



“EVALUACIÓN EXTERNA DEL PROGRAMA RED SOLIDARIA”

INFORME DE IMPACTOS A LOS DOS AÑOS DE IMPLEMENTACIÓN

RESUMEN EJECUTIVO

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**

17 de febrero de 2010


FINANCIAMIENTO: FOSEP

RESUMEN EJECUTIVO

1. INTRODUCCIÓN

A pesar que El Salvador logró una reducción en la incidencia de pobreza de ingresos de 1992 a 2005, persistían importantes bolsones de extrema pobreza en 2005. El porcentaje de pobres extremos disminuyó del 31.5% en 1992 al 15.9% en 2005, pero el nivel nacional de pobreza extrema cambió poco en el periodo 2003-2005. Además, la incidencia de la pobreza extrema era mucho mayor en las áreas rurales (21.9%) que en las urbanas (11.9%) en 2005. Las elevadas tasas de extrema pobreza en las áreas rurales y la falta de progreso significativo en su reducción, llevó a la necesidad de focalizar las acciones para enfrentar este problema. Detrás de la pobreza extrema están las serias carencias en educación y salud, las que contribuyen a la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Para combatir el círculo vicioso de pobreza, 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. Aunque comparte algunas similitudes importantes con otros programas de Transferencias Monetarias Condicionadas (TMC), *Red Solidaria* 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 las intervenciones del lado de la oferta en la provisión de infraestructura básica.

El Programa comprendió tres ejes estratégicos: (1) *Red Solidaria* a la Familia, que incluye transferencias monetarias condicionadas y corresponsabilidades; (2) Red de Servicios Básicos, que busca fortalecer la oferta de servicios de educación, salud y nutrición, e incluye un componente fuerte de infraestructura básica; y (3) Red de Sostenibilidad a la Familia, que considera la promoción y el financiamiento de proyectos productivos y de microcrédito como una herramienta para apoyar a los pequeños agricultores.

A partir de junio de 2009, tras la llegada del nuevo gobierno, *Red Solidaria* cambió de nombre a *Comunidades Solidarias Rurales (CSR)*. Por esa razón, en este documento se referirá al programa por su nuevo nombre, aun cuando se haga referencia a información o acontecimientos anteriores a junio de 2009.

Objetivos de la evaluación externa del Programa

El objetivo general de la Evaluación Externa del Programa *Comunidades Solidarias Rurales* es determinar los avances alcanzados en los dos primeros ejes de intervención del Programa (Red Solidaria a la Familia y Red de Servicios Básicos) 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 de *Comunidades Solidarias Rurales*.
2. Comprobar si *Comunidades Solidarias Rurales* llega a la población objetivo con equidad de género y diversidad cultural.
3. Comprobar si *Comunidades Solidarias Rurales* 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. Comprobar si *Comunidades Solidarias Rurales* mejora el acceso a los servicios de salud y educación.
6. Medir la sostenibilidad de *Comunidades Solidarias Rurales*.
7. Valorar el efecto de *Comunidades Solidarias Rurales* sobre la participación ciudadana y social.
8. Socializar los resultados de la evaluación con la Comisión de Evaluación de *Comunidades Solidarias Rurales* y el Consejo Directivo y realizar otras presentaciones técnicas.
9. Apoyar en el fortalecimiento de la capacidad de la Comisión de Evaluación en monitoreo y evaluación de los programas de desarrollo social.
10. 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 debe 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 que se utilizará a partir de 2007?
3. ¿Cuáles son los impactos de *Comunidades Solidarias Rurales* a corto, mediano y largo plazo?
4. ¿La combinación de las TMC con la provisión de agua y saneamiento básico 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 de *Comunidades Solidarias Rurales* en cuanto al funcionamiento de los servicios de salud, educación, agua y saneamiento básico?
7. ¿Cuál es el efecto de la calidad de la oferta de servicios en los impactos de *Comunidades Solidarias Rurales*?
8. ¿Cuál es el efecto de *Comunidades Solidarias Rurales* sobre la participación ciudadana y social?
9. ¿Cuál es la sostenibilidad del bienestar familiar cuando *Comunidades Solidarias Rurales* salga de las comunidades?
10. ¿Cuáles son los resultados de los indicadores claves de la extensión de servicios de salud?

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.

Productos de la evaluación

- *Informe inicial*, presentado en noviembre de 2007
- *Informe de Línea Basal*, presentado en mayo de 2008
- *Informe de la Eficacia de la Focalización*, presentado en agosto de 2008
- *Evaluación de impactos al año de implementación*, presentado en enero de 2009
- *Informe de Satisfacción de los Usuarios de la Red*, presentado en septiembre de 2009
- *Informe de impactos a los dos años de implementación*, que se presenta en este informe
- *Informe de sostenibilidad del Programa*, que se presentará a finales de 2010

A la fecha, ya se han completado los primeros cinco informes, el sexto es el que se incluye en este documento. El informe restante se completará a finales de 2010.

Objetivos de este informe

El principal objetivo de este informe es continuar respondiendo a las preguntas de investigación No. 3 y No. 4 planteadas en los Términos de Referencia; es decir, evaluar 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, se busca mostrar 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 Términos de Referencia; 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.

2. CONTENIDO DEL INFORME

A continuación se hace un breve resumen del contenido de los primeros capítulos del informe.

En el capítulo 1 se introduce este informe y se lo ubica dentro del contexto de la evaluación.

En el capítulo 2 se describen las principales fuentes de información utilizadas en los análisis presentados en este informe, se discuten las posibles diferencias entre las muestras resultantes de las tres 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.

En el capítulo 3, 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 tanto con la percepción y experiencias de los beneficiarios con el programa, se comentan aspectos relacionados con las ONG de acompañamiento familiar que funcionan en los municipios de la muestra, y se termina discutiendo aspectos relacionados con la oferta de servicios de salud y educación.

En el capítulo 4 se presenta información descriptiva detallada acerca de los cambios observados en los principales indicadores de interés entre la encuesta de línea basal y las dos encuestas de seguimiento posteriores. Estas mejoras en estos indicadores, que pueden denominarse progreso, no deben ser consideradas como impacto de CSR. Se discute que, puesto que ya no se cuenta con un grupo de control en la muestra, podría no ser posible encontrar impactos adicionales asociados con las transferencias monetarias condicionadas. A pesar de ello, las estadísticas descriptivas que se presentan son importantes por dos razones. Primero, sugieren a dónde buscar impactos relativos adicionales. Segundo, permite buscar evidencia de los impactos que se esperaba se dieran entre los hogares del grupo de municipios que ingresaron al programa a finales de 2008; si se observa que los indicadores se comportan en la dirección sugerida por los impactos estimados y reportados en el *Informe de impactos al año de implementación* (IFPRI-FUSADES, 2009), esos hallazgos reforzarían la evidencia presentada en ese informe.

En el capítulo 5 se presentan los estimados de los impactos adicionales de las TMC asociadas con Comunidades Solidarias Rurales en los indicadores principales, así como en los indicadores alternativos. También se presentan otras estimaciones de los impactos complementarios de los servicios básicos en indicadores relevantes.

A continuación se presenta un resumen de los hallazgos principales y como, con ellos, se responden las preguntas de investigación planteadas como objetivo de este informe.

3. PROGRESO EN LOS INDICADORES PRINCIPALES

Se comienza discutiendo el progreso mostrado por los indicadores principales. En general, se encontró una evolución favorable en casi todos los indicadores de interés, como se muestra en el cuadro 1. Este componente del informe responde a la pregunta 1, referente a la cobertura de las diferentes intervenciones.

A pesar que no se encontró evidencia que la tasa de repetición en primer grado esté disminuyendo, sí se observó una reducción significativa en el grupo de municipios de 2006, tal como se esperaba, por las razones discutidas en el capítulo 4. Se encontró que casi todos los niños de 7 a 12 años están matriculados en la escuela¹. También se observa un progreso fuerte en algunos indicadores de salud o de utilización de los servicios de salud, desde la encuesta anterior. La prevalencia de diarrea se redujo 1.7 puntos porcentuales, de 12.1 a 10.3%. Asimismo, se encontró que los niños tienen 3.5 puntos porcentuales más de probabilidad de recibir el número adecuado de controles de crecimiento. Desde la perspectiva de la salud maternal, se encuentra que los partos atendidos por personal calificado se incrementaron en 8.7 puntos porcentuales desde la encuesta anterior. Por otro lado, no se observaron cambios ni en la proporción de niños que recibieron la vacuna SPR, ni en el porcentaje de mujeres embarazadas que recibieron el número de controles prenatales requeridos. Se encontraron cambios variables en los indicadores de nutrición: la prevalencia de baja talla se redujo entre la segunda y tercera encuesta, mientras que la prevalencia de bajo peso aumentó ligeramente. Por último, se encontró que el ingreso per cápita de los hogares incrementó, a pesar de las condiciones adversas en la economía salvadoreña y mundial.

¹ En el Anexo B, se muestra que la matrícula de niños de 4 a 6 años ha aumentado dramáticamente, indicando que la matrícula en parvularia ha aumentado tras la llegada de CSR.

Cuadro 1. Estadísticas descriptivas de los indicadores principales

<i>Indicador</i>	Total	2006	2007	Inicios	Finales
<i>Educación</i>					
Tasa de repetición, primer grado (%)					
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
Matrícula de niños de 7 a 12 años (%)					
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
<i>Salud</i>					
Prevalencia de diarrea, últimos 15 días (menores de 5 años)					
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
Cobertura con SPR, 12 a 23 meses de edad (%)					
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
Partos atendidos por personal calificado (%)					
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
Niños con número apropiado de controles de crecimiento (menores de 1 año, %)					
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
Mujeres inscritas en controles prenatales (%)					
Línea basal	98.1	96.4	97.5	100	96.8
Segunda encuesta	97.5	97.8	98.8	95.9	97.9
Tercera encuesta	98.9	100	98.9	98.5	98.7
Mujeres con número apropiado de controles prenatales (%)					
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

Cuadro.1 Estadísticas descriptivas de los indicadores principales (continuación)

<i>Indicador</i>	Total	Año de ingreso a CSR			
		2006	2007	Inicios	Finales
<i>Nutrición</i>					
Prevalencia de desnutrición (peso para					
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	9.0	8.4	8.4	9.8	8.7
Prevalencia de retardo en talla (talla					
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
<i>Pobreza</i>					
Ingreso per cápita (anual, US\$)					
Línea basal	337.0	335.4	326.9	365.7	295.2
Segunda encuesta	413.7	392.6	449.7	438.8	369.2
Tercera encuesta	425.8	407.3	420.6	462.6	394.6

4. IMPACTO EN LOS INDICADORES PRINCIPALES

A continuación se presenta un resumen de los impactos descritos con detalle en el capítulo 5. Se presentan dos tipos de estimaciones de impactos. Primero, impactos relativos, obtenidos al usar como grupo de tratamiento a los municipios que han estado en el programa por más tiempo y como grupo de control a municipios que han estado por menos tiempo. Este método permite utilizar la tercera ronda de encuesta para crear estos estimados de impactos adicionales. Segundo, también se presentan unos estimados nuevos o actualizados de impactos directos. Este componente del informe responde a la pregunta 3, referente a los impactos del programa a corto y mediano plazo.

Se encuentran impactos positivos en todos los tipos de indicadores principales. Específicamente, se encuentra que CSR ha contribuido a disminuir la tasa de repetición en primer grado en 5.3 puntos porcentuales, y a aumentar la matrícula en la escuela de los niños entre 7 y 12 años en 4 puntos porcentuales, principalmente porque logra que los niños entren a la escuela a una menor edad. Desde la perspectiva de los indicadores de salud, se encuentra que CSR ha contribuido a una reducción de 4 puntos porcentuales en la prevalencia de diarrea entre los niños menores de 5 años, y a un incremento de 13.1 puntos porcentuales en la proporción de partos atendidos por personal calificado. Entre la segunda y tercera encuesta, mientras los puntajes TE-Z se han reducido significativamente, se encontró que la mayor cantidad de tiempo que han recibido las TMC ha aumentado el puntaje TE-Z en 0.32 desviaciones estándares en los municipios que ingresaron en 2006. Finalmente, se encontró que el impacto en el ingreso es de alrededor de 19 puntos porcentuales, en uno de los grupos de comparación.

Cuadro 2. Resumen de impactos de las TMC en los indicadores principales

Indicador	Muestras Tratamiento/Control	Encuestas	Impacto estimado*	Método	Comentarios
Educación					
Tasa de repetición, primer grado	2007/ inicios 2008	Segunda, tercera	5.3 pp negativos	MCO	
	2007/ inicios 2008	Línea basal, tercera	~8.7 pp negativos	MCO, RLL	La mayoría de otras comparaciones no son significativas
Tasa de matrícula, 7 a 12 años	2006/2007	Todas	Ninguno	MCO, RLL	No se estimaron impactos relativos
	2006/2007	VI Censo de Población 2007	5.7 pp positivos	MCO	
Salud					
Prevalencia de diarrea, últimos 15 días (menores de 5 años)	Inicios 2008/ Finales 2008	línea basal, segunda	3.9 pp negativos	RLL	8.5 pp negativo entre los niños menores de 3 años
Cobertura con SPR, 12 a 23 meses de edad	2007/ Inicios 2008	Segunda, tercera	Ninguno	MCO, RLL	
Partos atendidos por personal calificado	2006/ 2007	línea basal, segunda	13.1 pp positivos	MCO	Estimado en primer informe
Niños con número apropiado de controles de crecimiento (menores de 1 año)	2007/ Inicios 2008	Todas	10 pp positivos	MCO, RLL	Cobertura ya alta en municipios con o sin TMC
	Inicios 2008/ Finales 2008	Todas	Ninguno	MCO, RLL	
Mujeres con número apropiado de controles prenatal	2006/2007	línea basal, segunda	10.4 pp negativos	MCO	Estimado en primer informe; solamente es significativo en algunas especificaciones
Nutrición					
Prevalencia de desnutrición (peso para edad)	2006/2007	línea basal, segunda	Ninguno	MCO	Porcentaje de bajo peso es ya muy bajo.
	2007/ Inicios 2008	Todas	Ninguno	MCO, RLL	
Prevalencia de retardo en talla (talla para edad)	2006/2007	Línea basal, segunda	11.3 pp negativos	MCO	Impacto puede ser debido a la pobreza relativa del los municipios de 2006
	2007/ Inicios 2008	Línea basal, tercera	Ninguno	MCO, RLL	
Pobreza					
Ingreso per cápita (anual, US\$)	2007/ Inicios 2008	Línea basal, segunda	Ninguno	MCO, RLL	Todos positivos ~10 pp pero no son significativos
	2007/ Inicios 2008	Línea basal, tercera	22.2 pp positivos	MCO	

* 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.

En general, se encontraron varios impactos de las TMC, lo que demuestra 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 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.

5. IMPACTOS COMPLEMENTARIOS DE LAS TMC Y LOS SERVICIOS BÁSICOS.

Finalmente, se estudiaron los impactos complementarios de las TMC y los servicios básicos. Con este componente se responde a la pregunta 4, referente a determinar si la combinación de las TMC con la provisión de agua y saneamiento básico genera impactos mayores.

Se encuentra que la adición de servicios básicos a las TMC ha tenido un impacto positivo adicional sobre la prevalencia de diarrea. Particularmente, 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.

6. 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.

Conclusiones

1. El proceso de implementación del programa pareciera estar funcionando sin mayores problemas, por lo que éste no sería un factor que afectaría los impactos esperados.
2. Se identificaron ciertos problemas, principalmente administrativos, los que deben ser atendidos, sobre todo porque pareciera que está resultando en hogares que reciben descuentos por este tipo de problemas
3. 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.
4. Por otro lado, los hogares beneficiarios parecen considerar que el proceso de recibir los bonos ha mejorado o, que por lo menos, se ha mantenido igual.
5. Casi 14% de los beneficiarios reportaron haber experimentado algún descuento o suspensión de pago del bono en los últimos meses, principalmente asociados al componente educativo. También se identificaron algunos problemas administrativos que inciden en estos descuentos.
6. Todavía existe falta de información acerca del funcionamiento del programa, incluyendo los requisitos de selección de beneficiarios para el programa.

7. El acceso a los establecimientos de salud, centros escolares y lugares de pago de los bonos, todavía sigue siendo un reto para los beneficiarios.
8. 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.
9. 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.
10. Los resultados denotan satisfacción con las escuelas primarias por parte de los hogares, aún a pesar de las grandes necesidades de infraestructura y recursos que se evidenciaron en los apartados anteriores y que también se reflejaron en la investigación cualitativa, reportada en el informe anterior.
11. 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 más jóvenes a la escuela.
12. Se encontró que 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 encontró 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 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.
13. El resultado más positivo que se encontró en relación con la salud, se relaciona con la prevalencia de diarrea; ésta cae alrededor de 5 puntos porcentuales entre niños menores de 5 años, tanto por la llegada de las TMC como en 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). Debe notarse que no es posible simplemente sumar los impactos de las TMC más los impactos de la combinación de TMC y servicios básicos, pues no se conoce mucho sobre la interacción de ambos factores, pero sí se puede afirmar que los impactos son aún más grandes cuando los dos componentes se dan juntos (TMC y servicios básicos).

14. 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.
15. El resultado positivo en los controles de crecimiento parece ser sostenible cuando ya no se reciben las TMC, como sugiere el comportamiento observado entre los municipios de 2006, puesto que los niños menores de un año en esos municipios no son beneficiarios pues nacieron después del censo de FISDL.
16. 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.
17. A pesar de que los resultados relacionados con la salud infantil son positivos, una preocupación es que después de tres años en el programa, los municipios que ingresaron en 2006, solamente el 56% de los hogares en la muestra que tenían niños pequeños siguen recibiendo las transferencias, en un programa que está diseñado para mejorar la salud de estos niños en sus primeros años.
18. Se encontró que los puntajes TE-Z han aumentado 0.32 puntos porcentuales y que la prevalencia de baja talla se ha reducido 8 puntos porcentuales entre los municipios de 2006. Estos hallazgos se encontraron entre la primera y segunda encuestas, que corresponden a un periodo con elevados precios internacionales de alimentos, por lo que se cree que el bono ayudó a estos hogares. No se encontró ninguna evidencia de impacto en los puntajes PE-Z.
19. Finalmente, como se esperaba, se encontró impacto en el ingreso per cápita de los hogares. Tal vez lo más importante es que, a pesar de la crisis económica nacional e internacional, el ingreso de los hogares de la muestra tendió a aumentar.

Recomendaciones

Con base en las conclusiones anteriores y en las conclusiones de los informes anteriores, se pueden hacer las siguientes recomendaciones para mejorar *Comunidades Solidarias Rurales*, algunas de las cuales ya se han presentado anteriormente:

Aspectos relacionados con el programa

1. Las ONG deberían aumentar la interacción directa con las comunidades, de modo que éstas lleguen a conocerlas mejor en lo que respecta a sus antecedentes, experiencia y conocimientos, con el fin de que las comunidades puedan apoyarse de este capital institucional para formular proyectos y canalizar sus demandas de manera sistematizada. Estas organizaciones deberían implementar procesos de socialización y acercamiento con la comunidad, a fin de dar a conocer sus objetivos, misiones y visiones institucionales y áreas de trabajo, pero sobre todo, clarificar el motivo de su presencia en la comunidad en calidad de ONG de seguimiento y apoyo familiar.

2. 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.
3. 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.
4. A pesar que este punto no se estudió con detalle en este informe, cumplir con las condiciones parece ser más costoso para los hogares con un mayor número de niños, pues todos reciben el mismo monto, el valor per cápita es menor para ellos. Se sugiere considerar un monto por niño; o de no ser posible, por lo menos, aumentar el valor para los hogares más numerosos.

Educación

5. 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
6. 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).
7. El programa CSR debe considerar ampliar el ofrecimiento del bono a los niños que deseen continuar sus estudios más allá del sexto grado, sobre todo en aquellas localidades donde la escuela llega hasta ese grado, y brindar apoyo a las familias para cubrir transporte, alimentación y uniformes. En esta dirección, el Programa debería incentivar y movilizar recursos de las municipalidades en donde es posible, a fin de alinear todos los esfuerzos hacia la meta de lograr que todos los niños completen once años de escolaridad.
8. Debe lograrse 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 escuela y el número de aulas –especialmente para el nivel de parvularia, tercer ciclo y bachillerato según se necesite y sea factible -, construcción de muros perimetrales, servicio de agua potable, espacio para biblioteca, aulas informáticas, áreas de recreo y espacios para impartir clases de educación física y deportes.

9. El componente de educación de CSR 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.

Salud

10. Llevar a cabo evaluaciones acerca de la capacidad de las unidades de salud, a fin de determinar cuándo es necesario aumentar el personal médico de atención al usuario (médicos y enfermeras), con el fin de prestar un mejor servicio en un tiempo prudencial, ya que el escaso personal no logra cubrir las necesidades.
11. 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).
12. Mejorar la disponibilidad de vacunas en las unidades de salud y en las unidades móviles.
13. Mejorar el cuadro básico de los medicamentos en las unidades de salud (que fueron insuficientes en todos los cantones en el estudio) para lograr el manejo de las enfermedades más comunes de la población.
14. A pesar que se observa un progreso significativo en varios indicadores de salud, el progreso puede revertirse si más hogares no son elegibles para recibir los bonos en los municipios que tienen más tiempo de estar en el programa, debido principalmente a los niños que nacieron después de la realización del censo de FISDL. Por lo tanto, debe diseñarse un procedimiento para que las nuevas madres que no estaban embarazadas en el momento del censo puedan inscribirse ellas y a sus hijos, para asegurar que reciban los mensajes y los beneficios de participar en el programa.
15. 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 toca 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 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.

16. 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. Estos factores se explorarán en la siguiente ronda de encuestas, pero por el momento, se puede sugerir que el MSPAS considere si hay disponibles el suficiente número de médicos para aumentar las visitas a las comunidades con el fin de proporcionar cuidados prenatales.

Nutrición

17. A pesar que se observa un impacto en la prevalencia de baja talla con respecto a lo reportado en el informe anterior, se encuentra que los niños tienen 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. Para combatir este problema, se recomienda hacer un mayor énfasis en los mensajes de nutrición en las capacitaciones. Estos mensajes deben incluir la importancia de una dieta variada y sobre las prácticas de lactancia materna.