuesta de evaluación cuantitativa, los hogares fueron estratificados tomando en cuenta si su desempeño en indicadores de salud y educación eran altos (+) o bajos (-); esto, con el objetivo de comprender mejor los factores que explican por qué un hogar responde bien o no a los servicios de salud y educación. Se eligieron dos hogares dentro de cada uno de los cuatro estratos resultantes: + salud, - salud, + educación y – educación. Las variables utilizadas para realizar la estratificación en el área de salud fueron: (a) número adecuado de controles prenatales; (b) parto atendido por profesional calificado; (c) que los niños menores de un año de edad hubieran asistido al control de crecimiento. En el área de educación se utilizó la repetición de grado. En caso que la información de los hogares en campo resultara diferente de lo registrado en la encuesta, las trabajadoras de campo se auxiliaron de informantes clave para seleccionar hogares de reemplazo.

Adicionalmente, en cada comunidad se realizaron seis entrevistas semiestructuradas con titulares, las cuales fueron seleccionadas al azar entre los hogares restantes de la muestra.

En la segunda ronda de evaluación, la selección de hogares fue realizada por las trabajadoras de campo a través de visitas casa por casa y haciendo una serie de preguntas para analizar si el hogar cumplía con los requisitos para ser asignado a uno de los siguientes tres grupos: (a) beneficiarios del programa sin pensión básica universal en su hogar; (b) beneficiarios del programa y que además contaban con pensión básica universal en el hogar; (c) no beneficiarios. En caso de cumplir con las características y aceptar participar en el grupo focal se les proporcionaba la hora y lugar de reunión. El procedimiento se repitió hasta completar 6 personas por grupo; donde fue posible se invitó a más personas para compensar la posibilidad que alguna invitada no asistiera al grupo.

## **C.3. Resumen de entrevistas, grupos focales y observaciones estructuradas realizadas**

La primera evaluación cualitativa incorporó 96 hogares, 60 a través de estudios de caso y 36 a través de entrevistas estructuradas. Adicionalmente, se entrevistó a 62 informantes clave, se realizaron 22 grupos focales, 38 observaciones de actividades relacionadas con el programa y observaciones estructuradas en 28 establecimientos de salud (además de la observación continua de

las actividades del hogar y la comunidad). El detalle de las entrevistas, grupos focales y observaciones realizadas se presentan en el cuadro C.3.1.

**Cuadro C.3.1. Cantidad de entrevistas, grupos focales y observaciones.**

<b>Métodos de recopilación de datos</b>	<b>Cantidad realizada</b>
<b>A. Total de hogares entrevistados</b>	<b>96</b>
Hogares: estudios de caso	60
Personas en el hogar entrevistadas en hogares de estudio (incluye madres, padres, hijos y otras personas relevantes)	195
Hogares: Entrevistas semiestructuradas adicionales	36
Promotores de capacitación	18
<b>B. Total de grupos focales</b>	<b>22</b>
Grupos focales – capacitaciones	9
Grupos focales – otros	13
<b>C. Total de observaciones de actividad</b>	<b>38</b>
Observaciones-Capacitaciones	26
Observaciones-Otras actividades de programa	12
<b>D. Total de entrevistas con informantes clave</b>	<b>62</b>
Entrevistas con informantes clave-Salud	15
Entrevistas con informantes clave-Educación	22
Entrevistas con informantes clave-ONG	9
Entrevistas con informantes clave- Comité Municipal, Comité Comunitario, Líderes locales	14
Entrevistas con pagadores y encargado de cajero	2
<b>E. Total de establecimientos de salud observados</b>	<b>28</b>
Observaciones de atención materna	41
Observaciones de atención infantil (controles)	108

Fuente: Informe de satisfacción de los usuarios de la Red IFPRI-FUSADES, 2009.

En la segunda ronda de evaluación, realizada en 2010, participaron 47 beneficiarias y 43 no beneficiarias dentro de los grupos focales. Puesto que en el período entre la primera y segunda ronda cualitativa el gobierno de El Salvador introdujo la pensión al adulto mayor en las comunidades beneficiadas por *CSR*, se tomó como criterio para dividir a las beneficiarias en dos grupos: familias que además de las TMC reciben pensión, y las que solamente reciben las TMC; los detalles se presentan en el cuadro C.3.2. Además, se realizaron 36 entrevistas con informantes clave: personal de salud (6), personal de educación (7), promotores (5), personal de alto nivel de las ONG (3), personal FISDL (4), comités comunitarios o líderes locales (7) y alcaldes (4).

**Cuadro C.3.2 Participantes en los grupos focales, estudio de evaluación cualitativa 2**

<b>Cantón</b>	<b>Beneficiarias que reciben TMC</b>		<b>Total</b>	<b>No beneficiarias</b>
	<b>Grupo 1 (Hogar no recibe pensión adulto mayor)</b>	<b>Grupo 2 (Hogar también recibe pensión adulto mayor)</b>		
Agua Fría	10	0	10	5
La Cuchilla	6	2	8	6
San Ildefonso	6	4	10	7
Las Pacayas	7	2	9	7
Los Zacatales	7	4	10	7
Potrero Grande	0	0	0	11
<b>Total</b>			<b>47</b>	<b>43</b>

Fuente: Segunda ronda de evaluación cualitativa, 2010.

## ANEXO D. PROGRESO EN OTROS INDICADORES DE INTERÉS

Este anexo proporciona información de otros indicadores que son de interés en materia de educación y salud. Con ellos no se evalúa el impacto de *CSR*, más bien, se describe el progreso que se está logrando en los cantones de la muestra, con referencia a estos indicadores. Como se reportó en el informe de línea basal, los promedios estimados para estos indicadores no son representativos de las áreas que han entrado a *CSR*, ni deben considerarse representativos de los cantones de la muestra, ya que el procedimiento de muestreo tenía como objetivo evaluar el impacto en variables específicas, por lo cual se seleccionaron tipos de hogares específicos. Sin embargo, para conocer la prevalencia de ciertos fenómenos y la manera cómo están cambiando en las comunidades estudiadas, se consideró importante presentar estos indicadores, recordando que se trata únicamente de estadísticas descriptivas.

### D.1. Otros indicadores relacionados con la educación

En esta sección se proporciona una breve descripción de otros indicadores relacionados con la educación. Se presenta el progreso que se da en la muestra (no se intenta evaluar el impacto del programa en estas variables); sin embargo, se señalan fenómenos de particular interés que pueden ser importantes para el programa.

#### D.1.1. Tasa de matrícula de niños de 4 a 6 años

Se estimó la tasa de matrícula de los niños que tenían de 4 a 6 años de edad al inicio del año escolar. Si existe disponibilidad de aulas de educación parvularia en la comunidad, los niños de cuatro años de edad pueden matricularse en su primer año de parvularia, lo cual los encamina a completar tres años antes de entrar a la escuela primaria. Se esperaría que estos niños tengan mejor oportunidad de completar la primaria con éxito y continuar su educación posteriormente. Se observa un gran incremento en la matrícula de niños de 4 a 6 años en el período estudiado, desde 64.7% en la encuesta de línea basal hasta 88.5% en la cuarta encuesta (cuadro D.1.1).

**Cuadro D.1.1. Tasa de matrícula para niños de 4 a 6 años, porcentajes**

Año escolar	Edad en años – ambos sexos				Niños	Niñas	Índice de paridad de género
	4	5	6	4 – 6	4 – 6	4 – 6	
2007	31.3	66.7	87.1	64.7	63.1	66.3	1.05
2008	44.1	77.4	91.2	73.1	71.3	75.3	1.06
2009	41.3	85.2	95.3	76.2	76.2	76.2	1.00
2010	71.2	96.4	98.8	85.5	83.9	86.9	1.04

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES.

La matrícula es particularmente alta entre los niños de 6 años, llegando a 98.8% para la encuesta de 2010; no obstante, el incremento es más rápido entre los niños de 5 años, pasando de 67.3% en la encuesta de línea basal a 96.4% para la cuarta encuesta. Está claro que el aumento en el número de aulas de parvularia en las áreas rurales, que se mostró en la sección 6.3, sumado a la concientización

de los padres por medio de las capacitaciones, ha permitido que más niños se matriculen en parvularia a menor edad.

### D.1.2. Matrícula neta de niños de 6 a 14 años de edad

Como indicador alternativo a la tasa de matrícula de niños de 7 a 12 años de edad, se amplió el rango para incluir los niños entre 6 y 14 años de edad. Para este informe, se estimó la edad de los niños al inicio del año escolar con base en la edad reportada en el momento de la encuesta. Se esperaba que todos los hogares elegibles para recibir transferencias hubieran matriculado a todos sus niños que no hayan completado primaria, y se esperaba que únicamente no se hubiesen matriculado a los niños que ya hubieran completado la escuela primaria. En otras palabras, se esperaba que esta tasa también fuera bastante alta, pero menor que la tasa estimada para los niños de 7 a 12 años. En efecto, esto es así, lo cual indica que algunos de los estudiantes están dejando la escuela después de terminar la primaria. Como muestra el cuadro D.1.2 la tasa de matrícula era de 92.2% para 2007, y solamente ha aumentado a 95.9% para 2010. En la sección 5.1.2 se comentó que la tasa de matrícula para los niños de 7 a 12 años es de 98.5% en 2010, por lo que la tasa entre los niños de 6 a 14 años debe ser resultado de la reducción de la matrícula en los niños de 13 a 14 años<sup>47</sup>.

**Cuadro D.1.2. Tasa de matrícula de niños de 6 a 14 años, porcentajes**

Año escolar	Ambos sexos	Niños	Niñas	Índice de paridad de género	No. de observaciones
2005	85.4	85.8	85.1	0.99	4,120
2006	89.2	89.5	89.0	0.99	4,439
2007	92.2	92.6	91.6	0.99	4,719
2008	91.7	91.7	91.7	1.00	5,079
2009	93.9	94.8	93.2	0.98	4,671
2010	95.9	96.2	93.8	0.98	4,753

Nota: número de observaciones se refiere al número de niños en el grupo de edad. Los promedios para 2005 y 2006 se obtuvieron por medio de preguntas retrospectivas en la encuesta de línea basal y están ponderados de acuerdo con la composición demográfica de la muestra de 2007.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES.

### D.1.3. Tasa de matrícula de niños de 7 a 15 años

Otro indicador alternativo es la tasa de matrícula de niños de 7 a 15 años de edad. Así como con los otros dos indicadores, se encontró que la tasa de matrícula en este grupo de edad aumentó en el período; pero en este caso, el aumento es leve, pasando de 90.7% en 2007 a 92.1% en 2010 (cuadro D.1.3). Este grupo—por tener un rango de edades más amplio—probablemente no sea tan apropiado para demostrar el impacto de CSR, debido a la posibilidad de que los niños hayan

<sup>47</sup> Al igual que en el informe de línea basal (IFPRI-FUSADES, 2008), los promedios de 2005 y 2006 se han ponderado para reflejar la composición demográfica de la muestra de referencia.

completado la escuela primaria, y no existen incentivos en el programa para la permanencia de los niños en la escuela, más allá de la escuela primaria.

### Cuadro D.1.3. Tasa de matrícula de niños entre 7 y 15 años

Año escolar	Ambos sexos	Niños	Niñas	Índice de paridad de género	No. de observaciones
2005 ( <i>preguntas retrospectivas</i> )	81.7	82.6	80.7	0.98	3,830
2006 ( <i>preguntas</i> )	88.9	89.9	88.0	0.98	4,120
2007	90.7	90.2	88.5	0.98	4,439
2008	89.2	89.7	88.8	0.99	4,871
2009	91.1	92.5	89.7	0.97	4,575
2010	92.1	94.1	90.0	0.96	4,712

Nota: El número de observaciones se refiere al número de niños en ese grupo de edad. Los promedios para 2005 y 2006 están ponderados de acuerdo con la composición demográfica de la muestra de 2007.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES.

### D.1.4. Proporción de niñas en la matrícula total

Se elaboró un cálculo sobre la proporción de niñas en la matrícula total, para asegurar que no se están matriculando a los niños en la escuela a expensas de las niñas. Se observó que la proporción de niñas matriculadas es un poco menos de la mitad en todos los años, medidos a través de las cuatro encuestas (cuadro D.1.4). Además, no existe evidencia de que ocurra una clara tendencia a medida que se va implementando *CSR* en los cuatro grupos de ingreso que fueron definidos para la evaluación. Por tanto, no existe razón para preocuparse que la matrícula de niñas se esté quedando atrás de la matrícula de niños.

### Cuadro D.1.4. Proporción de niñas en el total de matriculados, por año

Año	Proporción de niñas
2005	49.0
2006	48.6
2007	48.6
2008	48.5
2009	48.5
2010	49.2

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES.

### D.1.5. Escolaridad promedio de niños de 6 a 14 años

Otro indicador alternativo es la escolaridad promedio en niños de 6 a 14 años. Puede ser que este indicador no proporcione información adicional sobre la efectividad del programa *CSR*, ya que éste busca incentivar que los niños que nunca se han matriculado en la escuela lo hagan, lo cual hace que aumente la tasa de matrícula, pero no necesariamente el nivel de escolaridad promedio. Por otro lado, el programa podría motivar a los niños a permanecer durante más tiempo en la escuela; si esto

sucede, se observaría un incremento en el promedio de años de escolaridad. Como se observa en el cuadro D.1.5, la escolaridad promedio en este grupo de edad se ha incrementado de 3.21 años en la encuesta de línea basal, a 4.19 años en la encuesta de 2010. Esto puede reflejar, en parte, el incremento en la matrícula escolar que puede atribuirse a CSR.

**Cuadro D.1.5. Escolaridad promedio en los niños de la muestra entre 6 y 14 años, en años de estudio, por año de ingreso a CSR**

Encuesta	Promedio Total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Línea basal	3.21	3.33	3.18	3.05	3.34
Segunda encuesta	3.70	3.76	3.78	3.56	3.74
Tercera encuesta	4.01	3.99	4.06	4.01	3.96
Cuarta encuesta	4.19	4.35	4.18	4.14	4.10

Nota: El Grupo 2 lo forman los municipios que ingresaron a CSR en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008 y el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES.

#### D.1.6. Tasas de alfabetización

Es necesario observar si hay algún cambio en las tasas de alfabetización para varios grupos demográficos en el período estudiado, para determinar si los programas de alfabetización, que son parte de CSR, puedan potencialmente ayudar a mejorar este indicador. Al analizar las tasas de alfabetización entre los individuos de 10 años de edad en adelante, de 15 años en adelante, y de 15 a 24 años de edad (cuadro D.1.6), se encontró que las tasas de alfabetización se incrementan de manera bastante significativa entre los adultos de 15 a 24 años de edad, de 83.5% en la encuesta de línea basal, a 93.9% para la encuesta de 2010 (fila 3). Este cambio puede reflejar el éxito del programa PAEBA o de otros esfuerzos entre los más jóvenes. También se encuentran incrementos, pero pequeños, en la tasa de alfabetos entre los otros grupos (de 10 años en adelante y de 15 años en adelante), lo que refleja que deben aumentarse los esfuerzos para atraer a las personas de mayor edad a participar en los programas.

**Cuadro D.1.6. Tasas de alfabetización en varios grupos demográficos**

Encuesta	Grupo demográfico					
	10 años y más			15 años y más		
	10 años y más	15 años y más	Ambos sexos	15 a 24 años		Índice de Paridad de género
			Hombres	Mujeres		
Línea basal	76.4	70.9	83.5	88.2	88.8	1.01
Segunda	80.1	74.7	91.0	91.1	90.9	1.00
Tercera encuesta	81.6	76.8	92.7	92.6	93.0	1.00
Cuarta encuesta	83.2	76.8	93.9	93.3	94.3	1.01

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES.

Además, fue calculada la proporción de mujeres entre el total de adultos alfabetizados de la población. En muchos países, las mujeres mayores tienen menos probabilidades de estar alfabetizadas; por tanto, entre los adultos alfabetizados se espera que sea baja la tasa de mujeres adultas alfabetizadas. Sin embargo, en cada una de las cuatro muestras, se encuentra que las mujeres componen más de la mitad de los adultos alfabetizados, aunque el porcentaje se reduce levemente a través del tiempo (cuadro D.1.7). Podría ser que la proporción de mujeres alfabetizadas es relativamente alta, ya que los hombres son más propensos a ser migrantes, y por tanto, no se encuentran en los municipios de muestra.

**Cuadro D.1.7. Proporción de mujeres entre los adultos alfabetos**

Encuesta	Porcentaje	Error estándar
Encuesta de línea basal	53.1	(0.007)
Segunda encuesta	52.7	(0.006)
Tercera encuesta	52.2	(0.006)
Cuarta encuesta	52.2	(0.006)

Nota: Errores estándar entre paréntesis, conglomerados a nivel de cantón

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES.

#### **D.1.7. Tasa de repetición del quinto grado**

Aunque reducir las tasas de repetición del primer grado es de los objetivos principales de *CSR*, también se muestra la tasa de repetición de quinto grado, la cual ha aumentado de 3.6% en la encuesta de línea basal a 6.9% en la segunda ronda, 7.3% en la tercera y 5.6% en la cuarta ronda (cuadro D.1.8). Una tasa alta de repetición en quinto grado puede deberse a una baja calidad de la enseñanza en grados inferiores y al ingreso tardío a la escuela, entre otros factores que pueden estar interactuando. Sería interesante explorar a profundidad cuáles son las causas de este resultado, a fin de proponer soluciones que contribuyan a elevar la calidad de los servicios educativos en el área rural y amplificar los impactos del programa *CSR*.

**Cuadro D.1.8. Tasa de repetición de niños en quinto grado**

Encuesta (Año escolar)	Tasa de repetición	Error estándar
Encuesta línea basal (2007)	3.6	(0.009)
Segunda encuesta (2008)	6.9	(0.012)
Tercera encuesta (2009)	7.3	(0.011)
Cuarta encuesta (2010)	5.6	(0.009)

Nota: Errores estándar entre paréntesis, conglomerados a nivel de cantón

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES.

### D.1.8. Tiempo que toma llegar a la escuela

Como se muestra en el cuadro D.1.9, les toma poco más de 15 minutos llegar a la escuela a los niños de 15 años o menos. En el período estudiado no se observaron cambios significativos en este indicador. Este resultado era el esperado, puesto que para que se redujera significativamente el tiempo que toma llegar a las escuelas, sobre todo porque la gran mayoría va caminando, hubiera requerido un programa dinámico de construcción de centros escolares.

**Cuadro D.1.9. Tiempo promedio para llegar a la escuela, niños de 15 años o menos, por año de ingreso a CRS**

Encuesta	Promedio Total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Línea basal	15.93	15.92	16.56	15.93	15.09
Segunda encuesta	16.06	15.83	17.02	16.83	14.37
Tercera encuesta	15.45	15.13	16.37	16.73	12.84
Cuarta encuesta	15.61	15.05	16.54	16.67	13.80

Nota: El Grupo 2 lo forman los municipios que ingresaron a CSR en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008 y el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES.

## D.2. Otros indicadores de salud

### D.2.1. Mortalidad

Se incluyeron preguntas en la encuesta de línea basal y en la segunda encuesta para tratar de identificar si se habían presentado casos de mortalidad materna y de niños menores de 5 años que murieron por complicaciones debido a diarrea o enfermedades respiratorias (cuadro D.2.1). En general, son pocos los hogares donde se reportaron muertes de este tipo. En la encuesta de línea basal se encontró por ejemplo, que solamente el 1.19% de los hogares reportan la muerte de un infante por diarrea en los últimos tres años. En la segunda encuesta, ningún hogar reportó que se haya muerto un infante debido a diarrea en los últimos doce meses. Una porción de esta diferencia puede explicarse por el marco de tiempo entre ambas encuestas; la encuesta de referencia preguntaba acerca de un periodo de tres años, mientras que la encuesta de seguimiento preguntaba solamente por los 12 meses previos. No obstante, para sacar conclusiones estadísticamente significativas sobre la mortalidad, se necesitaría de una muestra mucho mayor. Ya que esencialmente no había información útil recogida de estas preguntas en la encuesta de línea base y la segunda encuesta, estas preguntas se descartaron en la tercera y cuarta ronda de encuestas.

### Cuadro D.2.1. Mortalidad materna e infantil

Tipos de mortalidad	% de hogares que reportaron mortalidad	
	Encuesta de línea basal	Segunda encuesta
Mortalidad materna	0.31	0.07
Mortalidad infantil por diarrea	1.19	0.00
Mortalidad infantil por enfermedades respiratorias	0.35	0.10
Número de observaciones	2,868	2,921

Nota: En la línea basal, fueron enumeradas todas las muertes desde 2005, mientras que en la segunda encuesta solo la mortalidad del año anterior.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES.

### D.2.2. Controles posnatales

Los controles posnatales son un componente importante de la salud materna, y están vinculados con el bienestar futuro, tanto de la mujer como del infante. En los datos de la encuesta de línea basal, se observa que poco menos de la mitad de las madres de la muestra recibió cuidados posparto (cuadro D.2.2). El porcentaje de madres que reciben atención posparto, de hecho, disminuyeron en la segunda y tercera encuesta (44.8 y 42.5, respectivamente), manteniéndose este porcentaje para la cuarta encuesta (42.5). Las principales diferencias están entre la proporción de las que reciben cuidados posparto en los Grupos 2 y 5, en cuanto las proporciones estimadas disminuyen en más de 10 puntos porcentuales. Éste es claramente un indicador que señala un área de los cuidados maternos que requiere de atención.

### Cuadro D.2.2. Proporción de madres que reciben atención posnatal, por año de ingreso a CRS

Encuesta	Promedio Total	Grupos de municipios por año de ingreso a CRS			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Línea basal	48.8	51.7	47.5	46.3	51.0
Segunda encuesta	44.8	49.5	49.5	45.8	35.9
Tercera encuesta	42.5	48.5	43.0	42.9	35.6
Cuarta encuesta	42.5	38.3	47.8	43.5	40.6

Notas: El Grupo 2 lo forman los municipios que ingresaron a CRS en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008 y el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008. En la línea basal, tres años de los partos fueron enumerados, mientras que solo un año de los partos fueron enumerados en las siguientes encuestas.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES.

### D.2.3. Tiempo promedio para trasladarse al lugar donde reciben servicios de salud

Un indicador de acceso a los servicios de salud es el tiempo que les toma a las personas llegar hasta el lugar donde reciben los cuidados de salud. Puesto que en esta evaluación se ha concentrado la atención en indicadores de salud materna y de los menores de cinco años, en los cuestionarios de las cuatro rondas de encuestas se investigó el tiempo que le tomó a las embarazadas llegar al lugar

donde recibieron su último control prenatal así como el tiempo que les tomó a las madres llevar a sus hijos a su último control de crecimiento y desarrollo.

En el panel A del cuadro D.2.3 se presenta el tiempo promedio en minutos que le toma a una mujer embarazada llegar al lugar donde recibe sus controles prenatales. En la encuesta de línea basal se investigaron todos los embarazos que las mujeres de la muestra habían tenido entre 2005 a 2007, así como el tiempo que les llevó ir a sus controles prenatales para cada uno de los embarazos; en las tres encuestas restantes se investigó solamente los embarazos que ocurrieron en los doce meses anteriores. En la encuesta de línea basal, el tiempo promedio fue de poco más de 44 minutos, mientras que el tiempo promedio reportado para la segunda encuesta fue mayor, casi 50 minutos. Por su parte, mientras que para la tercera encuesta se experimentó una reducción, llegando a 41 minutos, para la cuarta se revirtió la tendencia aumentando a más de 47 minutos. Es notable en todas las encuestas que el tiempo de traslado es menor para los municipios del Grupo 3 y más en los municipios del Grupo 4. En todos los grupos, el tiempo promedio mostró un incremento en la cuarta encuesta.

**Cuadro D.2.3. Tiempo promedio que toma llegar al sitio donde reciben servicios de salud, en minutos, por año de ingreso a CRS**

Encuesta	Promedio Total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b>A. Controles prenatales</b>					
Línea basal	44.5	48.9	39.3	45.1	44.9
Segunda encuesta	49.9	50.5	39.6	58.4	49.4
Tercera encuesta	41.1	39.8	39.2	43.1	41.5
Cuarta encuesta	47.4	47.3	41.2	51.1	47.1
<b>B. Controles de crecimiento y desarrollo</b>					
Línea basal	43.2	41.7	41.1	47.1	41.8
Segunda encuesta	40.4	40.1	37.9	43.2	39.4
Tercera encuesta	38.0	27.9	38.3	40.2	38.1
Cuarta encuesta	39.8	38.8	38.1	42.1	39.3

Nota: El Grupo 2 lo forman los municipios que ingresaron a CSR en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008 y el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES.

En el panel B del cuadro D.2.3 se muestra el tiempo que toma llegar desde la casa hasta el lugar donde los niños reciben sus controles de crecimiento; en general, se observó una reducción entre la línea basal y la tercera encuesta, pasando de 43.2 a 38.0 minutos. La reducción más grande se había dado entre los municipios del Grupo 2, que había pasado de 41.7 a 27.9 minutos; no obstante, para la cuarta encuesta volvió a aumentar a casi 39 minutos. El aumento en el tiempo de traslado se observó en todos los grupos de municipios.

#### **D.2.4. Uso de suplementos nutricionales (vitamina A, hierro y cinc) y desparasitantes**

A continuación se presentan algunas estadísticas relacionadas con el uso de suplementos nutricionales y desparasitantes menores dos años de edad en los seis meses anteriores a la encuesta (cuadros D.2.4 y D.2.5). En general, se observa que la proporción de niños que reciben vitamina A aumentó en entre la línea basal y la cuarta encuesta, de 72.3% a 78.6, sin embargo, no se

observan patrones discernibles entre los diferentes grupos de municipios que pudieran sugerir algún impacto del CSR. ). En contraste, el uso de cinc, hierro y de desparasitantes marcan una disminución entre la primera y cuarta encuestas. Por ejemplo, el uso de suplementos de hierro pasó de 72.3% a 77.1% en la tercera encuesta, para luego caer a 68.5% en la cuarta.

**Cuadro D.2.4. Proporción de niños que reciben suplementos nutricionales, por grupo de municipios y encuesta**

Encuesta	Promedio total	Grupo de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
<b>Suplementos de vitamina A</b>					
Línea basal	72.3	77.0	76.1	72.1	64.8
Segunda encuesta	75.6	74.0	83.4	74.1	71.5
Tercera encuesta	76.1	83.3	77.8	71.3	75.3
Cuarta encuesta	78.6	82.0	77.4	76.0	80.2
<b>Suplementos de cinc</b>					
Línea basal	72.3	77.0	76.1	72.1	64.8
Segunda encuesta	67.8	65.5	68.2	71.7	64.2
Tercera encuesta	71.5	78.4	71.0	68.8	70.3
Cuarta encuesta	66.6	70.0	69.9	64.0	63.4
<b>Suplementos de hierro</b>					
Línea basal	72.3	77.0	76.1	72.1	64.8
Segunda encuesta	76.5	73.7	80.7	79.5	70.8
Tercera encuesta	77.1	81.9	74.9	76.0	77.1
Cuarta encuesta	68.5	71.2	68.1	64.4	71.9

Nota: El Grupo 2 lo forman los municipios que ingresaron a CSR en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008 y el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES.

La cobertura más baja se observa en el uso de desparasitantes, el que además disminuye del 50.4% a 45.4% en el período estudiado. A pesar que puede haber algún error de medición pues estos datos están basados en las respuestas dadas por los entrevistados, son particularmente bajos lo que tiene el potencial de afectar otros indicadores de salud infantil y de nutrición.

**Cuadro D.2.5. Proporción de niños que reciben desparasitantes, por grupo de municipios y encuesta**

Encuesta	Promedio total	Grupo de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Línea basal	50.4	62.9	51.7	46.7	42.2
Segunda encuesta	47.2	51.1	49.5	49.5	38.8
Tercera encuesta	42.9	44.1	45.8	44.7	36.1
Cuarta encuesta	45.4	50.2	49.2	39.8	44.4

Nota: El Grupo 2 lo forman los municipios que ingresaron a CSR en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008 y el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES.

### D.2.5. Consulta al dentista

Otro indicador importante relacionado con la salud que se pudo medir a través de las cuatro encuestas son las consultas al dentista en los últimos 12 meses (cuadro D.2.6). En general, se observa una disminución del porcentaje de personas que tuvieron consulta con el dentista entre la encuesta de línea base y la segunda encuesta (24.1 y 21.8, respectivamente); sin embargo, este porcentaje se incrementa en la tercera y cuarta encuesta (28.1 y 30.3, respectivamente). Al desagregar estos porcentajes promedio por grupo de edad, se puede observar que, en general, los niños entre 6 y 15 años son los que en mayor porcentaje consultan al dentista, y que la proporción de ellos aumenta con cada ronda de encuesta.

**Cuadro D.2.6. Porcentaje de personas que han visitado al dentista en los últimos 12 meses, por año de ingreso a CSR y encuesta**

Encuesta	Promedio total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR				
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	
<b>Todas las edades</b>						
Línea basal	24.1	30.6	18.2	21.6	27.9	
Segunda encuesta	21.8	24.2	21.4	17.1	25.8	
Tercera encuesta	28.1	31.0	25.9	27.6	29.1	
Cuarta encuesta	30.3	30.6	28.6	28.9	34.3	
<b>Niños de 6 a 15 años</b>						
Línea basal	36.5	47.3	27.1	32.1	42.2	
Segunda encuesta	36.0	39.0	34.5	28.9	43.8	
Tercera encuesta	44.4	49.2	39.1	43.2	48.0	
Cuarta encuesta	52.0	54.4	45.0	49.9	61.8	
<b>Personas de 16 a 60 años</b>						
Línea basal	21.1	25.3	16.3	19.2	24.4	
Segunda encuesta	16.3	18.0	16.5	13.3	18.4	
Tercera encuesta	22.8	24.5	22.2	22.8	21.8	
Cuarta encuesta	20.6	20.8	21.7	19.9	12.0	
<b>Personas de más de 60 años</b>						
Línea basal	11.0	10.7	5.2	20.0	6.5	
Segunda encuesta	5.0	5.1	4.5	5.3	4.9	
Tercera encuesta	8.8	8.9	10.6	9.2	6.3	
Cuarta encuesta	6.1	6.2	8.8	3.8	6.8	

Nota: El Grupo 2 lo forman los municipios que ingresaron a CSR en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008 y el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES.

### D.2.6. Conocimiento sobre la prevención del dengue

El cuadro D.2.7 muestra cómo ha venido cambiando, a través del tiempo, el conocimiento de los hogares sobre las diferentes maneras para prevenir el dengue; en general, este indicador ha mejorado. Mientras que en la encuesta de línea basal solo el 74.2% de los hogares de la muestra

respondieron que conocían algún método para prevenir el dengue, este porcentaje aumentó a 93.3% en la cuarta encuesta. Esta diferencia no debe tomarse como un cambio representativo en el conocimiento de las formas de prevención del dengue, ya que la muestra no fue diseñada para generar estadísticas representativas, sino para generar estimaciones de impacto. No obstante, estas diferencias en los promedios generales pueden sugerir que la campaña de salud pública, asociada con *CSR*, enfocada en prevenir el dengue, aparentemente ha incrementado el conocimiento general con respecto a la enfermedad.

**Cuadro D.2.7. Hogares que reportan conocer cómo prevenir el dengue, por año de ingreso a *CSR***

Encuesta	Promedio total	Grupos de municipios por año de ingreso a <i>CSR</i>			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Línea basal	74.2	78.4	68.4	69.5	82.0
Segunda encuesta	87.4	88.0	86.9	83.9	91.4
Tercera encuesta	89.3	88.9	91.7	88.3	88.6
Cuarta encuesta	93.3	93.2	92.0	92.7	95.2

Nota: El Grupo 2 lo forman los municipios que ingresaron a *CSR* en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008 y el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES.

Para los hogares que conocían cómo prevenir el dengue se profundizó sobre los métodos de prevención (cuadro D.2.8). Claramente, los mensajes sobre estar pendiente de la limpieza de las aguas estancadas están llegando a las comunidades de *CSR*, o al menos en las comunidades de la muestra.

**Cuadro D.2.8. Método para prevenir dengue, porcentaje de los hogares que reportaron conocer cómo prevenir el dengue**

Método de prevención	Línea basal	Segunda encuesta	Tercera encuesta	Cuarta encuesta
Limpiar aguas retenidas, botes, pilas y llantas	90.8	93.3	94.9	95.9
Colocar abate en aguas retenidas	42.5	29.4	26.3	27.9
Fumigación	9.6	5.1	3.7	5.2

Nota: El porcentaje es con respecto al total de hogares que manifestaron conocer cómo prevenir el dengue.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES.

### ***D.2.7. Conocimiento sobre el VIH/SIDA***

En la encuesta se hicieron preguntas con respecto al conocimiento y la prevención del VIH/SIDA. Primero, se indagó si en los hogares tenían conocimiento de algún método para prevenirlo (cuadro D.2.9). Así como con la prevención del dengue, se encontró que el porcentaje de hogares que

conocían de los métodos para la prevención del VIH/SIDA ha aumentado a través del tiempo (50.8% en la encuesta de línea base a 67.3% en la cuarta encuesta).

**Cuadro D.2.9. Hogares que reportan conocer cómo prevenir el VIH/SIDA, por año de ingreso a CSR**

Encuesta	Promedio total	Grupos de municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Línea basal	50.8	56.8	45.4	46.3	56.1
Segunda encuesta	57.2	58.4	58.6	53.4	59.4
Tercera encuesta	64.8	67.3	64.4	64.9	62.6
Cuarta encuesta	67.3	67.3	65.4	67.4	68.8

Nota: El Grupo 2 lo forman los municipios que ingresaron a CSR en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008 y el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES.

Entre los hogares que indican tener conocimiento de un método preventivo para el VIH/SIDA, no se observan diferencias significativas en los métodos expresados para prevenirlo en todas las encuestas (cuadro D.2.10). Las dos respuestas más comunes son “ser fiel a una pareja” (cerca del 75% de los entrevistados) y “siempre usar condones al tener relaciones sexuales” (poco menos de la mitad de los entrevistados).

**Cuadro D.2.10. Método para prevenir VIH/SIDA, porcentaje de los hogares que reportaron conocer cómo prevenir el VIH/SIDA**

Método de prevención	Línea basal	Segunda encuesta	Tercera encuesta	Cuarta encuesta
Tener un solo compañero/fidelidad	76.0	73.2	75.2	76.3
Usar condones en todas las relaciones Sexuales	44.9	44.7	47.4	49.9
No usar jeringas utilizadas por infectados	15.1	13.8	13.4	17.8
No usar transfusiones inseguras	5.8	4.3	3.3	4.6
No tener sexo oral	1.9	0.3	0.2	1.0
No tener relaciones por el ano	1.8	0.4	0.2	0.6
No tener relaciones sexuales con Desconocidos	9.5	9.3	9.0	9.8
No tener relaciones con hombres que tienen relaciones con otros hombres	0.7	1.3	0.4	7.7
No tener relaciones con hombres Mujerriegos	0.7	1.6	1.6	2.0
Número de observaciones	1389	1643	1511	1954

Nota: el número de observaciones se refiere a los hogares que manifestaron conocer cómo prevenir el VIH/SIDA.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES.

## ANEXO E. ESTIMACIÓN DE IMPACTOS EN OTROS INDICADORES

### E.1. Otros indicadores de educación

#### E.1.1. Impactos en la tasa de matrícula en niños más pequeños

Puesto que la repetición del primer grado ha sido por mucho tiempo una preocupación en El Salvador, lograr que los niños ingresen a la escuela más temprano puede mejorar su apresto para la primaria, lo que matricular en la escuela a los niños mucho antes puede potencialmente mejorar la disposición para la escuela primaria, reduciendo la repetición y finalmente la deserción. Por esta razón, se examinan a continuación las tasas de matrícula de niños entre 4 y 6 años de edad, que son las edades que corresponden a parvularia. Es importante notar que la mayoría de niños de 6 años se matricula en parvularia, pero algunos lo hacen ya en primaria.

Usando los datos del VI Censo de Población de 2007, se pueden calcular las tasas de matrícula entre niños más pequeños. Para recibir los bonos de educación, es requisito que los niños de seis años asistan a la escuela, por lo que se esperaría que se observara un incremento importante en las tasas de matrícula asociada con el ingreso a *CSR*.

El análisis que se presenta a continuación se centra en la tasa de matrícula de niños de 6 años, puesto que es requerida como condicional por *CSR*.

De hecho, en el cuadro E.1.1 se observa cómo en 2007 las tasas de matrícula de niños de 6 años era mucho más alta en los municipios de los Grupos 1 y 2 (en ingresaron a *CSR* en 2005 y 2006, respectivamente) que en los municipios del Grupo 3 (que ingresaron en 2007). Las tasas eran entre 14 y 17 puntos más altos en los Grupos 1 y 2, que en el Grupo 3. También se observa que, en los tres grupos, las tasas de matrícula de las niñas son levemente más altas que para los niños. Sin embargo, lo más notable es que la diferencia en tasas de matrícula es bastante alta en los municipios que ya estaban recibiendo transferencias que en municipios que no las recibían; de hecho, las tasas de matrícula son 8.5 puntos porcentuales superiores en los municipios más pobres que en todas las otras zonas rurales de El Salvador (82.3% versus 72.8%)

**Cuadro E.1.1. Tasa de matrícula de niños de 6 años, zona rural, 2007**

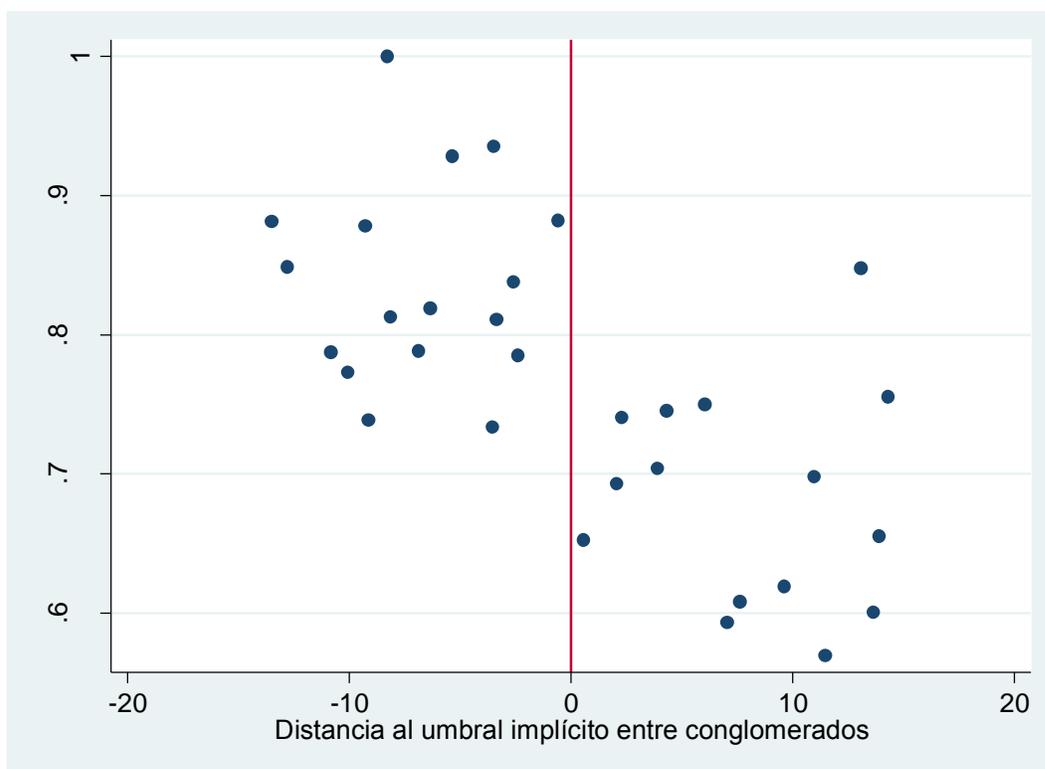
Grupo de municipios por año de ingreso a <i>CSR</i>				<i>Número de observaciones.</i>
	Ambos sexos	Niños	Niñas	
Grupo 1 - 2005	80.5%	79.5%	81.3%	2,545
Grupo 2- 2006	82.8%	82.1%	83.6%	1,569
Grupo 3 - 2007	65.9%	64.7%	67.2%	4,640

Fuente: Elaboración propia con datos del VI Censo de Población, 2007

Nota: El grupo 1 lo forman los municipios que ingresaron a *CSR* en 2005, El Grupo 2 los que ingresaron en 2006 y el Grupo 3 los que ingresaron en 2007.

La diferencia en las tasas de matrícula es también obvia al graficar los promedios por municipio y la distancia implícita al umbral, es decir, la diferencia en distancia a los centros de los conglomerados (gráfica E.1.1). Claramente, las tasas son consistentemente más altas en el Grupo 2, que son municipios que ingresaron a CSR en 2006, mientras que en el Grupo 3, que son municipios que ingresaron en 2007, son más variables y generalmente más bajas. Gráficamente, hay evidencia bastante clara de un impacto de las TMC.

**Gráfica E.1.1. Tasas de matrícula, niños de 6 años, Grupos 2 y 3, 2007, zona rural**



Fuente: Elaboración propia con datos del VI Censo de Población, 2007

Para estimar con mayor precisión los impactos de CSR en la tasa de matrícula entre niños de seis años, se siguió la misma estrategia de estimación que para la matrícula de niños de 7 a 12 años (cuadro E.1.2). No sorprende encontrar estimados de impacto grandes sin restringir la muestra (columna 1); los estimados son 16.9 puntos porcentuales en la media y 15.3 puntos porcentuales usando regresión lineal local. Al restringir el ancho de banda a 5, utilizando un kernel rectangular, el estimado se reduce levemente a 14.9 puntos porcentuales, pero el resultado de la regresión lineal local se incrementa a 19.7 puntos porcentuales (columna 3). El efecto parece ser mayor entre las niñas (columna 5) que entre los niños (columna 4); mientras que el impacto parece estar alrededor de los 16 puntos porcentuales para los niños, el impacto para las niñas es de 23.9 puntos porcentuales, usando los resultados de la regresión lineal local.

**Cuadro E.1.2. Impacto de las TMC en la tasa de matrícula entre niños de 6 años, usando Discontinuidad de Regresión**

	Muestra completa	Ancho de banda=10	Ancho de banda=5		
	Ambos sexos	Ambos sexos	Ambos sexos	Niños	Niñas
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
MCO <i>kernel</i>	0.169	0.160	0.148	0.135	0.162
rectangular	(0.019)**	(0.021)**	(0.029)**	(0.038)**	(0.033)**
Regresión Lineal	0.153	0.149	0.197	0.162	0.239
Local	(0.031)**	(0.041)**	(0.060)**	(0.079)*	(0.048)**
Número de observaciones	6,209	3,665	2,509	1,294	1,209

Notas: Errores estándar conglomerados a nivel de municipio en paréntesis. \*- indica significancia al nivel de 10 por ciento; \*\*- indica significancia al nivel del 5 por ciento.

Fuente: Elaboración propia con datos del VI Censo de Población, 2007

Estos resultados implican que aun si los impactos de las TMC no han sido muy grandes sobre la tasa de matrícula en primaria —en parte debido a que las tasas de matrícula previas a *CSR* ya eran bastante altas – sí está teniendo impactos grandes en lograr que niños más jóvenes entren a la escuela, desde parvularia. Como resultado, una mayor proporción de niños en municipios pobres tendrán alguna experiencia escolar previo a su ingreso al primer grado, lo cual puede implicar menores tasas de repetición.

### **E.1.2 ¿Hay alguna indicación de impactos en la tasa de matrícula más allá de la escuela primaria?**

Dado que la evidencia de otros países muestra grandes beneficios al condicionar la matrícula escolar más allá de la escuela primaria (Schultz, 2004, en Progresía), vale la pena considerar si hay, al menos, indicios de impactos en que los niños continúen a la escuela secundaria. Sin embargo, es necesario recordar que la condicionalidad del bono de educación requiere que permanezcan en la escuela los niños que no han terminado el sexto grado. Los datos provenientes de las encuestas de la evaluación se enfocan en niños en edad de estar en la escuela primaria, por lo que no es posible utilizarlas para este fin; por ello, para este análisis se utilizan los datos del Censo Matricular del Ministerio de Educación, recopilados anualmente de 2005 a 2009. Primero, se consolida la información de todas las escuelas de El Salvador a nivel de municipio, y luego se compara el número de estudiantes matriculados en 6o grado en cada municipio en 2005 y 2006 con el número de estudiantes matriculados en 9o grado tres años después, es decir en 2008 y 2009, respectivamente. Si *CSR* estaba induciendo a que los niños continuaran en la escuela más tiempo, se esperaría que la tasa de deserción fuese menor en los municipios calificados de pobreza extrema severa.

Se encontró que las tasas de deserción son algo mayores en municipios de pobreza extrema severa que en otras partes de El Salvador (cuadro E.1.3). Este hallazgo podría no sorprender tanto ya que es probable que las escuelas que atienden el 7o a 9o grados estén más lejos, y el costo de oportunidad de continuar en la escuela tiende a elevarse a medida que los niños crecen, ya que ellos pueden trabajar por un salario. Evidentemente, muchos de los hogares que viven en condiciones de pobreza no tienen la capacidad económica para financiar la educación de sus hijos más allá del sexto grado. Además, es común que muchos adolescentes que viven en condiciones de pobreza tiendan a abandonar la escuela en forma temprana y se vean obligados a comenzar su vida laboral para contribuir al ingreso familiar. Otros abandonan la escuela secundaria por falta de interés, embarazos prematuros y/o bajas expectativas acerca de la posibilidad de encontrar un mejor empleo en el futuro aún completando el bachillerato.

**Cuadro E.1.3. Descenso en la matrícula escolar entre alumnos de noveno grado en relación con la matrícula en sexto grado tres años antes, por tipo de municipio**

Año escolar	Pobreza extrema severa	Pobreza extrema alta	Pobreza extrema moderada o baja
9° en 2008 – 6° en 2005	36.4%	34.3%	30.1%
9° en 2009 – 6° en 2006	34.5%	30.3%	29.5%

Fuente: Elaboración propia con información del Ministerio de Educación: Censo Matricular, 2005-2009.

Considerando lo anterior, hay claramente algunas ganancias potenciales si se extendieran las TMC a niños que asisten a la escuela hasta el 9o grado, ya que se puede inferir de estas estadísticas que muchos niños de 14 a 18 años no están en la escuela, pero podrían estarlo. Los beneficios para la sociedad de extender las transferencias condicionadas hasta el tercer ciclo, por lo tanto, casi con seguridad superarían los beneficios de condicionar la matrícula y asistencia a la escuela primaria, ya que la mayoría de niños ya asisten a la escuela primaria. El desafío es estimular la demanda por la educación secundaria reduciendo el costo de asistir a la escuela y mejorando las expectativas que los jóvenes tienen de obtener empleos bien remunerados en el futuro (Fusades 2003, pág.xiii).

La ampliación del ofrecimiento del bono a los estudiantes del tercer ciclo de educación básica (7° a 9° grado) contribuiría a reducir el costo de oportunidad de la educación; y, como ya se ha señalado, tendría un impacto considerable en el aumento de la tasa neta de matrícula en la secundaria. Según los datos del Ministerio de Educación, en el país la tasa neta de matrícula en la baja secundaria (7° - 9° grado) es de 56.5%, y esta apenas alcanza el 35.7% en la alta secundaria o educación media (10°- 11° grado). Aunque la educación pública hasta la educación media es gratuita cuando la imparte el Estado, las familias necesitan cubrir el costo en transporte, alimentación, útiles escolares y uniformes. Si bien es cierto, desde 2010, existe una política de dotación de uniformes, zapatos y útiles escolares gratuitos (paquete escolar) para los estudiantes del sistema público en los niveles de parvularia y educación básica (1° a 9° grado), es posible que el paquete escolar por sí sólo, no constituya un incentivo suficiente para garantizar que los adolescentes que comienzan el séptimo grado continúen hasta el noveno grado. Considerando que el costo de oportunidad de la educación secundaria es más alto que el de la educación primaria, sería conveniente que la TMC para la educación secundaria se calcule tomando en cuenta cuál sería el porcentaje del costo total de la

educación en este nivel, que puede convertirse en un incentivo efectivo para asegurar la permanencia en la escuela.

A los adolescentes y jóvenes con sobreedad o alguna otra dificultad para asistir al sistema de educación regular, se les puede ofrecer la posibilidad de participar en las modalidades de educación flexible del Ministerio de Educación (MINED). Éste tipo de educación se brinda gratuitamente a la población mayor de 15 años de edad que abandonó la escuela prematuramente y desea completar su bachillerato; y a quienes tienen sobreedad dentro del sistema educativo formal. La educación flexible puede ser de distintas formas y en horarios que se adapten a los requerimientos especiales del grupo de población que atienden. Dentro de las opciones de educación flexible del MINED también existen programas de habilitación para el trabajo que actualmente se ofrecen en coordinación con el Ministerio de Trabajo. Además, si existe un grupo de población mayor de 15 años que es analfabeta, éste puede optar por completar la educación primaria a través del Programa de Alfabetización y Educación Básica de Adultos (PAEBA) del MINED; y continuar la secundaria a través del programa de educación flexible.

Finalmente, es importante señalar que al establecer un programa de TMC para aumentar el acceso a la educación secundaria, la oferta de servicios educativos debe ajustarse a fin de poder satisfacer el incremento de la demanda sin descuidar la calidad de la educación. Esto implica contar con la capacidad financiera para poder aumentar gradualmente el número de aulas, maestros y la disponibilidad de recursos educativos.

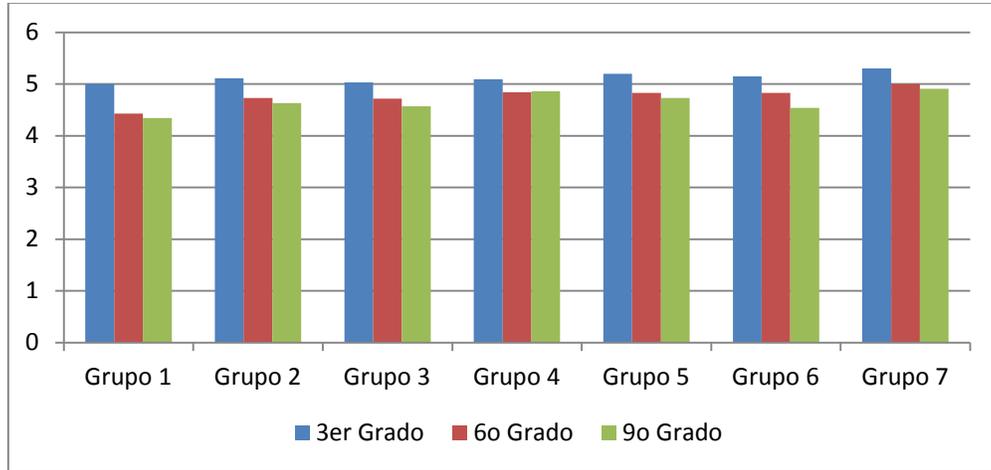
### **E.1.3. Resultados de la Paesita**

Una pregunta no resuelta relacionada con la evaluación de programas de transferencia monetarias condicionadas es si éstos realmente mejoran o no el desempeño escolar. Aunque se podría esperar que al condicionar las TMC a la asistencia regular a la escuela, las notas de las pruebas de aprendizaje deberían mejorar, en general las evaluaciones de programas de TMC han encontrado poca evidencia de impactos en los resultados de ese tipo de pruebas (Fiszbein y Schady, 2009). La implicación es que los niños no aprenden más como consecuencia de la participación en programas de TMC. Una hipótesis, confirmada por Filmer y Schady (2009) en Camboya, es que más estudiantes marginales son atraídos a la escuela por medio de las TMC y que dichos estudiantes tienden a obtener notas más bajas en las pruebas. Como resultado, en promedio, las notas de las pruebas no aumentan.

Aunque no se cuenta con notas de pruebas por estudiante, se puede examinar si las notas de las pruebas cambian en promedio a nivel de escuela. Del Ministerio de Educación se obtuvieron las notas a nivel de escuela de pruebas de matemática e idioma del 3o, 6o y 9o grado. Todas las pruebas son calificadas de 0 a 10. Dado que se cuenta con datos de todas las escuelas, simplemente se corrió una regresión explicando el cambio en las notas de pruebas en la escuela, haciendo uso de variables ficticias para ingreso a CSR en 2005, 2006 y 2007. Los niños del Grupo 1 habrían estado expuestos a CSR por 3 años; los niños del Grupo 2, 2 años; y los niños del Grupo 3, un año. Ya que el promedio de notas de pruebas a nivel de escuela de 2005 fueron menores entre los grupos de ingreso, dichas escuelas tienen a la vez más oportunidad de mejorar las notas, pero también tienen

potencialmente estudiantes menos preparados con los cuales trabajar. En la gráfica E.1.2 se presentan los resultados de matemática y en la gráfica E.1.3 se presentan los resultados de lenguaje.

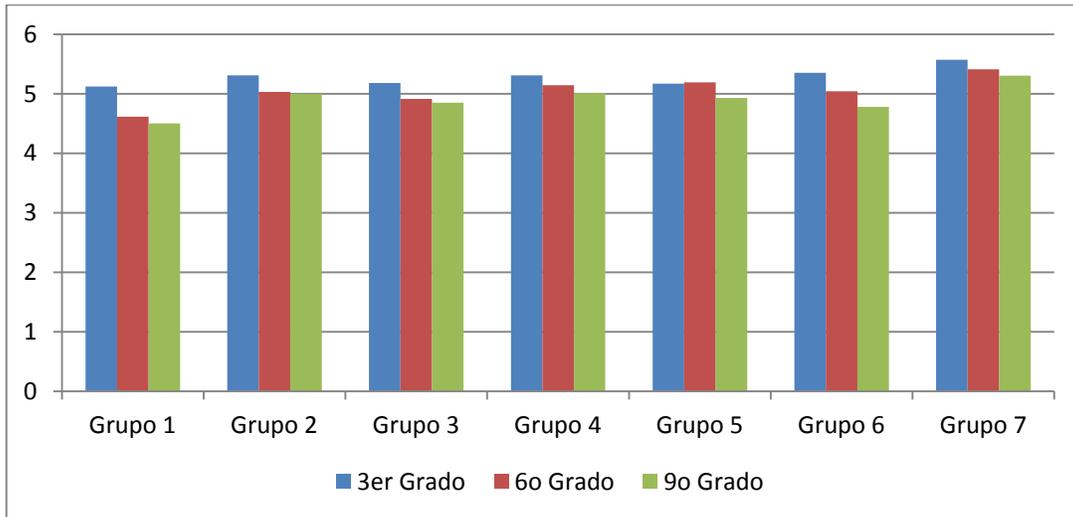
**Gráfica E.1.2. Notas promedio de matemática en la “Paesita”, a nivel de escuela, por grupo de ingreso a CSR, 2005**



Nota: El Grupo 1 lo forman los municipios que ingresaron a CSR en 2005; el Grupo 2 los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008, el Grupo 6 los municipios que ingresaron en 2009 y el grupo 7 lo forman las escuelas en municipios de pobreza extrema moderada o baja.

Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Educación

**Gráfica E.1.23 Notas promedio de lenguaje en la “Paesita”, a nivel de escuela, por grupo de ingreso a CSR, 2005**



Nota: El Grupo 1 lo forman los municipios que ingresaron a CSR en 2005; el Grupo 2 los municipios que ingresaron en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008, el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008, el Grupo 6 los municipios que ingresaron en 2009 y el grupo 7 lo forman las escuelas en municipios de pobreza extrema moderada o baja.

Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Educación

Se estimó la regresión siguiente para medir de manera gruesa la asociación entre la exposición a CSR y las notas de las pruebas a nivel de escuela:

$$[\Delta Y]_{id} = \alpha_d + \beta_1 D_i + \beta_2 D_i^2 + \beta_3 D_i^3 + \gamma Z_i + \varepsilon_{id}$$

donde  $[\Delta Y]_{id}$  representa el cambio en las notas de las pruebas por escuela  $i$  en el departamento  $d$  entre 2005 y 2008;  $\alpha_d$  representa un intercepto a nivel de departamento,  $D1$  representa un indicador para el Grupo 1 (ingresó en 2005);  $D2$  un indicador para el Grupo 2; y  $D3$  un indicador para el Grupo 3. Ya que sencillamente se estimó la ecuación por mínimos cuadrados ordinarios, estos resultados no deberán ser considerados estimaciones de impacto, pero pueden ser tomados como indicativos de si CSR está teniendo algún efecto en los resultados de las pruebas.

En general, al estimar la ecuación anterior para las notas de matemática y lenguaje en tercero, sexto y noveno grados, se encuentra alguna evidencia que sugiere efectos positivos en los resultados (cuadro E.1.4). Por un lado, las notas de pruebas de tercer grado parecen no ser afectadas por la participación en CSR; ninguno de los coeficientes estimados en los Grupos 1 al 3 son significativamente diferentes de cero, aunque todos son positivos. Para las notas de sexto grado, se encontraron coeficientes positivos grandes, tanto en las notas de matemática como de lenguaje entre las escuelas del Grupo 1, y un coeficiente positivo más pequeño en notas de lenguaje entre escuelas del Grupo 2. Después de dos o tres años de exposición a CSR, podría ser que la asistencia adicional a la escuela ayude a niños mayores a obtener mejor nota en las pruebas estandarizadas. Además, vale la pena notar que para tercero y sexto grados, todas las estimaciones puntuales para los tres grupos son positivas.

**Cuadro E.1.4. Asociación entre CSR y los cambios en las notas promedio a nivel de escuela en pruebas de matemática y lenguaje, entre 2005 y 2008**

	Tercer grado		Sexto grado		Noveno grado	
	Matemática	Lenguaje	Matemática	Lenguaje	Matemática	Lenguaje
Grupo 1	0.121 (-0.114)	0.207 (-0.144)	<b>0.45</b> (0.131)**	<b>0.506</b> (0.143)**	<b>0.248</b> (0.130)*	0.244 (-0.156)
Grupo 2	0.103 (-0.081)	0.101 (-0.098)	0.115 (-0.123)	<b>0.171</b> (0.092)*	-0.042 (-0.105)	-0.06 (-0.108)
Grupo 3	0.036 (-0.075)	0.094 (-0.087)	0.068 (-0.095)	0.147 (-0.103)	-0.047 (-0.113)	0.013 (-0.095)
Escuela urbana	<b>-0.219</b> (0.036)**	<b>-0.35</b> (0.040)**	<b>-0.405</b> (0.050)**	<b>-0.37</b> (0.042)**	<b>-0.232</b> (0.052)**	-0.37 -0.039
Escuela Privada	<b>-0.392</b> (0.064)**	<b>-0.589</b> (0.064)**	<b>-0.303</b> (0.079)**	<b>-0.483</b> (0.073)**	<b>-0.305</b> (0.062)**	<b>-0.485</b> (0.055)**
Municipio en CSR	0.01 (-0.058)	0.02 (-0.065)	0.002 (-0.088)	0.009 (-0.087)	-0.008 (-0.08)	0.048 (-0.084)
Número de R <sup>2</sup>	4,915 0.072	4,915 0.116	4,219 0.105	4,219 0.137	2,445 0.086	2,445 0.202

Notas: Errores estándar agrupados a nivel de municipio en paréntesis. \* - indica significancia al nivel de 10 por ciento; \*\* - indica significancia al nivel del 5 por ciento. El grupo 1 lo forman los municipios que ingresaron a CSR en 2005, El Grupo 2 los que ingresaron en 2006 y el Grupo 3 los que ingresaron en 2007.

Fuente: Datos a nivel de escuela reportados por el Ministerio de Educación.

No es de extrañar que se encontraran resultados mixtos en las pruebas de noveno grado. Uno de los coeficientes estimados es significativo al nivel de 10 por ciento (pruebas de matemática entre niños del Grupo 1; otros, sin embargo no son significativos y algunos incluso son negativos. Esto no es de extrañar, puesto que no es condición para recibir las TMC que los niños continúen en la escuela más allá de la primaria. No obstante, dado el bajo desempeño en las pruebas de noveno grado en 2005 que se observó en los municipios elegibles para *CSR* en relación con el resto de municipios del país (ver gráfica E.1.2), sí se cree que los coeficientes de las notas de sexto grado, son, aunque sea parcialmente causales, entonces extender los pagos hasta noveno grado podría traer más beneficio desde la perspectiva de resultados de pruebas de aprendizaje.

## **E.2. Otros indicadores de salud materna**

Debido a que en los dos informes de impactos presentados anteriormente, y como se comenta en el capítulo 5 de este informe, se encontraron impactos positivos en partos atendidos por personal calificado, pero impactos negativos en el número adecuado de controles prenatales, se exploran los posibles impactos en un conjunto de variables adicionales relacionadas con la salud materna. Se analiza el progreso en tres variables: proporción de partos atendidos en hospitales, proporción de madres que reciben cuidado posnatal, y proporción de mujeres que se realizan pruebas de cáncer cervical. Antes de analizar estos indicadores, se presentan antecedentes breves sobre las transferencias monetarias condicionadas y sus impactos en los indicadores de salud materna.

### **E.2.1. Consideraciones iniciales**

En muchos casos, los programas de TMC están bien posicionados para incidir en los resultados de partos. Primero, varios de estos programas, tales como las Oportunidades de México, incluyen en el paquete de beneficios servicios de salud gratis, que incluye servicio prenatal y en el parto (Urquieta-Salomon et al. 2009). Segundo, programas tales como *CSR* pueden estimular la demanda de atención por medio de capacitaciones de salud o nutrición, a menudo dirigidas a las mujeres y, ofrecidas en paralelo con los pagos de las transferencias. Tercero, los programas pueden incrementar el suministro de servicios de salud por medio de la inversión en infraestructura y mejoras del lado de la oferta de clínicas en las comunidades en tratamiento. Cuarto, la teoría económica sugeriría que las TMC ejercerán un efecto ingreso, específicamente cuando el ingreso del hogar aumenta, y particularmente si éste está en las manos de las mujeres, habrá un incremento en la demanda o la utilización de servicios de salud en el momento del parto.

Aunque hay varios caminos potenciales para los impactos en los resultados de salud materna, en una revisión de los programas de TMC y su relación con la salud, Morris concluye que “a pesar del notable éxito de programas TMC en cambiar las conductas de hogares, es muy improbable que ellos hayan contribuido algo al esfuerzo general de reducir la mortalidad materno infantil (Morris 2010).”<sup>48</sup> Además, él sugiere que en términos de salud, el “mayor fracaso” de los programas de

---

<sup>48</sup> Casi no se han realizado evaluaciones de impacto de programas de TMC para determinar los efectos en la mortalidad y morbilidad materna per se, ya que el tamaño de las muestras tendría que ser muy grande y más allá del alcance de evaluación tradicional. Sin embargo, aquí se hace referencia a indicadores de salud materna que han sido vinculados con la mortalidad, incluyendo pero sin limitarse a ellos, la atención de partos por personal calificado, los partos hospitalarios y el cuidado posnatal.

TMC en Latinoamérica y el Caribe es el “descuido del propio período en el cual la necesidad de modificaciones de la conducta es mayor: el trabajo de parto, el alumbramiento y la inmediata fase de recuperación posparto”. Esta afirmación es parcialmente impulsada por la falta de evidencia ya que la selección de resultados de salud materna, y subsiguiente recopilación y evaluación de datos en estos programas ha sido, en el mejor de los casos, limitada. La mayoría de la evidencia actual es extraída de informes técnicos que examinan la salud materna como un resultado secundario, a menudo de forma puramente descriptiva.

Existen unas pocas excepciones recientes. A pesar de usar diferentes técnicas de estimación, en una evaluación reciente de Oportunidades de México, no se encontró ningún impacto en la atención de partos por personal calificado en mujeres rurales (Urquieta-Salomon et al. 2009). Una evaluación aparte de Oportunidades encuentra que las beneficiarias recibieron 12.2% más procedimientos en visitas de cuidado prenatal que las no beneficiarias (Barber y Gertler 2009). Finalmente, se ha encontrado que Oportunidades incrementa las tasas de cesáreas en el parto en 5.1 puntos porcentuales en general, y 7.5 puntos porcentuales entre mujeres expuestas al programa por más de cinco meses y especialmente entre las mujeres con partos en hospitales del seguro social y del gobierno (Barber 2009). Las mujeres que reciben vales de salud en Honduras mostraron un incremento de 18 a 19 puntos porcentuales en cinco o más visitas de cuidado prenatal; sin embargo, las proporciones no eran balanceadas en la línea basal y así los resultados son de validez cuestionable (Morris et al. 2004)<sup>49</sup>. En el mismo estudio, no se encontraron impactos en visitas de cuidado posnatal a 10 días del parto. Una evaluación del programa *Bolsa Alimentacao* de Brasil no encontró impactos significativos en ninguno de los momentos de la primera visita prenatal o del número total de visitas; sin embargo, este resultado era esperado, dado que el tamaño de la muestra de mujeres embarazadas era pequeño (n= 287; IFPRI, 2003).

## **E.2.2 Proporción de partos que son atendidos en hospitales**

En el capítulo 5 se presenta el análisis para la proporción de partos que son atendidos por personal calificado. En este apartado se examina el progreso de aquellos partos que son atendidos en un hospital. Al igual que para las estimaciones que se describieron en el capítulo 5, se realizó una estimación de impacto usando una serie de variables de control para proporcionar un análisis más robusto.

El cuadro E.2.1 muestra que el porcentaje de mujeres que dan a luz en hospitales<sup>50</sup> tuvo un modesto aumento en el último año, pasando de 81.4% en la tercera encuesta a 83.3% en la cuarta; se observaron resultados mixtos: mientras el Grupo 4 mostró incrementos, el Grupo 2 se mantiene relativamente sin cambio y los Grupos 2 y 5 disminuyen levemente. Con todo, la proporción de partos en hospitales aumentaron bastante entre la línea basal y la cuarta encuesta, pasando de 70.7%

---

<sup>49</sup> Los niveles de línea basal de mujeres que reciben cinco o más visitas prenatal entre los hogares beneficiarios es 38%, mientras que los hogares de control son 49%. Además, los autores destacan la falta de impacto detectable usando datos de establecimientos gubernamentales, lo que hace que los impactos sean más (Morris et al. 2004).

<sup>50</sup> Se incluyen en la definición todos los tipos de hospitales públicos y privados; se excluyen otros establecimientos, como las unidades de salud y otras clínicas.

a 83.3%. Por lo tanto, se puede concluir que ha habido progreso significativo en términos de asegurar que los partos ocurran en lugares seguros y atendidos por más personal calificado.

**Cuadro E.2.1. Proporción de partos hospitalarios, por año de ingreso a CSR y encuesta**

Encuesta	Promedio total	Grupos se municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Línea basal	70.7	76.9	62.6	69.2	75.9
Segunda encuesta	73.6	79.8	65.0	69.2	81.3
Tercera encuesta	81.4	87.5	77.3	80.3	82.4
Cuarta encuesta	83.3	83.9	77.2	90.0	81.7

Nota: El Grupo 2 lo forman los municipios que ingresaron a CSR en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008 y el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

**Cuadro E.2.2. Resultados de impactos DDR de impactos de las TMC asociadas con CSR en la proporción de embarazadas, partos atendidos en hospitales, Grupos 2 y 3 (línea base y segunda encuesta)**

	Estimación MCO			Estimación LLR		
	(1)	(2)	(3)	(1a)	(2a)	(3a)
Muestra completa ( <i>N</i> = 531)	<b>0.149</b> (0.080)*	<b>0.151</b> (0.074)**	<b>0.141</b> (0.073)*	<b>0.159</b> (0.082)**	<b>0.159</b> (0.077)**	<b>0.147</b> (0.075)*
R <sup>2</sup>	0.039	0.060	0.083	0.053	0.075	0.102
Ancho de banda = 5 ( <i>N</i> = 361)	<b>0.209</b> (0.058)***	<b>0.216</b> (0.048)***	<b>0.201</b> (0.048)***	<b>0.177</b> (0.071)**	<b>0.186</b> (0.068)***	<b>0.163</b> (0.064)***
R <sup>2</sup>	0.051	0.073	0.101	0.088	0.110	0.145
Incluye variables de control:						
Características personales	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Características de los hogares	No	No	Sí	No	No	Sí

Notas: Los errores estándar están en paréntesis y están conglomerados por municipio. \* indica significancia con un nivel de 10%, \*\* indica significancia con un nivel de 5%, \*\*\* indica significancia con un nivel de 1%. Ancho de banda se refiere a la distancia a ambos lados del umbral; donde se especifica un ancho de banda, se excluyen las observaciones afuera de la banda. Las variables individuales de control fueron la edad de la mujer embarazada, su nivel de escolaridad y estado civil; las variables de características del hogar incluyeron indicadores de acceso al agua, electricidad y saneamiento, un índice de activos de los hogares (construido usando análisis factorial) y el logaritmo natural de la distancia a la unidad de salud más cercana

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

En el cuadro E.2.2 se presentan los resultados de la evaluación de impacto para la proporción de partos atendidos en hospitales, usando la línea basal y la segunda encuesta comparando los municipios de los Grupos 2 y 3. Los resultados muestran que, en general, los impactos de 14.9 a 20.9 puntos porcentuales son robustos para la inclusión de variables de control en todos los modelos, que son similares a los impactos estimados con respecto a la atención de partos por

personal calificado. Este cuadro, por lo tanto, confirma que *CSR* tuvo un impacto robusto, significativo en mejora en la atención de partos.

### E.2.3. Controles posnatales

El cuadro E.2.3. muestra las tendencias en la proporción de partos con algún cuidado posnatal en las dos semanas siguientes al parto, en las encuestas y grupos de ingreso<sup>51</sup>. Aunque se observa progreso en el indicador (de 23.4 % en la línea basal, a 30.4% en la cuarta encuesta), el porcentaje general se mantiene relativamente bajo; el mayor incremento se dio entre la línea basal y la tercera encuesta; entre la tercera y la cuarta el progreso fue menor. No obstante, los incrementos se dieron en todos los grupos de municipios.

**Cuadro E.2.3. Proporción de mujeres que recibieron controles posnatales dos semanas después del parto, por año de ingreso a *CSR* y encuesta**

Encuesta	Promedio total	Grupos se municipios por año de ingreso a <i>CSR</i>			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Línea basal	23.4	26.2	19.9	22.0	26.2
Segunda encuesta	26.5	34.0	27.5	25.2	20.8
Tercera encuesta	27.3	31.3	26.7	23.1	30.9
Cuarta encuesta	30.4	33.0	27.5	29.5	31.9

Nota: El Grupo 2 lo forman los municipios que ingresaron a *CSR* en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008 y el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

El cuadro E.2.4. muestra los impactos de *CSR* en la proporción de mujeres que recibe controles posnatales en las dos semanas después del parto, usando la línea basal y la segundo encuesta comparando los municipios de los Grupos 2 y 3 incluyendo comprobaciones de robustez usando variables del control. No se encontraron impactos significativos de *CSR* en el cuidado posnatal, en ninguno de los modelos. Al igual que para el caso de los controles prenatales, los coeficientes son negativos en los modelos, aunque no significativos.

<sup>51</sup> Se define el cuidado posnatal como una visita en el período de dos semanas después del parto, sin embargo, los resultados de impacto no cambian si se extiende a un período de seis semanas.

**Cuadro E.2.4. Resultados de impactos DDR de impactos de las TMC asociadas con CSR en la proporción de mujeres que recibieron controles posnatales dos semanas después del parto, Grupos 2 y 3 (línea base y segunda encuesta)**

	Estimación MCO			Estimación LLR		
	(1)	(2)	(3)	(1a)	(2a)	(3a)
Muestra completa ( <i>N</i> = 477)	-0.067 (0.010)	-0.067 (0.099)	-0.067 (0.072)	-0.073 (0.010)	-0.071 (0.099)	-0.072 (0.101)
R <sup>2</sup>	0.006	0.012	0.013	0.014	0.021	0.022
Ancho de banda = 5 ( <i>N</i> = 319)	-0.106 (0.132)	-0.010 (0.132)	-0.103 (0.135)	-0.147 (0.158)	-0.137 (0.155)	-0.143 (0.155)
R <sup>2</sup>	0.003	0.009	0.013	0.018	0.025	0.029
Incluye variables de control:						
Características personales	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Características de los hogares	No	No	Sí	No	No	Sí

Notas: Encuesta de línea basal y la segunda encuesta. Los errores estándar están en paréntesis y están conglomerados por municipio. Ancho de banda se refiere a la distancia a ambos lados del umbral; donde se especifica un ancho de banda, se excluyen las observaciones afuera de la banda. Las variables individuales de control fueron la edad de la mujer embarazada, su nivel de escolaridad y estado civil; las variables de características del hogar incluyeron indicadores de acceso al agua, electricidad y saneamiento, un índice de activos de los hogares (construido usando análisis factorial) y el logaritmo natural de la distancia a la unidad de salud más cercana.

Fuente: Encuestas de evaluación de CSR (línea basal y segunda encuesta).

#### E.2.4. Tamizaje de cáncer cervical

El virus del papiloma humano genital (VPH) es una de las principales causas de cáncer cervical, el cual es el cáncer más frecuente entre las mujeres en edad reproductiva (15 a 49) en El Salvador (OMS/ICO 2010). Las tasas de prevalencia de VPH específicas de edad para mujeres en El Salvador son más altas que las tasas de Latinoamérica y las tasas mundiales generales. La proporción de mujeres que alguna vez se hicieron la prueba del cáncer cervical reportadas en FESAL 2008 para mujeres de edades entre 15 y 49 años son de 87.2%; entre las mujeres que se hicieron la prueba en los últimos dos años y el último año son 67.5% y 45.0%, respectivamente (FESAL 2008/9). Aunque no existe una condicionalidad directa de CSR que requiera que las mujeres se hagan el tamizaje de cáncer cervical, hay varias vías por medio de las cuales CSR tiene el potencial de mejorar este indicador. Por ejemplo, las mujeres pueden enterarse de la prueba en capacitaciones o tener la oportunidad de hacérsela mientras visitan una clínica por otros servicios, como cuidado prenatal o control del crecimiento de sus hijos.

En el cuadro E.2.5 se muestran las tendencias de la proporción de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) que alguna vez se hicieron la prueba del cáncer cervical por encuesta y grupo de municipios. En general, el porcentaje se mantiene prácticamente sin cambio, en el rango de 64 a 68%. Los porcentajes por grupo de municipios tampoco muestran tendencias discernibles, por lo que es poco probable que se encuentren impactos del programa. En realidad, los promedios de

mujeres que alguna vez se hicieron la prueba descienden levemente en todos los grupos de municipios, lo cual puede indicar una tendencia descendente general en el tamizaje desde 2006.

**Cuadro E.2.5. Proporción de mujeres de 15 a 49 años que alguna vez se hicieron la prueba de cáncer cervical, por año de ingreso a Comunidades Solidarias Rurales y encuesta**

Encuesta	Promedio total	Grupos se municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Línea basal	68.4	72.6	63.2	68.5	69.8
Segunda encuesta	68.2	69.4	66.9	67.8	68.8
Tercera encuesta	64.5	63.3	64.5	63.6	66.9
Cuarta encuesta	65.4	65.8	63.0	65.1	67.7

Nota: El Grupo 2 lo forman los municipios que ingresaron a CSR en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008 y el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

Para explorar aún más las tendencias, se analiza el porcentaje de mujeres que reportaron haberse realizado la prueba en los 12 meses anteriores, ya que es más probable que estos indicadores sean impactados directamente por CSR en lugar de los indicadores que son recopilados para toda la edad reproductiva de una mujer. Sin embargo, el cuadro E.2.6 muestra que también existe un leve descenso en este otro indicador, pasando de 44.4% en la línea basal a 38.6% en la cuarta encuesta. Por lo tanto, hay poca evidencia que sugiera un impacto del programa en ninguno de los grupos de municipios. Aunque no se reporta, también se exploraron la proporción de mujeres que se hicieron la prueba en los dos años anteriores; tampoco se encontraron tendencias discernibles. Con la excepción de las que se hicieron la prueba en los últimos 12 meses, los valores promedio son sistemáticamente menores que aquellos encontrados en los datos de FESAL 2008.

**Cuadro E.2.6. Proporción de mujeres de 15 a 49 años que se hicieron la prueba de cáncer cervical en los últimos doce meses, por año de ingreso a Comunidades Solidarias Rurales y encuesta**

Encuesta	Promedio total	Grupos se municipios por año de ingreso a CSR			
		Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Línea basal	44.4	47.8	39.6	43.2	47.9
Segunda encuesta	45.3	50.1	41.1	42.3	48.7
Tercera encuesta	40.2	42.3	37.0	41.6	39.8
Cuarta encuesta	38.6	37.7	37.1	39.2	40.1

Nota: El Grupo 2 lo forman los municipios que ingresaron a CSR en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008 y el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

Para confirmar la falta de impactos del programa en este indicador, analizamos los impactos en los tres indicadores (se ha hecho la prueba alguna vez, se ha hecho la prueba en los últimos dos años, se ha hecho la prueba en los últimos 12 meses). El cuadro E.2.7 presenta los resultados para mujeres en edades de 15 a 49 años que se han hecho la prueba en los últimos 12 meses con base en la línea

basal y la segunda encuesta, comparando los municipios de los Grupos 2 y 3. Los resultados indican que *CSR* está asociado con 1.5 a 2.8 puntos porcentuales de incremento en el tamizaje de cáncer cervical en los últimos 12 meses; sin embargo, ninguno de los coeficientes son significativos en ninguno de los modelos. Los coeficientes no son significativos cuando exploramos el tamizaje de los últimos dos años, se ha hecho la prueba alguna vez, o cuando consideramos una muestra de mujeres menores de 30 años.

**Cuadro E.2.7. Resultados de impactos DDR de impactos de las TMC asociadas con CSR en la proporción de mujeres de 15 a 49 años que se han hecho la prueba de cáncer cervical en los últimos 12 meses, Grupos 2 y 3 (línea base y segunda encuesta)**

	Muestra completa	Ancho de banda de IIMM = 4	Ancho de banda de IIMM = 3	Ancho de banda de IIMM = 2.5
<i>Método de estimación</i>	(1)	(2)	(3)	(4)
Estimación MCO	0.023 (0.033)	0.015 (0.034)	0.015 (0.038)	0.025 (0.040)
Estimación LLR	0.023 (0.033)	0.015 (0.033)	0.017 (0.038)	0.028 (0.040)
Número de observaciones	3703	3443	2992	2267

Notas: Encuesta de línea basal y la segunda encuesta. Los errores estándar están en paréntesis y están conglomerados por municipio. Ancho de banda se refiere a la distancia a ambos lados del umbral; donde se especifica un ancho de banda, se excluyen las observaciones afuera de la banda.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

Aunque se puede concluir que no hay impacto importante de *CSR* en la proporción de mujeres en edad reproductiva que se practica el tamizaje de cáncer cervical en comunidades de CRS, en el cuadro E.2.8 se presentan estadísticas descriptivas, separando las mujeres que están en hogares que reciben transferencias o en hogares que no las reciben. Los resultados indican que en la muestra total y en todos los grupos de municipios, la proporción que se han realizado la prueba es mayor entre las mujeres de hogares que reciben transferencias. Por ejemplo, en la cuarta encuesta, el 66.9% de las mujeres que reciben las TMC reportan que se hicieron la prueba alguna vez, mientras sólo lo hicieron 57.9% de las que no las reciben. Las diferencias del promedio general son estadísticamente significativas a nivel de 5%. No obstante, las diferencias no son significativas en todos los grupos de municipios.

**Cuadro E.2.8. Proporción de mujeres de 15 a 49 años que se han hecho la prueba de cáncer cervical alguna vez, en hogares que reciben y no reciben TMC, por ronda de encuesta**

Grupo de municipios	Encuesta 3 (2009)			Encuesta 4 (2010)		
	Reciben TMC	No reciben TMC		Reciben TMC	No reciben TMC	
		TMC	p-valor		TMC	p-valor
Total	65.3	59.8	<b>0.016*</b>	66.9	57.9	<b>0.000*</b>
Grupo 2	64.3	60.1	0.337	68.0	58.3	0.062
Grupo 3	65.1	60.0	0.160	63.7	58.8	0.103
Grupo 4	64.5	57.5	0.090	68.8	55.7	<b>0.009*</b>
Grupo 5	67.4	62.6	0.458	69.3	59.3	<b>0.010*</b>

Nota: \* denotan significancia estadística a nivel 5% o más alto. El Grupo 2 lo forman los municipios que ingresaron a CSR en 2006, el Grupo 3 los que ingresaron en 2007, el Grupo 4 los que ingresaron a inicios de 2008 y el Grupo 5 los que ingresaron a finales de 2008.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

En conclusión, no se encuentra evidencia de que CSR haya mejorado las tasas de tamizaje de cáncer cervical en las comunidades del programa, al usar indicadores que varían en fecha recordada de la prueba y entre diferentes grupos de edad. Sin embargo, aunque no es definitivo, existe alguna evidencia de que la falta de mejora en las tasas de tamizaje de cáncer cervical puede ser resultado de la gran cantidad de mujeres que no reciben TMC, principalmente en hogares tipo 1. Finalmente, la leve reducción que se observó en la tendencia de este indicador refleja una brecha en la prestación de servicios de salud materna, lo cual puede ser un área de atención para programas futuros.

### E.3. Impactos en la prevalencia de trabajo infantil

#### E.3.1 Consideraciones iniciales

Uno de los potenciales efectos positivos de los programas de TMC es la reducción del trabajo infantil (Fiszbein and Schady, 2009). Sin embargo, entre la encuesta de línea basal y la segunda encuesta, el trabajo infantil en realidad aumentó entre todos los grupos de edad, y de nuevo para algunos grupos de edad entre la segunda y la tercera encuestas (cuadro E.3.1); en la definición de trabajo infantil se incluye el trabajo asalariado, por cuenta propia o como trabajador familiar no remunerado. Hay mayores aumentos entre niños en edades de 12 a 14, quienes aumentan su propensión a trabajar entre 5 a 7 puntos porcentuales. En términos generales, la proporción de niños entre 10 y 14 años que trabajaron pasó de 18% a 24%) entre la línea de base y la cuarta encuesta (cuadro E.3.2). Debido a los altos precios de los productos agrícolas en la mayor parte de 2008 y 2009, este incremento no es de extrañar. Se esperaría que las familias reasignen sus recursos hacia trabajar más en labores agrícolas o en el negocio familiar a medida que aumentan los rendimientos esperados de ese trabajo. Estas reasignaciones ocurren principalmente entre niños con edad suficiente para asistir al tercer ciclo de educación básica.

**Cuadro E.3.1. Proporción de niños de 10 a 14 años que trabajan por un salario, por cuenta propia o como familiares no remunerados, por edad y encuesta**

Edad en años	Línea Basal	Segunda encuesta	Tercera encuesta	Cuarta encuesta
10	8.2	10.7	9.6	11.2
11	13.5	15.6	15.1	18.7
12	18.2	20.1	23.7	21.6
13	24.6	33.8	31.8	34.6
14	32.5	39.0	38.3	43.9
Total	18.1	22.6	22.7	24.2

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

Como se comentó en el Informe de impactos a los dos años de implementación (IFPRI-FUSADES, 2010), no se identificaron impactos de CSR sobre el trabajo infantil utilizando los datos provenientes de las encuestas; por lo tanto, se intenta estudiar el asunto desde otra perspectiva. Primero, se hace uso de los datos del Censo de Población de 2007 para construir indicadores alternativos de trabajo infantil; con ellos, se estiman los impactos del programa. Segundo, se hacen pruebas de consistencia utilizando los datos provenientes de las encuestas de evaluación.

En el Censo solamente se preguntó para cada individuo si realizaba trabajo por un salario o por cuenta propia, por lo que inicialmente se deberá limitar la definición de trabajo infantil como el trabajo asalariado o cuenta propia realizado por niños; es decir, no incluye el trabajo no remunerado en la tierra o negocio familiar. Sin embargo, el trabajo puede también tomar otras formas. Si los niños no trabajan, según esta definición más estrecha, se puede examinar si lo que reportan como su actividad principal es trabajos del hogar o estudio. Estas dos preguntas se incluyeron también en las encuestas de la evaluación, por lo que, después de presentar los resultados de impactos con los datos del censo, también se describen brevemente.

### **E.3.2. Estimaciones de impacto en la prevalencia de trabajo infantil**

Primero, se presentan las tasas de trabajo infantil, con la definición anterior, entre niños de 10 a 14 años en los municipios de los Grupos 2 y 3, por edad y género (cuadro E.3.2). Entre las niñas, la prevalencia es bastante baja en todas las edades; entre los niños, aumenta de 3.1% entre los de 10 años hasta 13.4% entre los de 14 años. Por lo tanto, los datos señalan que los niños son más susceptibles a ingresar al mercado laboral a menor edad que las niñas.

**Cuadro E.3.2. Proporción de niños que trabajan por un salario o por cuenta propia, por edad y género, municipios de los Grupos 2 y 3, 2007**

Edad en años	Ambos sexos	Niños	Niñas
10	2.7	3.1	2.3
11	2.6	3.6	1.6
12	3.9	5.4	2.3
13	5.7	8.7	2.7
14	8.5	13.4	3.4
Total	4.6	6.8	2.4

Fuente: VI Censo de Población de El Salvador, 2007

En el cuadro E.3.3 se presenta un resumen de los impactos estimados de *CSR* sobre la prevalencia de trabajo infantil, entre niños de 10 a 14 años, usando el ancho de banda más angosto (distancia al umbral=5). Como se observa, se encuentran coeficientes negativos para ambos sexos y para los niños, pero ninguno es estadísticamente significativo. El impacto estimado para las niñas es pequeño, positivo, y estadísticamente no es diferente de cero. Por lo tanto, los resultados obtenidos utilizando los datos del Censo de Población son bastante consistentes con los hallazgos sobre trabajo infantil que se presentaron en los dos informes de impactos anteriores (IFPRI-FUSADES, 2009 y 2010).

**Cuadro E.3.3. Estimación de impactos en la prevalencia de trabajo infantil, entre niños de 10 a 14 años, comparando los municipios de los Grupos 2 y 3, Censo de Población de 2007**

	MCO- kernel uniforme			RLL		
	Ambos sexos	Niños	Niñas	Ambos sexos	Niños	Niñas
Impacto	-0.01 (0.015)	-0.021 (0.027)	0.002 (0.006)	-0.007 (0.019)	-0.019 (0.034)	0.003 (0.007)
Número de observaciones	11,773	5,992	5,781	11,773	5,992	5,781

Nota: los errores estándares están conglomerados a nivel de municipio y se presentan en paréntesis

Fuente: VI Censo de Población de El Salvador, 2007

### **E.3.3. Impacto en la proporción de niños para quienes el trabajo doméstico es su actividad principal**

Entre los niños que no realizan trabajo asalariado o por cuenta propia, se examina el porcentaje de niños para los que se reporta que su actividad principal es el trabajo en el hogar y si éste habría cambiado como consecuencia de las transferencias de *CSR*. Como era de esperarse, a medida que los niños van creciendo, tienden más reportar que los trabajos de la casa son su actividad principal (cuadro E.3.4). Sin embargo, al separar por género, se observan algunas diferencias interesantes entre los municipios de los Grupos 2, que ya habían ingresado a *CSR* para el censo y los municipios

del Grupo 3. Las niñas tienden más que los niños a reportar el trabajo doméstico como actividad principal en todas las edades. La prevalencia de este tipo de trabajo es mayor entre los municipios del Grupo 3, tanto para los niños como para las niñas; sin embargo, para el caso de las niñas, la brecha entre los Grupos 2 y 3 se hace más amplia a medida que aumenta la edad; la brecha para el caso de los niños se mantiene relativamente constante en todas las edades.

**Cuadro E.3.4. Porcentaje de niños de 10 a 14 años que reportan el trabajo de la casa como su principal actividad, Grupos 2 y 3, 2007**

Edad en años	Total		Ambos sexos		Niños		Niñas		
	Ambos sexos	Niños	Niñas	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 2	Grupo 3
10	13.3	12.3	14.4	7.0	15.8	5.8	14.9	8.3	16.7
11	15.4	14.1	16.7	8.5	17.9	8.5	16.2	8.5	19.8
12	19.2	16.2	22.3	10.2	22.7	7.7	19.6	12.8	25.7
13	22.8	17.0	28.8	14.9	26.1	11.4	19.3	18.4	33.2
14	28.0	20.7	35.8	20.5	31.2	14.5	23.3	26.6	39.7
Total	19.7	16.0	23.4	12.3	22.6	9.6	18.6	15.0	26.7

Fuente: VI Censo de Población de El Salvador, 2007

Por lo tanto, no extraña que se identificaran impactos; se encontró que las transferencias asociadas con CSR tienen un impacto negativo de 5.4 a 5.9 puntos porcentuales, en la proporción de niños que reportan realizar trabajos domésticos como actividad principal (cuadro E.3.5). El efecto parece ser más fuerte entre las niñas que entre los niños; sin embargo, los resultados para las edades específicas son particularmente interesantes. Por ejemplo, para ambos sexos, se encontraron impactos grandes y negativos entre los niños de ambos sexos de 12 años, los que tienden más a estar en la escuela como resultado de las TMC. El impacto es un poco más grande entre las niñas de esa edad, en 11 puntos porcentuales. Para los niños de 13 y 14 años, los coeficientes estimados son negativos, pero no son significativos.

**Cuadro E.3.5. Estimaciones de impacto en la proporción de niños que reportan el trabajo doméstico como su actividad principal, niños de 10 a 14 años, por género, Grupos 2 y 3, 2007**

Edad en años	MCO- kernel rectangular			RLL		
	Ambos sexos	Niños	Niñas	Ambos sexos	Niños	Niñas
10 a 14	<b>-0.054</b> (0.024)**	-0.053 (0.034)	<b>-0.055</b> (0.023)**	<b>-0.059</b> (0.027)*	-0.065 (0.041)	<b>-0.053</b> (0.021)**
10	-0.022 (0.025)	-0.048 (0.028)	0.004 (0.024)	-0.025 (0.027)	-0.050 (0.031)	0.000 (0.025)
11	-0.030 (0.019)	-0.021 (0.028)	<b>-0.039</b> (0.016)**	-0.028 (0.024)	-0.019 (0.032)	<b>-0.036</b> (0.018)*
12	<b>-0.102</b> (0.027)***	<b>-0.087</b> (0.040)*	<b>-0.115</b> (0.034)***	<b>-0.104</b> (0.030)***	<b>-0.095</b> (0.036)**	<b>-0.110</b> (0.037)**
13	-0.058 (0.032)	-0.052 (0.049)	-0.062 (0.046)	<b>-0.064</b> (0.034)*	-0.062 (0.070)	-0.064 (0.040)
14	-0.073 (0.042)	-0.061 (0.053)	-0.088 (0.051)	<b>-0.090</b> (0.043)*	-0.102 (0.054)*	-0.084 (0.049)

Notas: Los errores estándar están conglomerados a nivel de municipios y se presentan en paréntesis. \*-indica significancia a nivel de 10%; \*\*- indica significancia a nivel de 5%; \*\*\*- indica significancia a nivel de 1%. 11,773 observaciones.

Fuente: VI Censo de Población de El Salvador, 2007

Utilizando los datos de las encuestas, se intenta estimar el impacto de *CSR* en una variable similar, y no se encontraron resultados significativos. Sin embargo, estas estimaciones se hicieron con otros grupos de comparación (Grupos 3 y 4) y utilizando una estrategia de estimación de doble diferencia. Probablemente, esto estaría indicando que el impacto es mayor al comparar municipios más pobres (como es el caso del Grupo 2 que son municipios de pobreza extrema severa, con municipios del Grupo 3 que son de pobreza extrema alta).

#### **E.3.4. Impacto en la proporción de niños para quienes el estudio es su actividad principal**

Entre los niños que no realizan trabajo asalariado o por cuenta propia, se examina el porcentaje de niños para los que se reporta que su actividad principal es el estudio. Como se observa en el cuadro E.3.6, estos resultados son un espejo de los niños que reportan trabajo doméstico como su principal actividad. Las niñas, en particular, a medida que crecen tienden más a reportar el estudio como su actividad principal si residen en un municipio del Grupo 2 que las del Grupo 3. En general, la proporción de niños que reportan el estudio como actividad principal es más alto que los que reportan el trabajo doméstico.

**Cuadro E.3.6. Porcentaje de niños de 10 a 14 años que reportan el estudio como su principal actividad, Grupos 2 y 3, 2007**

Edad en años	Total		Ambos sexos		Niños		Niñas		
	Ambos sexos	Niños	Niñas	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 2	Grupo 3
10	71.3	72.0	70.6	79.3	68.2	80.8	68.6	77.8	67.8
11	76.3	76.3	76.2	84.7	73.1	84.2	73.4	85.2	72.8
12	71.3	73.2	69.3	82.5	67.0	84.7	68.7	80.3	65.3
13	66.0	68.3	63.5	76.3	61.7	77.1	64.7	75.4	58.5
14	57.2	57.5	56.9	66.1	53.4	64.8	54.5	67.6	52.3
Total	76.3	76.3	76.2	77.7	64.9	84.2	73.4	85.2	72.8

Fuente: VI Censo de Población de El Salvador, 2007

Al igual que la participación en *CSR* tuvo un impacto negativo en la prevalencia de trabajo doméstico como actividad principal, tuvo un impacto positivo en la prevalencia del estudio como actividad principal. En el cuadro E.3.7 se aprecia que el impacto es de 6.6 puntos, y es más alto entre los niños que para las niñas (escogiendo interpretar los resultados RLL). Sin embargo, los efectos son más fuertes entre las niñas más grandes, entre 12 y 14 años, lo que sugiere que las niñas como consecuencia de *CSR* están estudiando más y haciendo menos trabajo doméstico.

**Cuadro E.3.7. Estimaciones de impacto en la proporción de niños que reportan el estudio como su actividad principal, niños de 10 a 14 años, por género, Grupos 2 y 3, 2007**

Edad en años	MCO- kernel rectangular			RLL		
	Ambos sexos	Niños	Niñas	Ambos sexos	Niños	Niñas
10 a 14	<b>0.062</b>	<b>0.069</b>	<b>0.054</b>	<b>0.066</b>	<b>0.076</b>	<b>0.055</b>
	(0.021)**	(0.037)*	(0.017)***	(0.020)***	(0.038)*	(0.013)***
10	0.042	<b>0.079</b>	0.004	0.041	<b>0.077</b>	0.004
	(0.031)	(0.038)*	(0.029)	(0.033)	(0.041)*	(0.029)
11	0.039	0.034	<b>0.045</b>	0.036	0.028	<b>0.045</b>
	(0.022)	(0.034)	(0.017)**	(0.023)	(0.035)	(0.018)**
12	<b>0.1</b>	<b>0.105</b>	<b>0.094</b>	<b>0.105</b>	<b>0.115</b>	<b>0.092</b>
	(0.022)***	(0.044)**	(0.031)**	(0.018)***	(0.040)**	(0.025)***
13	<b>0.075</b>	0.072	<b>0.077</b>	<b>0.078</b>	0.067	<b>0.088</b>
	(0.034)**	(0.047)	(0.041)*	(0.032)**	(0.054)	(0.036)**
14	<b>0.073</b>	0.067	<b>0.079</b>	<b>0.091</b>	0.104	<b>0.08</b>
	(0.039)*	(0.064)	(0.038)*	(0.033)**	(0.061)	(0.033)**

Notas: Los errores estándar están conglomerados a nivel de municipios y se presentan en paréntesis. \*-indica significancia a nivel de 10%; \*\*- indica significancia a nivel de 5%; \*\*\*- indica significancia a nivel de 1%; 11,773 observaciones.

Fuente: VI Censo de Población de El Salvador, 2007

Entre los niños, los dos coeficientes más significativos son para los 10 y los 12 años. Puesto que estos niños están en la edad de estar en la primaria, reportar el estudio como su actividad principal pareciera sugerir que están tomando más en serio sus estudios.

También se estudió un indicador relacionado, la proporción de niños que reportan hacer tareas, utilizando los datos de las encuestas de la evaluación (cuadro E.3.8). Se encontraron resultados similares para un rango más amplio de edades (7 a 15 años), comparando los municipios de Grupo 3 con los del Grupo 4. Usando la encuesta de línea basal y la segunda encuesta, por lo menos al usar MCO con un *kernel* rectangular, se estimó un impacto de 7.5 puntos porcentuales, al usar el ancho de banda más estrecho. De nuevo, este impacto sugiere que los niños toman la escuela más en serio después de que llegó CSR a sus comunidades.

**Cuadro E.3.8. Resultados DDR para los impactos relativos de las TMC en la proporción de niños de 7 a 15 años que reportan hacer tareas escolares, Grupos 3 y 4, encuestas de línea basal y segunda encuesta.**

	Muestra completa	Ancho de banda de IIMM = 4	Ancho de banda de IIMM = 3	Ancho de banda de IIMM = 2
<i>Método de estimación</i>	(1)	(2)	(3)	(4)
Estimación MCO	<b>0.096</b> (0.033)***	<b>0.088</b> (0.035)**	<b>0.103</b> (0.035)***	<b>0.075</b> (0.038)**
Estimación LLR	0.050 (0.049)	0.054 (0.053)	0.031 (0.054)	0.029 (0.063)
Numero de observaciones	5268	4954	4285	2698

Notas: Encuesta de línea basal y la segunda encuesta. Los errores estándar están en paréntesis y están conglomerados por municipio. \*\* indica significancia con un nivel de 5%, \*\*\* indica significancia de 1%. Ancho de banda se refiere a la distancia a ambos lados del umbral; donde se especifica un ancho de banda, se excluyen las observaciones afuera de la banda.

Fuente: Encuestas IFPRI-FUSADES

### E.3.5 Resumen

En resumen, no se encuentra evidencia que CSR esté teniendo impactos en el trabajo infantil asalariado o por cuenta propia. Por el contrario, se encuentran impactos más sutiles, al lograr que más niños consideran como su actividad principal al estudio en lugar del trabajo doméstico, particularmente entre niñas más grandes. Dados los problemas con los embarazos precoces en El Salvador, estos efectos son muy positivos, y definitivamente apoyan la necesidad de ampliar el programa de transferencias al tercer ciclo, si el presupuesto lo permite.

## ANEXO F. GLOSARIO

<b>Aleatorio:</b>	Son todos aquellos eventos fortuitos o productos de la suerte.
<b>Censo:</b>	En el caso particular en que la muestra sea del mismo tamaño que la población, el estudio estadístico se conoce como censo. Conjunto de preguntas dirigidas a todos los elementos de una población u objetos de estudio.
<b>Coefficiente:</b>	En una regresión, es una medida de la relación entre la variable dependiente y una variable explicativa o independiente.
<b>Constante:</b>	Valor que no cambia. En una regresión es la porción de la variabilidad de una variable dependiente que no cambia al cambiar las variables independientes o explicativas; es decir, es un parámetro que no está asociado a ninguna de esas variables.
<b>Correlación:</b>	Relación lineal entre dos variables. Cuando los valores de las dos variables crecen o decrecen de forma simultánea y proporcional debido a factores externos, se dice que están positivamente correlacionados. Si uno crece en la misma proporción que el otro decrece, los dos están negativamente correlacionados.
<b>Covariante:</b>	Es una variable que posiblemente sea predictiva del resultado que está bajo estudio.
<b>Cuantiles:</b>	Son una serie de ‘puntos de corte’ que dividen una muestra de datos, ordenados en valor, en grupos que contienen (hasta donde es posible) igual número de observaciones. Ejemplos de cuantiles son los quintiles, los deciles y los percentiles.
<b>Datos:</b>	Son los valores cualitativos o cuantitativos mediante los cuales se miden las características de los objetos, sucesos o fenómenos a estudiar.
<b>Datos categóricos:</b>	Se dice que un conjunto de datos es categórico si los valores u observaciones que lo componen pueden ser ordenados por categorías excluyentes. Por ejemplo: sexo de las personas.
<b>Datos continuos:</b>	Se dice que un conjunto de datos es continuo si los valores u observaciones que lo forman toman valores dentro de un intervalo finito o infinito. Los datos continuos se pueden contar, ordenar y medir. Por ejemplo, el peso o la talla.

<b>Datos discretos:</b>	Se dice que un conjunto de datos es discreto si los valores (observaciones) que lo forman son distintos y separados, es decir, que se pueden contar. Por ejemplo, el número de personas en un hogar.
<b>Datos nominales:</b>	Se dice que un conjunto de datos es nominal si a los valores (observaciones) que lo forman se les puede asignar un código en forma de números, los que son simplemente etiquetas. Por ejemplo, al área urbana se le puede asignar el código 1, y al área rural el código 2.
<b>Datos ordinales:</b>	Se dice que un conjunto de datos es ordinal si los valores u observaciones que lo forman pueden ser ordenados o tienen adjunta una escala de clasificación. Los datos ordinales se pueden contar y ordenar, pero no se pueden medir.
<b>Decil</b>	Son valores que dividen una muestra de datos ordenados en valor, en diez grupos que contienen (hasta donde es posible) igual número de observaciones.
<b>Desviación estándar:</b>	Es la medida de la dispersión de una serie de datos. Es la raíz cuadrada de la varianza.
<b>Distribución de probabilidad:</b>	La distribución de probabilidad de una variable aleatoria discreta, es una lista de probabilidades asociadas con cada uno de sus posibles valores. Es llamada en ocasiones función de probabilidad.
<b>Ecuación de regresión:</b>	Representación matemática que permite expresar algebraicamente la relación entre dos (o más) variables. En particular indica hasta qué punto se pueden predecir algunas variables conociendo otras, o hasta qué punto algunas están relacionadas con otras.
<b>Encuesta:</b>	Conjunto de preguntas dirigidas a algunos miembros de una muestra representativa de una población.
<b>Error:</b>	Conocido también como residuo. Representa las variaciones inexplicadas después de ajustar un modelo de regresión; recoge todos aquellos factores de la realidad no controlables u observables y que por tanto se asocian con el azar.
<b>Estadístico:</b>	Es una cantidad que se calcula a partir de los datos de una muestra.
<b>Estimación:</b>	Es el valor particular calculado para una variable, mediante una norma o método para estimar un parámetro de una población.
<b>Estimador:</b>	Es un estadístico (esto es, una función de la muestra) usado para estimar un parámetro desconocido de la población.

<b>Estudio etnográfico</b>	Es la base de la investigación antropológica. El enfoque etnográfico se basa típicamente en un periodo extendido de contacto entre un investigador adecuadamente formado, y una muestra relativamente pequeña de la población. Eso permite que el investigador establezca relaciones sociales de confianza y que recopile datos en profundidad a través de entrevistas y observaciones—datos que normalmente no estarían al alcance de una encuesta formal. Se enfatiza la importancia del punto de vista local y en el caso de esta evaluación ofrece una mayor comprensión de cómo se percibe el programa al nivel comunitario.
<b>Experimento:</b>	Proceso o estudio que resulta en la recolección de datos, cuyo resultado se desconoce. En estadística, el término usualmente se restringe a situaciones donde el investigador tiene control sobre algunas de las condiciones bajo las cuales se lleva a cabo el estudio.
<b>Función de densidad de probabilidad:</b>	Es una función que puede ser integrada para obtener la probabilidad de que una variable continua tome un valor en un intervalo determinado.
<b>Función de distribución acumulada:</b>	Función que proporciona la probabilidad que una variable $x$ , discreta o continua, tenga un valor menor o igual que $x$ , para todo valor $x$ .
<b>Hipótesis:</b>	Enunciado respecto a una población y usualmente es un enunciado respecto a uno a más parámetros de la población.
<b>Hipótesis nula:</b>	Hipótesis que pone en duda el efecto de una variable experimental hasta que se determina el efecto como una diferencia significativa y no como resultado del azar.
<b>Inferencia estadística:</b>	Es la utilización de información obtenida de una muestra para sacar conclusiones (inferencias) acerca de la población de la cual la muestra fue obtenida.
<b>Intervalo de confianza:</b>	Un intervalo de confianza da un rango estimado de valores que es muy probable que incluya un parámetro desconocido de la población, el rango estimado se calcula de un conjunto de datos determinados.
<b>Media:</b>	Es una medida de ubicación, llamada comúnmente promedio.
<b>Mediana:</b>	La mediana de un conjunto de números ordenados en magnitud es, o el valor central o la media de los dos valores centrales.
<b>Modelo matemático:</b>	Representación ideal (en la forma de un sistema, proposición, fórmula o ecuación) de un fenómeno físico, biológico o social.

<b>Muestra:</b>	Es un grupo de unidades seleccionado de un grupo más grande (la población). Al estudiar la muestra se espera llegar a conclusiones válidas sobre el grupo más grande.
<b>Muestreo por conglomerados:</b>	Es una técnica de muestreo en la cual la población total es dividida en grupos o conglomerados, y una muestra aleatoria de esos conglomerados es seleccionada.
<b>Nivel de confianza:</b>	Es el valor probabilístico asociado con un intervalo de confianza, es expresado a menudo como porcentaje.
<b>Nivel de significancia:</b>	Es la probabilidad de rechazar equivocadamente la hipótesis nula $H_0$ , si de hecho es cierta. Una diferencia se denomina significativa cuando la distancia entre las medias de dos muestras señala una diferencia verdadera entre los parámetros de las poblaciones de las que se sacaron las muestras.
<b>Observación:</b>	Cualquier unidad simple o elemento, de las pruebas o de los materiales experimentales.
<b>Observación extrema:</b>	Es una observación en un conjunto de datos cuyo valor está muy alejado de los demás del conjunto de datos. Es un valor inusualmente grande o inusualmente pequeño, comparado con los demás.
<b>P valor:</b>	Es la probabilidad de obtener un valor de la prueba estadística tanto o más extremo que si la hipótesis nula es verdadera.
<b>Parámetro:</b>	Es un valor usualmente desconocido (y que por lo tanto tiene que ser estimado) utilizado para representar una cierta característica de la población.
<b>Percentil:</b>	Son valores que dividen una muestra de datos ordenados en valor, en cien grupos que contienen (hasta donde es posible) igual número de observaciones.
<b>Población:</b>	Es el grupo entero en el cual se está interesado, el que se desea describir o sobre el cual se busca llegar a conclusiones. Es un conjunto de elementos que tiene características comunes.
<b>Poder:</b>	Es la capacidad de una prueba estadística de rechazar la hipótesis nula cuando es falsa.
<b>Precisión:</b>	Es la medida de qué tan cerca se espera que esté un estimador del verdadero valor de un parámetro.

<b>Probabilidad:</b>	Es el conjunto de posibilidades de que un evento ocurra o no en un momento y tiempo determinado. Dichos eventos pueden ser medibles a través de una escala de 0 a 1, donde el evento que no pueda ocurrir tiene una probabilidad de 0 y uno que ocurra con certeza es de 1.
<b>Quintil:</b>	Son valores que dividen una muestra de datos ordenada en valor, en cinco grupos que contienen (hasta donde es posible) igual número de observaciones.
<b>Rechazo:</b>	Es la acción de descartar en un estudio estadístico lo propuesto en la hipótesis planteada.
<b>Regresión:</b>	Método matemático que modela la relación entre una variable dependiente Y, y una o más variables independientes, X
<b>Regresión lineal simple:</b>	Técnica que busca encontrar la relación lineal entre una variable dependiente y una variable explicativa.
<b>Regresión múltiple:</b>	Técnica que busca encontrar la relación lineal entre una variable dependiente y más de una posible variable explicativa.
<b>Regresión no lineal:</b>	Técnica que busca describir la relación no lineal entre una variable dependiente y una o más variables explicativas.
<b>Representatividad:</b>	Es la cualidad de una muestra que permite que a partir de la información proveniente de ésta, se puedan hacer inferencias para toda la población.
<b>Residuo:</b>	El residuo o error representa las variaciones inexplicadas después de ajustar un modelo de regresión. Es la diferencia entre el valor observado de la variable y el valor sugerido por el modelo de regresión.
<b>Unidad muestral:</b>	Es el objeto básico (o unidad) sobre el cual se lleva a cabo el estudio o experimento.
<b>Valor esperado:</b>	El valor esperado (o promedio de la población) de una variable aleatoria indica su valor central o promedio.
<b>Variabilidad:</b>	Se refiere a los diferentes valores que toma una variable en un estudio cualquiera en determinado intervalo.
<b>Variable:</b>	Es una función que asocia un valor numérico único con todos los resultados de un experimento. El valor de la variable aleatoria cambia de intento en intento mientras se repite el experimento.

<b>Variable continua:</b>	Son aquellas cuyo valor está determinado por valores reales, generalmente esas variables pueden tomar toda una gama de valores dentro de la recta real.
<b>Variable dependiente:</b>	Son variables que se ven determinadas o que dependen del valor que asuman otros fenómenos o variables independientes o explicativas.
<b>Variable dicotómica:</b>	Es aquella que por su propia naturaleza sólo puede manifestarse según dos modalidades.
<b>Variable discreta:</b>	Es la variable que por su naturaleza toma un número finito de valores enteros.
<b>Variable explicativa:</b>	Es aquélla que es manipulada por el investigador con el objeto de estudiar cómo incide sobre la expresión de la variable dependiente. También se la conoce como variable independiente.
<b>Variable independiente:</b>	Se dice que dos variables son independientes si y sólo si el valor de una no tiene influencia en el valor de la otra. En estadística es aquélla que es manipulada por el investigador con el objeto de estudiar cómo incide sobre la expresión de la variable dependiente. También se le conoce como variable explicativa.
<b>Variable indicadora:</b>	En el análisis de regresión a veces se necesita modificar la forma de variables no numéricas para permitirles plasmar sus efectos en el modelo de regresión. Eso se puede hacer mediante la creación de variables indicadoras, cuyo papel es identificar si la observación tiene o no la característica que se busca indicar. Normalmente toman valores de 1 si la observación tiene la característica, y 0 si no la tiene.
<b>Varianza:</b>	Es una medida de la dispersión de los datos.

## **ANEXO G. CUESTIONARIOS, CARTAS Y OTROS DOCUMENTOS UTILIZADOS PARA LA CUARTA RONDA DE ENCUESTAS**

1. Cuestionarios utilizados para la cuarta ronda de encuestas
  - a. Boleta para encuesta de hogares
    - Hoja de identificación para hogares entrevistado en encuesta anterior
    - Hoja de identificación para hogares nuevos, pero que están en censo de FISDL
    - Hoja de identificación para hogares nuevos
    - Boleta principal
  - b. Boleta Auxiliar para Evaluación Nutricional
  - c. Boleta para encuesta a comunidades
  - d. Boleta para establecimientos de salud
  - e. Boleta para escuelas primarias
  
2. Cartas y otros documentos
  - a. Carta de presentación para encuesta de hogares
  - b. Hoja de Consentimiento
  - c. Carta de presentación para encuesta a centros escolares
  - d. Carta de presentación para encuesta a establecimientos de salud
  - e. Carta de Solicitud de Apoyo extendida por FISDL y CSR
  - f. Carta de Solicitud de Apoyo extendida por el Ministerio de Salud
  - g. Carta de Solicitud de Apoyo extendida por el Ministerio de Educación