

Documento de proyecto

**Desafíos de los programas de
transferencias con corresponsabilidad:
los casos de Guatemala,
Honduras y Nicaragua**

**Simone Cecchini
Alicia Leiva
Aldo Madariaga
Daniela Trucco**



NACIONES UNIDAS



Alicia Bárcena
Secretaría Ejecutiva

Martín Hopenhayn
Director de la División de Desarrollo Social

Laura López
Secretaría de la Comisión

Susana Malchik
Oficial a cargo División de Documentos y Publicaciones

Este documento fue preparado por Simone Cecchini, oficial de asuntos sociales, Alicia Leiva, consultora, Aldo Madariaga, asistente de investigación, y Daniela Trucco, oficial de asuntos sociales, todos de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Nora Ruedi colaboró en la preparación de los antecedentes estadísticos y Claudia Robles con aportes sustantivos. El estudio fue desarrollado en el marco del componente de cohesión social del proyecto "Mejoramiento de las condiciones económicas, sociales y de las oportunidades de grupos vulnerables en América Latina" de la CEPAL en conjunto con la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (Asdi).

Los autores desean agradecer a Andrés Fernández, Aridane Hernández, Carol Herrera, Rodrigo Martínez, Ekaterina Parrilla y Torsten Wetterblad, que contribuyeron con valiosos comentarios al documento. Agradecen asimismo a todas las personas entrevistadas en septiembre-octubre de 2008, en particular Olga Doris Castro y Norma Pérez en Honduras, Ana de Méndez en Guatemala y Leslie Castro, Carmen Largaespada y Orlando Núñez en Nicaragua, así como a los participantes de los talleres sobre "Equidad, reducción de la pobreza y sustentabilidad financiera de la protección social" que tuvieron lugar en Guatemala, Honduras y Nicaragua en marzo de 2009, en los cuales se presentó una versión preliminar de este documento. Todos los errores u omisiones son de exclusiva responsabilidad de los autores.

Las opiniones expresadas en el presente documento son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de las organizaciones que participan en el proyecto.

Publicación de las Naciones Unidas

LC/W.248

Copyright © Naciones Unidas, mayo de 2009. Todos los derechos reservados
Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

| | |
|---|----|
| Prefacio | 7 |
| I. Introducción | 9 |
| A. Antecedentes de los programas de transferencias con corresponsabilidad (PTC) | 10 |
| B. Derechos económicos y sociales y PTC..... | 11 |
| C. Características de los PTC..... | 16 |
| D. ¿Por qué son tan atractivos? | 20 |
| II. La vulnerabilidad socioeconómica de los países analizados | 23 |
| A. Evolución macroeconómica reciente y perspectivas de crecimiento | 24 |
| B. Bajos niveles de PIB y gasto público social regresivo | 26 |
| C. Una población rural, joven, multiétnica y con altos niveles de empleo informal | 29 |
| D. Altos índices de pobreza y desigualdad | 32 |
| E. Grandes desafíos para la educación, salud y nutrición..... | 33 |
| F. Trabajo infantil | 35 |
| III. Guatemala | 37 |
| A. Contexto socioeconómico e institucional..... | 37 |
| B. El programa Mi Familia Progresá (MFP)..... | 39 |
| C. Vínculos de MFP con los sectores salud y educación..... | 42 |
| D. Fortalezas y debilidades de MFP | 44 |
| IV. Honduras | 47 |
| A. Contexto socioeconómico e institucional..... | 47 |
| B. El Programa de Asignación Familiar (PRAF) | 50 |
| C. Impacto del PRAF en la reducción de la pobreza en Honduras..... | 60 |

| | | |
|-------------|--|-----|
| D. | Fortalezas y debilidades del PRAF y la Red Solidaria | 62 |
| V. | Nicaragua | 65 |
| A. | Contexto socioeconómico e institucional..... | 65 |
| B. | La Red de Protección Social (RPS) | 66 |
| C. | Sistema de Atención a Crisis..... | 77 |
| D. | Programa de micro crédito Usura Cero..... | 78 |
| E. | Programa productivo alimentario Hambre Cero..... | 79 |
| F. | Fortalezas y debilidades de Hambre Cero..... | 82 |
| VI. | Lecciones de la experiencia | 85 |
| A. | Diversidad de objetivos..... | 86 |
| B. | Cobertura limitada aún..... | 87 |
| C. | Complejas coordinaciones institucionales requeridas..... | 88 |
| D. | Componentes del modelo de gestión | 90 |
| E. | Heterogeneidad de impactos..... | 93 |
| VII. | Conclusiones y recomendaciones | 99 |
| | Bibliografía | 105 |
| | Anexos | 111 |

Índice de cuadros

| | | |
|-----------|---|----|
| CUADRO 1 | INDICADORES MACROECONÓMICOS, 2000-2008..... | 25 |
| CUADRO 2 | PIB POR HABITANTE, 2007, Y GASTO PÚBLICO SOCIAL, 2005-2006..... | 27 |
| CUADRO 3 | DISTRIBUCIÓN DEL GASTO SOCIAL POR QUINTILES DE INGRESO, 2000/2005..... | 28 |
| CUADRO 4 | IMPACTO DEL GASTO SOCIAL (SIN SEGURIDAD SOCIAL) EN EL INGRESO DEL HOGAR, SEGÚN QUINTILES DE INGRESO, 1998-2000 | 29 |
| CUADRO 5 | POBLACIÓN TOTAL, RURAL, URBANA E INDÍGENA, 2005 | 30 |
| CUADRO 6 | TASA DE PARTICIPACIÓN, DESEMPLEO, INFORMALIDAD Y APORTE A LA SEGURIDAD SOCIAL, TOTAL NACIONAL, AMBOS SEXOS, MUJERES Y HOMBRES, 1990-2006..... | 31 |
| CUADRO 7 | PAÍSES ANALIZADOS: ESTADÍSTICAS EDUCACIONALES, 2005-2006..... | 33 |
| CUADRO 8 | PAÍSES ANALIZADOS: AÑOS DE ESTUDIO DE LA POBLACIÓN DE 25 A 59 AÑOS DE EDAD, SEGÚN SEXO, ZONAS URBANAS Y RURALES, 1989-2007 | 34 |
| CUADRO 9 | PAÍSES ANALIZADOS: INDICADORES DE SALUD, 1990-2007 | 34 |
| CUADRO 10 | PAÍSES ANALIZADOS: TASAS DE TRABAJO INFANTIL DE LA POBLACIÓN DE 5 A 14 AÑOS, POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO, 2000-2002 | 36 |
| CUADRO 11 | COMPONENTES Y BONOS DEL PROGRAMA MI FAMILIA PROGRESA..... | 41 |
| CUADRO 12 | PRESUPUESTO 2008 DEL PRAF..... | 52 |
| CUADRO 13 | COMPONENTES Y BONOS DE LAS DISTINTAS FASES DEL PRAF | 56 |
| CUADRO 14 | COMPONENTES Y BONOS DE LAS DISTINTAS FASES DE LA RPS | 71 |
| CUADRO 15 | FAMILIAS BENEFICIARIAS DE LOS PTC, FAMILIAS POBRES E INDIGENTES | 88 |

| | | |
|------------|--|-----|
| CUADRO 16 | AMÉRICA LATINA (11 PAÍSES): MONTO DE LAS TRANSFERENCIAS CON CORRESPONSABILIDAD Y PORCENTAJE QUE REPRESENTAN DE LA LÍNEA DE LA POBREZA E INDIGENCIA | 95 |
| CUADRO A-1 | PROGRAMAS DE TRANSFERENCIAS CON CORRESPONSABILIDAD EN AMÉRICA LATINA | 114 |

Índice de gráficos

| | | |
|-----------|---|----|
| GRÁFICO 1 | POBLACIÓN TOTAL Y DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD, 2005..... | 30 |
| GRÁFICO 2 | POBREZA, INDIGENCIA Y CONCENTRACIÓN DEL INGRESO, 1989-2007..... | 32 |
| GRÁFICO 3 | PRAF Y RED SOLIDARIA, 1990-2009 | 51 |

Índice de recuadros

| | | |
|-------------|---|-----|
| RECUADRO 1 | CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES, MÉXICO | 13 |
| RECUADRO 2 | CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA <i>BOLSA FAMÍLIA</i> , BRASIL..... | 14 |
| RECUADRO 3 | EVOLUCIÓN DE LOS PROGRAMAS SOCIALES EN CHILE | 15 |
| RECUADRO 4 | SUBVENCIÓN ESCOLAR PRO-RETENCIÓN EN CHILE..... | 19 |
| RECUADRO 5 | AMENAZAS A LA SOSTENIBILIDAD DEL CRECIMIENTO EN AMÉRICA CENTRAL | 26 |
| RECUADRO 6 | SERVICIOS DE SALUD EN GUATEMALA | 43 |
| RECUADRO 7 | OBJETIVOS DE LA RED SOLIDARIA..... | 49 |
| RECUADRO 8 | VARIABLES QUE CONSIDERA EL SISTEMA DE REGISTRO E IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS DE HONDURAS (SIRBHO) | 54 |
| RECUADRO 9 | VÍNCULOS DE LA RED SOLIDARIA CON LOS SECTORES DE EDUCACIÓN Y SALUD | 59 |
| RECUADRO 10 | PROGRAMA AMOR | 67 |
| RECUADRO 11 | OPORTUNIDADES: COORDINACIÓN INSTITUCIONAL | 90 |
| RECUADRO 12 | EL CONTROL DE LAS CORRESPONSABILIDADES EN PROGRAMAS MADUROS | 91 |
| RECUADRO 13 | IMPACTO DE <i>BOLSA FAMILIA</i> | 97 |
| RECUADRO 14 | IMPACTO DE OPORTUNIDADES | 98 |
| RECUADRO 15 | LA PERMANENCIA DE LOS BENEFICIARIOS EN OPORTUNIDADES..... | 102 |

Prefacio

Este estudio se realizó dentro el marco del programa de cooperación CEPAL-Asdi “Mejorando las condiciones y oportunidades económicas y sociales de grupos vulnerables en América Latina”, y se está aplicando en cinco países de la región: Colombia, Bolivia, Guatemala, Honduras y Nicaragua. Abarca cuatro áreas en las que busca fomentar la investigación, el debate de políticas y asistencia técnica. Estas áreas son: protección social, cohesión social, el acceso al crédito para el sector informal y políticas para lograr la inclusión de grupos vulnerables en el mercado laboral.

Entre los objetivos del estudio está lograr un intercambio de experiencias entre América Latina y los países nórdicos, especialmente Suecia, país que tiene una larga y conocida trayectoria en construir sistemas de bienestar social y fomentar políticas del mercado laboral. Claramente, no se trata de copiar este sistema, sino de intercambiar experiencias en cuanto a los principios claves de las reformas y la construcción de sistemas de protección social.

Los programas de transferencias condicionadas, o “con corresponsabilidad” (PTC), representan un modelo para los programas sociales que están al centro del debate sobre el desarrollo social, no solamente en América Latina, sino en el mundo entero.

Después de aplicarse durante los últimos diez años en varios países de la región, como en México con el Programa Progresas –hoy Oportunidades– y en Brasil con *Bolsa Família*, en la actualidad los PTC se usan en la mayoría de los países de América Latina.

Los PTC representan, sin duda, un modelo de importantes experiencias para el desarrollo de metodologías que aumentan la eficacia en los esfuerzos por reducir la pobreza. También podrían ser considerados como un primer paso para establecer derechos en el área social para todos los ciudadanos.

Desafío de los programas de transferencia con corresponsabilidad también entrega las experiencias realizadas en estas materias en tres países de América Central que presentan una gran concentración de pobreza y que reciben elevados niveles de cooperación internacional: Guatemala, Honduras y Nicaragua.

Por esto, la eficacia de los instrumentos y modelos de la política de desarrollo social diseñados y utilizados para lograr reducir la pobreza, son de gran interés en el debate nacional y en el intercambio de experiencia con otros países de la región y con los donantes.

Alicia Bárcena
Secretaria Ejecutiva
Comisión Económica para América Latina
y el Caribe (CEPAL)

Santiago de Chile, abril de 2009

I. Introducción

Los programas de transferencias condicionadas –o “con corresponsabilidad”– (PTC) se inscriben dentro de las actuales iniciativas para la superación de la pobreza en una buena parte de los países de América Latina¹. Son una de las herramientas que están utilizando los países en su esfuerzo por otorgar mejores condiciones de vida a una parte aún importante de la población que no accede a sistemas de protección social de tipo contributivo vinculados al mercado del trabajo. Atienden principalmente a la población extremadamente pobre que, sin los programas, permanecería fuera de una gama más o menos amplia de consumo de bienes de mercado y de servicios públicos provistos por el Estado.

En este estudio abordaremos los casos de tres países pequeños, entre los más pobres de la región: Guatemala, Honduras y Nicaragua. Presentaremos los programas de transferencias con corresponsabilidad que cada uno de ellos ha adoptado para conocer sus alcances y obtener lecciones de esas experiencias, comparándolas con programas “maduros”, o sea de elevada envergadura y larga trayectoria. El objetivo es desarrollar un análisis de las fortalezas y debilidades de los PTC en los tres países, con particular énfasis en su articulación con las políticas sociales sectoriales de educación, salud y nutrición. De esta manera, el documento busca contribuir a la discusión sobre políticas públicas de mediano y largo plazo para la reducción de la pobreza, la protección social y el fomento de la cohesión social.

El análisis de los pasados y actuales programas de reducción de la pobreza en los tres países se hace aun más relevante a la luz de la actual crisis financiera internacional. Dada la dependencia de esos países a las exportaciones hacia Estados Unidos, así como a las remesas de sus trabajadores que viven en América del Norte, es probable que en 2009 se experimenten niveles insatisfactorios de crecimiento económico, junto a un aumento de la pobreza, el desempleo y la informalidad. Por lo tanto, será aún más urgente mejorar la eficacia y el impacto de los programas sociales.

¹ Siguiendo a Cohen y Franco (2006), en este documento preferimos utilizar el término “con corresponsabilidad” para hacer énfasis en que en este tipo de programas no son sólo las familias beneficiarias que tienen la responsabilidad de cumplir determinados compromisos, sino que también el Estado, a través de la provisión del apoyo económico directo así como de la oferta de servicios de educación, salud y nutrición. Lo anterior cobra especial relevancia desde un enfoque de derechos que enfatiza el empoderamiento y participación sobre criterios de condicionalidad de los beneficios vinculados a ámbitos claves de derechos sociales y económicos.

El caso del programa más antiguo en los tres países es el de Honduras, donde el Programa de Asignación Familiar (PRAF) ha tenido varias versiones a lo largo de la década y media de su funcionamiento. También analizaremos el caso de Nicaragua, país que tuvo dos experiencias en la primera mitad de la presente década, tales como la Red de Protección Social (RPS) y el Sistema de Atención a Crisis. Asimismo, se abordarán los nuevos programas que ejecuta Nicaragua, Hambre Cero y Usura Cero, con características diversas pero de innegable interés por su enfoque productivo. Por último, Guatemala inició en los primeros meses del 2008 un PTC llamado Mi Familia Progresiva, el que está paulatinamente aumentando su cobertura en las zonas de mayor pobreza del país.

A. Antecedentes de los programas de transferencias con corresponsabilidad (PTC)

Las políticas sociales en América Latina han recorrido un largo camino, buscando diversas maneras de enfrentar los retos de cada período histórico. Proveen por lo tanto importantes lecciones para los actuales programas de transferencias con corresponsabilidad, que tienen antecedentes concretos en múltiples programas específicos de ayuda, de promoción social o de subsidios garantizados que vinculan una entrega monetaria o en especie, con alguna condición para la población beneficiaria.

En los años setenta, las políticas de redistribución del ingreso fueron ampliamente exploradas, buscando aliviar la pobreza desde una perspectiva macroeconómica a través de la reducción de la concentración de recursos financieros y técnicos en los distintos ámbitos en que era posible actuar: en el mercado de factores (trabajo, capital y tecnología), en la provisión de servicios públicos y en el mercado de bienes (Sojo, 2007a). En los años ochenta, bajo la influencia de las reformas estructurales propiciadas por el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial, se produjo un viraje hacia la optimización del uso de los recursos públicos en el área social, utilizando el concepto de focalización en los pobres de una manera muy restringida, abarcando sólo grupos específicos de la extrema pobreza. Otorgándole a esta focalización atributos como la eficacia, eficiencia y equidad, se reducían los objetivos de la política social y así, las responsabilidades del Estado. En lo sectorial, se privilegió focalizar la inversión en la atención primaria en salud y en educación primaria, por sobre los otros niveles de atención. Todo ello permitiría la reducción de los déficits fiscales de la época, impulsándose la privatización de los servicios sociales confiando en que el crecimiento bastaría para el acceso a bienes de los menos pobres (Sojo, 2007a).

En los noventa, cuando los efectos de la crisis no cedían, surgieron los Fondos de Inversión Social (FIS) como una salida de emergencia para proteger a las poblaciones más vulnerables de los impactos negativos provocados por las políticas de ajuste estructural que se implementaron para enfrentarla. En términos generales, los FIS consistían en mecanismos de financiamiento para proyectos medianos y pequeños, en zonas golpeadas por la pobreza. Una gran ventaja que presentaron los FIS fue su agilidad en la tramitación de proyectos y recursos, llegando rápidamente a las comunidades necesitadas. Esta eficiencia y agilidad fue alentando el crecimiento de los FIS, y su propósito original de atender situaciones de emergencia fue evolucionando hacia objetivos de largo plazo. Los FIS se fueron convirtiendo en el medio principal por el cual muchos gobiernos de la región implementaron políticas en comunidades pobres (BID, 1998), sin embargo también tuvieron debilidades. Estaban a cargo de entidades autónomas, contando con mayor financiamiento que los ministerios sectoriales, procedimientos administrativos menos burocráticos y mejores condiciones para sus funcionarios. Se produjo por lo tanto una cierta desvinculación de los ministerios sectoriales, lo que ocasionaba en algunos casos duplicidades e ineficiencias a nivel agregado por descoordinaciones. La poca capacidad de transferir la tecnología adquirida a las instituciones permanentes del Estado y la falta de procedimientos administrativos estándares fueron otras debilidades comunes. En última instancia, los hechos han mostrado que la erradicación de la pobreza

requería instrumentos adicionales de aquellos que los FIS normalmente podían aplicar. Así la instalación de agua potable y saneamiento, luz eléctrica, la construcción de viviendas sociales, escuelas y caminos rurales, incluso los programas de creación de empleo, todas ellas acciones sostenidas por los FIS, deben ser acompañados de políticas que apunten hacia las causas de la pobreza y permitan conjugar la protección social con el desarrollo de capacidades.

A fines de los noventa, un nuevo enfoque, denominado “de manejo del riesgo social”, fue impulsado desde el Banco Mundial. Entre sus planteamientos se encontraba el que las personas están expuestas a diversos riesgos que pueden conducirlos a desequilibrios en su bienestar. El enfoque de manejo de riesgo social articula una visión del aseguramiento con una propuesta de política social más global, atribuyéndole mayor importancia a las causas de la pobreza. Riesgo, exposición, vulnerabilidad, son las variables clave de este enfoque, según el cual los riesgos varían conforme a las capacidades que tengan las personas de enfrentarlos: a menores capacidades, mayor vulnerabilidad. Tal como lo señala Sojo (2007a, p. 9), “en ese contexto la protección social es definida como el conjunto de intervenciones públicas que ayudan a los individuos, hogares y comunidades en el manejo del riesgo y que apoyan a los más pobres; tales intervenciones deben establecer relaciones de refuerzo mutuo con las áreas de educación y salud en torno al desarrollo de capital humano”.

Los PTC son producto de esta evolución de las políticas sociales, y de la búsqueda de nuevos instrumentos que permitan sacar de la condición de pobreza y vulnerabilidad a las familias más desposeídas y alejadas de los beneficios de la modernidad. Tienen su origen en la convicción que la pobreza no se alivia simplemente entregando recursos monetarios o en especie a quienes no los tienen, así como también, en el reconocimiento de la persistencia de núcleos duros de pobreza que no son susceptibles de abordar con las políticas sociales tradicionales y los enfoques que les subyacen. La pobreza es un fenómeno multicausal y por ello, su combate se debe hacer en varios frentes simultáneamente. Además de la generación de ingresos, acceso a la información, incorporación a redes, estimulación de hábitos de salud, higiene, educación, capacitación, salud y vivienda son algunas de las dimensiones que requieren de un apoyo sistemático en las familias de la pobreza más dura (Standing, 2007).

B. Derechos económicos y sociales y PTC

Aunque vigentes desde 1976, no es sino a fines de los noventa que los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) entran de lleno en la discusión de políticas públicas en América Latina, a partir de diversas instancias de Naciones Unidas. En efecto, lograr progresivamente la plena realización de los derechos económicos, sociales y culturales de toda la ciudadanía ha sido un proceso de complejidad variable según los países y, al interior de los mismos, ha avanzado de forma heterogénea en los diversos sectores. Este enfoque, sin embargo, ha ido cobrando fuerza como objetivo de las políticas públicas, en la perspectiva de la construcción de sociedades más democráticas, igualitarias, solidarias y socialmente integradas. La implantación de la perspectiva de derechos, aunque sea de manera parcial y progresiva, ha influido en la construcción de una nueva generación en políticas sociales, que no sólo universalizarían ciertas prestaciones sino que las garantizarían a un conjunto amplio de la población que previamente no tenía ni acceso, ni derecho a ellas.

La perspectiva de derechos pone al ser humano en el centro de la elaboración de las políticas públicas. Ya no hay que considerar a los pobres como personas con necesidades a las cuales hay que asistir con un conjunto de bienes o servicios, sino que como ciudadanos que tienen derecho a demandar de parte de la sociedad esos bienes o servicios. El enfoque basado en los derechos humanos “identifica a los titulares de derechos y aquello a lo que tienen derecho, así como a los correspondientes titulares de deberes y las obligaciones que les incumben, y procura fortalecer la capacidad de los titulares de derechos para reivindicar éstos y de los titulares de deberes para cumplir

sus obligaciones” (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2006, p. 15). El Estado se erige así en garante de que esos derechos se cumplan, y las dimensiones que tendría que garantizar son las de acceso, protección financiera, permanencia, calidad, oportunidad, exigibilidad, actualización y participación (Rajevic, 2007).

Sin embargo, el llevar efectivamente a la práctica la perspectiva de derechos no resulta sencillo. Primero, por la estructura de poder y las dinámicas sociales, políticas y culturales arraigadas históricamente en la región, que han sido tradicionalmente muy autoritarias, dando poco reconocimiento real a los ciudadanos. Pero también porque, al ser un enfoque a veces considerado excesivamente político o “legalista”, presenta una cierta ambigüedad en los contenidos de las obligaciones que emanan de los DESC, que aplicados de manera muy rígida, podrían llevar a una falta de flexibilidad en el diseño de las políticas públicas. Asimismo, no son evidentes los mecanismos de exigibilidad de estos derechos y la universalización de prestaciones que implican, lo que restringe su aplicabilidad real por motivos económicos y presupuestarios (Abramovich, 2006).

A pesar de estas potenciales debilidades del enfoque de derechos, en algunos países se ha avanzado con el concepto de “garantías sociales”, como una forma de anclar el concepto de derechos y buscar formas concretas para hacerlos efectivos. El establecimiento de garantías permite fijar estándares y umbrales de satisfacción, formaliza los procedimientos para hacer valer los derechos e implica precisar cómo se proveerá de estos derechos, redefiniendo en algunos casos la relación público-privada de la prestación de servicios (Sojo, 2007b). Los ejemplos más claros de la aplicación de las garantías sociales provienen de los ámbitos de la salud y las pensiones². También se ha avanzado en el otorgamiento de derechos a través de la universalización de prestaciones en ciertos grupos más vulnerables, como las embarazadas, los niños y los ancianos, agregando al enfoque de derechos una mirada desde el ciclo de vida de las personas y la familia.

Los programas de transferencias con corresponsabilidad, especialmente los más consolidados, son un paso corto –pero un paso al fin– hacia el establecimiento de derechos sociales para los más desposeídos. En el caso de México, la Ley de Desarrollo Social del 2004 reconoció los derechos a educación, salud, vivienda, alimentación, seguridad social, un ambiente saludable y la no discriminación. En base a estos principios, el programa Oportunidades ha ido desarrollando mecanismos que permiten a los beneficiarios hacer exigible sus derechos, así como al Estado cumplir con su corresponsabilidad de prestar los servicios. El Estado entrega una transferencia con la condición de que las familias más pobres se integren a una red social de prestaciones, proveyendo así herramientas concretas para su incorporación a dicha red. Al mismo tiempo, el Estado se obliga a entregar los servicios sociales, garantizando de esa forma el acceso y exigibilidad para un universo específico de personas. De ahí la utilización del concepto de “corresponsabilidades” más que de “condicionalidades” en el caso de programas maduros como Oportunidades en México (véase recuadro 1) y *Bolsa Família* en Brasil (véase recuadro 2) (Cohen y Franco, 2006).

Otro caso relevante es el de Chile (véase recuadro 3), país que ha implementado un sistema de protección social que en la literatura tiende a homologarse con los PTC, aunque en estricto rigor es un sistema de gestión de múltiples programas sociales dirigido a personas y familias en situación de extrema pobreza. El objetivo es promover su incorporación a las redes sociales y su acceso a mejores condiciones de vida, de manera que superen la indigencia. Sus raíces están en el paradigma redistributivo, una cierta utilización de la matriz de riesgo social –incorporando el ciclo de vida de las personas– y en el enfoque de derechos. Uno de los pilares del sistema es el Programa Puente, el cual entrega un apoyo psicosocial a las familias basado en el acompañamiento personalizado durante un

² En México, con el Seguro Popular de Salud; en Chile, con el Plan Auge, el Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) y la reforma al sistema de pensiones que garantizó la Pensión Solidaria para todos los adultos mayores sin derechos en el sistema contributivo; en Brasil, con las pensiones rurales no contributivas; y en Bolivia con la Renta Dignidad, una transferencia anual de Bs. 2.400 (320 dólares) a todas las personas mayores de 65 años de edad.

tiempo definido. El Programa Puente no crea ninguna transferencia monetaria nueva³, sino que pone a disposición de los beneficiarios el conjunto de la oferta pública de programas de inclusión social y garantiza la tramitación y entrega de los subsidios existentes por ley. El propósito es apoyar a las familias y personas en el logro de condiciones mínimas de calidad de vida, definidas en el marco de siete dimensiones, o ámbitos de riesgos a la vulnerabilidad, que varían según sean las características de la población destinataria. Las dimensiones que las familias trabajan con los apoyos familiares son identificación, salud, educación, dinámica familiar, habitabilidad, trabajo e ingresos (Fondo de Solidaridad e Inversión Social, 2004).

RECUADRO 1 CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES, MÉXICO

El Programa Oportunidades apoya el aumento de las capacidades y la ampliación de las alternativas de desarrollo de las familias mexicanas más pobres, con el fin de mejorar su bienestar. Por el gran volumen de familias atendidas, recursos manejados e impactos en la población, se ha convertido en uno de los ejes articuladores de la política social del gobierno mexicano. Nació en 1997 con el nombre “Progresá”, atendiendo a 300 mil familias y un presupuesto de 377 millones de pesos mexicanos y 11 años después, en el 2008, atiende a cinco millones de familias, casi 25 millones de personas -un cuarto de la población mexicana- con un presupuesto de 42.271 millones de pesos, equivalentes a 3.620 millones de dólares. Además, alcanza dimensiones nacionales, al estar presente en 93.000 localidades de las 32 unidades federativas, en zonas urbanas y rurales.

A través de distintas acciones intersectoriales del gobierno mexicano, la población atendida por Oportunidades recibe:

- i) Recursos monetarios bimestrales entregados a las madres para que mejoren la calidad de la alimentación de los niños.
- ii) Becas escolares para niños desde el tercero hasta el último grado de enseñanza media superior, que se incrementan a medida que aumenta el grado. Desde la secundaria, son mayores para las mujeres.
- iii) Apoyo económico diferido para jóvenes que concluyen su educación media superior antes de los 22 años.
- iv) Apoyo monetario para adquirir útiles escolares.
- v) Paquete básico garantizado de salud y talleres comunitarios para capacitación en el autocuidado de la salud dirigido a miembros de más de 15 años del grupo familiar.
- vi) Complementos alimenticios para niños y niñas de seis a 23 meses, para niños entre dos y cinco años con desnutrición y para madres embarazadas y lactantes.
- vii) Apoyo monetario para cada adulto de 70 años o más que viva en localidades de más de 10 mil habitantes y pertenezca a familias beneficiarias.
- viii) Apoyo monetario para gastos de energía.
- ix) A partir de julio de 2008, los beneficiarios reciben un suplemento de ingresos de 120 pesos mensuales (11 dólares) para ayudar a sortear la crisis del aumento de los precios de los alimentos, a través del programa Apoyo Alimentario Vivir Mejor.

Fuente: SEDESOL (2008).

³ En sus orígenes, el Programa Puente no contemplaba recursos para transferir a las familias. Posteriormente, se creó un pequeño bono de movilización para que los beneficiarios puedan cumplir con la realización de trámites que involucra la obtención de certificados, cédula de identidad, etc. Ese bono es recibido y administrado por la mujer del grupo familiar, ya sea la jefa de hogar o pareja del jefe de hogar.

RECUADRO 2 CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA *BOLSA FAMÍLIA*, BRASIL

Bolsa Família es parte de la estrategia de desarrollo social brasileña, enfocada en las familias pobres, definidas como aquellas que disponen de menos de 60 dólares per cápita al mes (único criterio válido para acceder al programa). *Bolsa Família* nace de la unificación de otros programas sociales como el *Programa de Erradicação do Trabalho Infantil* (PETI), *Bolsa Alimentação*, *Bolsa Escola* y el subsidio al gas y pasa a formar parte del sistema *Fome Zero*, enfocado en el combate al hambre y la desnutrición. El programa transfiere alrededor de 36 dólares mensuales a las familias en situación de extrema pobreza (que viven con menos de 30 dólares per cápita al mes), y entre 10 a 65 dólares adicionales a las familias pobres según su composición, sujeto a la asistencia a la escuela de los niños en edad escolar y visitas periódicas a los controles de salud de niños y madres embarazadas.

A julio del 2007, beneficiaba a 11,1 millones de familias y generaba un gasto de 4.700 millones de dólares al año (Borges David, 2008). El programa se ejecuta a través de las municipalidades, siendo ellas quienes identifican potenciales beneficiarios, los seleccionan y controlan las corresponsabilidades. Uno de los aspectos sobresalientes de este programa es su nivel de focalización en los más pobres. En efecto, Soares et al. (2007) encuentran que es el PTC más focalizado en comparación con Chile Solidario y Oportunidades. Ello, sumado a su enorme cobertura, redundó en un elevado impacto en los niveles de desigualdad, siendo responsable en un 21% por la caída en la desigualdad en el país (Soares et al., 2007).

El instrumento para la identificación de las familias en situación de pobreza de todos los municipios brasileños es el *Cadastro Único*, registro de los beneficiarios del programa operado por la *Caixa Econômica Federal*. Este banco de datos nacional posibilita el análisis de sus principales necesidades y la selección de las familias a ser beneficiadas. El registro de las familias es realizado por las prefecturas municipales, según lo declarado por la familia.

Las principales datos que contiene el catastro son:

1. Características del domicilio (número de ambientes, tipo de construcción, tratamiento del agua, alcantarillado y basura).
2. Composición familiar (número de miembros, existencia de gestantes, ancianos, madres amamantando, deficientes físicos).
3. Años de escolaridad de los miembros de la familia.
4. Calificación profesional y situación en el mercado de trabajo.
5. Ingresos.
6. Gastos familiares (arriendo, transporte, alimentación y otros).

El *Cadastro Único* fue iniciado en 2001, pero la unificación de los programas en *Bolsa Família* exigió y aceleró su perfeccionamiento y completa implantación. Para la implantación del registro se realizaron convenios de colaboración con estados y municipios, para permitir la interfaz entre el registro nacional y los locales, componiendo el así denominado “CadÚnico” (Draibe 2006).

Fuentes: Borges David (2008), Draibe (2006) y Soares et al (2007).

RECUADRO 3 EVOLUCIÓN DE LOS PROGRAMAS SOCIALES EN CHILE

El caso de Chile está sembrado de ejemplos de programas específicos de ayuda, de promoción social o de subsidios garantizados que vinculan una entrega monetaria o en especie, con alguna condición para el beneficiario.

En el ámbito de la política de salud pública, el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) ha consistido desde sus inicios en 1954 en la entrega de leche y leche fortificada a las madres, condicionada a su asistencia al consultorio de salud para ella y sus niños menores de seis años. El Programa de Alimentación Escolar (PAE) de la Junta Nacional de Auxilio y Becas (JUNAEB) es otro ejemplo, en el cual actualmente 1,4 millones de niños de escasos recursos tienen alimentación garantizada en las escuelas. Para los niños en riesgo social, ésta es reforzada con una tercera colación durante la jornada escolar.

A principios de los ochenta, para paliar los efectos de la gran crisis económica de la época, se creó el Subsidio Único Familiar (SUF) como asignación monetaria entregada a las madres por cada hijo menor de seis años, que pertenecían a familias de extrema pobreza y cuyos padres no contaban con previsión social. Muy pronto se extendió hacia niños menores de ocho años, luego hacia menores de 15 y a las embarazadas. Este subsidio era equivalente a la Asignación Familiar Universal que recibían los trabajadores asalariados, adscritos a algún régimen previsional contributivo. Las mujeres embarazadas debían presentar un certificado médico, desde el quinto mes de gestación y declaración jurada que se carecía de previsión. El beneficio se entregaba a la madre o a quien tuviera a su cargo al niño o niña. Ello implicaba que las mujeres embarazadas debían participar en los programas de salud materno infantil existentes en la época, tener a los niños matriculados y asistiendo a la escuela y encontrarse en los niveles uno, dos y tres (de un máximo de cinco) del instrumento de focalización construido especialmente para la entrega de estos subsidios, la Ficha CAS.

La administración del programa estaba a cargo del Servicio del Seguro Social (SSS) y se ejecutaba a través de las Municipalidades, quienes debían inscribir a los postulantes y seleccionar a los beneficiarios. Los Municipios estudiaban los antecedentes y si procedía, enviaban los documentos al SSS quien certificaba a los postulantes y re-enviaba la lista de los aceptados. Durante los primeros años del nuevo subsidio, éste se entregaba contra demanda. Como ésta creció a una tasa muy elevada, en 1985 se decretó una cuota máxima por región que correspondía aproximadamente al número de subsidios que se había entregado hasta ese momento. De esa manera, a partir de 1986 y hasta 2006, algunos potenciales beneficiarios no recibieron el SUF por no tener su Municipio “cupos” disponibles y se abrió una lista de espera que podía prolongarse por años. En consecuencia, el derecho que otorgaba la Ley del SUF, condicionado a la asistencia a los controles de salud y a la escuela para los niños, se veía menoscabado por falta de presupuesto.

Desde el año 2007 el SUF devino un derecho completo, para todas las madres y sus hijos que forman parte de un hogar perteneciente al 40% de menores recursos del país y que no cuentan con un sistema de previsión contributivo.

Fuente: Vergara (1990); www.junaeb.cl; www.minsal.cl; y www.chilesolidario.cl.

Desde un enfoque de derechos, se ha sugerido una especial evaluación de los PTC en torno a elementos de su diseño e implementación. Los elementos críticos han estado centrados en su naturaleza condicional y en los mecanismos de focalización utilizados. De esta forma, el énfasis en la “corresponsabilidad” por sobre la “condicionalidad” toma en consideración el principio de no discriminación que guía a un enfoque centrado en derechos. Por otra parte, desde esta misma perspectiva, aún subsisten limitantes importantes de estos programas en cuanto a poder extender su cobertura en zonas que no cuentan con la infraestructura necesaria para cubrir la oferta asociada a los sectores de salud y educación. Lo anterior supone un nudo crítico a ser especialmente atendido por las autoridades nacionales y organismos financistas de los PTC. De manera similar, se ha criticado el que estos programas abordan aún escasamente especificidades claves para el trabajo con poblaciones vulnerables, como es el caso de los indígenas y afrodescendientes (Tendler, 2004). Finalmente, un aspecto recurrente en las evaluaciones sobre estos programas es su potencial para contribuir

efectivamente al combate de las causas estructurales de la pobreza, particularmente en lo relativo a la estructura redistributiva y fiscal de las políticas nacionales (Serrano, 2005; Tendler, 2004) y la universalidad de las coberturas (Standing, 2007).

C. Características de los PTC

Los programas de transferencias con corresponsabilidad resumen en su diseño varios aspectos relevantes de la trayectoria latinoamericana de las políticas sociales de combate a la pobreza. Contemplan transferir ingresos a los segmentos más pobres de la sociedad, emplean mecanismos de focalización para encontrar a los más necesitados, y tratan de ir más allá de los enfoques tradicionales de superación de la pobreza al intentar abordarla desde una perspectiva multidimensional, enfocándose en la familia como unidad de análisis y apuntando a los riesgos que estas y sus miembros enfrentan en cada etapa del ciclo vital. En algunos casos, los PTC están incorporando progresivamente el enfoque de derechos y mecanismos de garantías de exigibilidad de esos derechos.

1. Estructura básica de los PTC

La estructura básica común de los PTC consiste en la entrega de recursos monetarios a familias de escasos recursos, con la condición que éstas cumplan con ciertas conductas básicas que se asocian con el bienestar material y con el mejoramiento del capital humano⁴. Es decir, los programas entregan un incentivo a la demanda por más y mejor alimentación y por servicios de educación y salud. El supuesto que hay detrás, es que las familias tienen problemas de acceso a estos servicios no sólo por limitaciones en la oferta, si no también porque no los demandan lo suficiente, ya sea por falta de información o por la necesidad que los niños contribuyan al hogar con su trabajo (Hoddinott y Bassett, 2008).

En esta versión básica de PTC, la transferencia monetaria representa un incentivo para una mayor asistencia a la escuela de los niños en edad escolar, el control de embarazo y puerperio de las madres, el control periódico de la salud de los niños y vacunaciones al día. En el caso de la educación, si bien las tasas de cobertura son relativamente elevadas en la mayoría de los países de América Latina, el ausentismo, la repetición, los bajos logros y la deserción en los sectores más pobres, especialmente en los niveles de secundaria, reducen sus beneficios en términos de mejorar las condiciones de vida presente y futura de los niños y jóvenes. En el caso de la salud, la falta de acceso a la salud tanto preventiva como curativa, la baja cobertura de los partos institucionalizados y otros aspectos de la salud materno-infantil inducen a generar sinergias entre las acciones de asistencia social con acciones de inversión en capital humano a mayor plazo. Muchos programas también contemplan la entrega de suplementos o alimentos fortificados para combatir la desnutrición. En su versión ampliada, las corresponsabilidades incluyen la asistencia a cursos de capacitación para mejorar la empleabilidad y el acceso a micro crédito por parte de los adultos, así como cursos de formación de hábitos, higiene y nutrición.

En términos conceptuales, los PTC persiguen dos grandes tipos de propósitos. El primero, de corto plazo, es suplementar ingresos a través de una transferencia monetaria. El segundo, de más largo plazo, es el mejoramiento de algunos aspectos del capital humano, para romper la transmisión intergeneracional de la pobreza. Atendiendo al objetivo de corto plazo, estos programas persiguen un propósito similar a los esquemas de transferencias no contributivas como asignaciones familiares y pensiones asistenciales, cual es, el suplementar determinados niveles de ingreso a las familias más pobres o a determinados sectores considerados vulnerables, con la diferencia que se requiere de los beneficiarios una acción específica a cambio de los beneficios. Desde la óptica del fortalecimiento del

⁴ Para un panorama de los programas de transferencias con corresponsabilidad en América Latina, a excepción de los de Guatemala, Honduras y Nicaragua que son tratados en los respectivos capítulos, véase el cuadro A-1 del anexo.

capital humano, la transferencia de ingreso es algo secundario y actúa como un incentivo para acercar a la población a los centros de salud, los programas de nutrición o las escuelas. Desde este punto de vista, los vínculos con los sectores sociales y los presupuestos asignados a dichos sectores debieran ocupar un lugar central. Aunque todos los programas declaran perseguir ambos tipos de objetivos a la vez, no todos alcanzan la capacidad para lograr el segundo. Luego de observar como éstos funcionan en la práctica, algunos autores advierten incluso la existencia de importantes *trade-offs* entre ambos objetivos, que debieran ser considerados para efectos de diseño y al momento de establecer el objetivo principal de un programa (Villatoro, 2008).

Los PTC más importantes de América Latina por la cobertura que alcanzan y los recursos involucrados, y que han pasado a constituir verdaderos modelos para su replicación en otros países, son Oportunidades de México y *Bolsa Família* de Brasil. Ambos, con sus énfasis particulares, resumen en gran medida los objetivos de los PTC que han ido instalándose progresivamente en la región. Oportunidades se enfoca de manera particular en la *acumulación de capital humano*, estableciendo distintos tipos de beneficios según los objetivos sectoriales que se propone (educación, salud, nutrición, etc.) y diferenciando las transferencias para los distintos segmentos de la población meta, de acuerdo a los costos de oportunidad que enfrentan estos segmentos al momento de acceder a servicios públicos. *Bolsa Família*, en cambio, subraya el objetivo de *transferencia de ingresos*, estableciendo montos diferenciados según el nivel socioeconómico y la composición de las familias beneficiarias. A pesar de estas diferencias, ambos PTC se asemejan en cuanto a su envergadura y al lugar que han pasado a ocupar en el contexto de las políticas nacionales de reducción de la pobreza. El primero tiene asignado alrededor de un 0,44% del PIB mexicano y beneficia a poco menos de un 25% de la población total del país (León, 2008), lo que representa un 75% de la población en situación de pobreza del año 2006. El segundo representa un 0,43% del PIB brasilero y atiende a cerca de un 23% de la población (León, 2008), lo que equivale a un 80% de la población pobre de 2007.

En cuanto a cobertura y montos involucrados es donde más se logra apreciar la distancia entre los programas de los tres países analizados en este informe y sus referentes mexicano y brasileño. En el caso de Honduras, sumando los beneficiarios del PRAF Nacional y PRAF-BID fase III, en el año 2007 se alcanzó a cubrir solamente el 15% de familias en extrema pobreza. En Nicaragua, en su momento de mayor amplitud, la fase II de la RPS apenas llegaba al 9% de esa población. En Guatemala, por el contrario, las cifras de cobertura llegaron en su primer año de funcionamiento al 47% de familias en extrema pobreza, aunque sólo al 23% de familias pobres (véase la sección B del capítulo VI). Los montos involucrados alcanzaron el 0,24% del PIB en Nicaragua el año 2005 y el 0,02% del PIB en Honduras en 2006 (León, 2008).

Uno de los elementos comunes del diseño de los PTC es que se toma a la familia, y no al individuo, como el foco del programa, reconociendo el importante rol de la dinámica familiar en la formación de capacidades de sus miembros. Son los diversos miembros de la familia y sus necesidades durante el ciclo vital que ordenan el conjunto de prestaciones que cada PTC prioriza. Ello se hace también en función de los recursos con que cuenta el país. Es así como los programas más recientes o pequeños priorizan la entrega de bonos para la educación, salud y nutrición, mientras que los programas más grandes contemplan una gama más amplia de apoyos para los diversos miembros de la familia⁵. En general, la transferencia monetaria se entrega a las madres, dado que existe evidencia que la administración que hacen ellas de los recursos beneficia más la salud y bienestar de los hijos, que las que hacen los padres (Hoddinott y Bassett, 2008). Como objetivo adicional, algunos de estos programas esperan poder empoderar a las mujeres y otorgarles mayor libertad de acción fuera del hogar.

⁵ Por ejemplo Oportunidades en México entrega recursos para los adultos mayores, un capital de ahorro para jóvenes que terminan la secundaria y bonos para gastos de consumo de energía además de los tradicionales bonos para alimentos, educación y útiles escolares. En 2008 el programa incorporó además un bono adicional para hacer frente al alza internacional de precios de los alimentos llamado “Apoyo Alimentario para Vivir Mejor”.

2. El apoyo psicosocial

En algunos casos, los PTC incorporan un componente psicosocial en su diseño e implementación, que supone el desarrollo de estrategias de intervención que apuntan a lograr cambios deseados en las percepciones, actitudes y en los comportamientos de los beneficiarios, para integrarlos al conjunto de servicios públicos que los ayudará en la superación de su situación de pobreza (Cohen y Franco, 2006). Este es el modelo que introdujeron en 1995 el programa de *Garantía de Renda Familiar Mínima* de Campinas en el estado de Sao Paulo en Brasil (Draibe, 2006) y en 2002 el programa Chile Solidario a través de su componente “Puente”, y que ha comenzado a ser incorporado en redes o sistemas de protección social que incluyen programas de transferencias con corresponsabilidad, como es el caso de la Red Juntos en Colombia. En el programa Puente/Chile Solidario el apoyo consiste en que profesionales y monitores entrenados del área social trabajen en conjunto con las familias en la búsqueda de mejoras para sus condiciones de vida. El apoyo puede durar entre seis meses y dos años, durante los cuales la familia está siendo acompañada en su aprendizaje de nuevas formas de enfrentar su situación de pobreza –adquiriendo herramientas de apoyo e información– y está siendo incorporada a las redes de apoyo social existentes. La apuesta es que el trabajo de apoyo psicosocial es el que permitirá que los resultados obtenidos por el programa permanezcan en el tiempo, evitando la vuelta a las prácticas que reproducen la situación de pobreza (León, 2008).

Según este tercer modelo de PTC, el componente psicosocial no sólo acompaña y asiste a las familias en el logro de condiciones mínimas, sino que junto con esto, crea un espacio de conversación que las obliga a reflexionar sobre sí mismas. De esta forma, el trabajo con el operador tiene un doble sentido: por una parte, contribuye al logro de metas materiales que permiten generar un piso mínimo de existencia sobre el cual es posible proyectarse hacia el futuro, con la certeza que efectivamente habrá un futuro y que se tendrá cierto grado de incidencia sobre él; por otra parte, ayuda a la generación de una serie de procesos simbólicos que se derivan del cumplimiento de los compromisos adquiridos por la familia, lo que a su vez redundará en un aumento en sus capacidades para formular aspiraciones e idear estrategias que les den cumplimiento. En los casos en que este último punto no alcanza a desarrollarse, existe al menos la certeza de poseer un vínculo con la institucionalidad que podría servir como apoyo para lograrlo (Nun y Trucco, 2008).

Las transferencias monetarias forman parte de la estrategia de estos programas generalmente en virtud de la incorporación de las familias a programas de transferencias de ingreso ya existentes en la red pública, como es el caso del Subsidio Único Familiar (SUF) en Chile Solidario y el programa Familias en Acción en la Red Juntos de Colombia. Adicionalmente Chile Solidario entrega bonos de forma decreciente durante el período de permanencia de las familias en el programa, en concordancia con la disminución de la frecuencia de las visitas de los apoyos. Chile Solidario tiene como población objetivo a las familias en situación de extrema pobreza a quienes se quiere acercar la red pública de servicios e intervenciones, de manera que su envergadura es mucho menor a la de los otros dos referentes de la región, Oportunidades y *Bolsa familia*. En 2006 el programa cubría a la totalidad de la población indigente del país e involucraba recursos equivalentes al 0,1% del PIB en 2005 (León, 2008).

Los programas de transferencias de los países aquí estudiados no han incorporado este componente en su diseño, aun cuando existen algunos elementos relativos a la integración con otros programas e intervenciones bajo la forma de sistemas o redes de protección social, como es el caso de Red Solidaria en Honduras, o la vinculación a programas de microcrédito y de nutrición en el caso del PRAF Nacional.

3. Coordinación intersectorial y modelo de gestión

Un aspecto clave de los PTC se refiere a la coordinación intersectorial. La entrega condicionada de recursos requiere una estrecha colaboración entre quienes administran el programa y los sectores sociales que ofrecen los servicios públicos a los cuales los beneficiarios se comprometen a asistir. La

calidad e intensidad de esta colaboración dependerá fuertemente de la importancia que tenga el componente de oferta de los servicios públicos dentro del diseño del programa. Un buen ejemplo de lo anterior es la colaboración entre el programa Chile Solidario y el Ministerio de Educación de ese país (véase recuadro 4). Asimismo, acciones conjuntas de este tipo requieren de colaboración entre el nivel central, donde se define la estructura y los procesos del programa, y los niveles descentralizados o locales, donde se entregan los beneficios y se verifican el cumplimiento de las corresponsabilidades por parte de los beneficiarios.

RECUADRO 4 **SUBVENCIÓN ESCOLAR PRO-RETENCIÓN EN CHILE**

Esta subvención del Ministerio de Educación se desarrolla con recursos del presupuesto de dicho Ministerio, pero su destino es definido por el programa Chile Solidario. Consiste en un aporte de recursos adicionales a escuelas que han logrado retener niños y jóvenes vulnerables, en riesgo de deserción escolar, pertenecientes a familias Chile Solidario. Esta subvención adicional a los establecimientos se creó porque:

1. Los estudiantes que provienen de hogares en situación de pobreza extrema tienen mayores probabilidades de no completar los 12 años obligatorios de escolaridad.
2. El trabajo pedagógico con ellos requiere mayor dedicación y seguimiento.
3. También se necesitan apoyos complementarios como ayuda asistencial y psicosocial para permanecer en la escuela o liceo.
4. Los establecimientos educacionales que atienden a niños, niñas y jóvenes más vulnerables deben organizar su trabajo de manera de generar reales oportunidades para todos sus estudiantes.

La Subvención Pro-Retención (Ley N° 19.873 de 2003) se paga a los sostenedores de establecimientos municipales, particulares subvencionados y las Corporaciones de liceos Técnicos Profesionales por haber logrado la permanencia de los alumnos que estén cursando entre séptimo básico y cuarto medio, y que pertenezcan a familias participantes en el programa Chile Solidario.

Esta subvención se paga por niño retenido, una vez al año, con valores crecientes a medida que aumenta el grado escolar (entre 120 y 250 dólares per cápita). Representa el 0,46% de los recursos totales de subvenciones y beneficia a 3.900 escuelas que reúnen a casi 50.000 alumnos.

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Ministerio de Educación de Chile (2006).

De lo mencionado se puede inferir que el modelo de gestión, los vínculos con el sector público social y no gubernamental⁶ y el presupuesto de los programas serán de diferente envergadura en función del alcance de los objetivos tanto de corto como de largo plazo, de si ellos se enfocan prioritariamente sobre los componentes de demanda, de oferta o ambos, y de si incluyen o no un componente de apoyo psicosocial a las familias. La implementación de los PTC requiere asimismo ciertas definiciones y reglas de funcionamiento, así como algunos instrumentos claves para la gestión del programa y el establecimiento de procesos de operación que hagan viable el esquema diseñado. Dentro de las definiciones necesarias está la identificación y selección de sus beneficiarios, los tiempos y las reglas de permanencia en el programa, el tipo y monto de las transferencias monetarias, el tipo de condiciones que las familias deberán cumplir y su forma de verificación, y los servicios a los que tendrán derecho los beneficiarios. Asimismo, entre los instrumentos necesarios para la gestión de los programas destacan los mecanismos que se usarán para la focalización y selección de beneficiarios, un sistema de información que albergue tanto un registro de beneficiarios como

⁶ En algunos casos, parte de los programas asociados a los ámbitos de educación o salud se externalizan a través de ONG, especialmente para cubrir zonas aisladas de los países.

mecanismos de control de la información provista por ellos, así como un sistema de control del cumplimiento de las corresponsabilidades.

A lo anterior vienen asociados los principales procesos que debe definir cada programa. Ellos incluyen la constante revisión de los errores de inclusión y exclusión que puedan darse, los pagos de las transferencias monetarias, el control de las corresponsabilidades y el seguimiento y monitoreo de la gestión. Asimismo, los vínculos con los socios estratégicos en el Estado –por ejemplo los ministerios de educación y salud– deben estar explícitamente diseñados. Para ello, se organizan procesos periódicos de seguimiento y monitoreo de las acciones que los ministerios sectoriales emprenden a favor de los territorios y poblaciones priorizados en el programa.

Finalmente, es deseable que todos los programas cuenten con procesos de evaluación del impacto de sus acciones en variables relativas a los objetivos propuestos por cada programa, como pueden ser los niveles de pobreza, de desigualdad, las condiciones de salud, nutrición y escolaridad de los beneficiarios, por mencionar algunos. Las experiencias son muy disímiles entre sí, desde Oportunidades de México que suma y concentra la gran mayoría de las evaluaciones –y por tanto también de la evidencia respecto de los resultados esperables de un PTC– hasta otros que han tenido muy pocas o ninguna.

D. ¿Por qué son tan atractivos?

Uno de los elementos más atractivos del diseño de los programas de transferencias con corresponsabilidad es que éstos buscan intervenir en las causas de la pobreza, y no solamente sobre sus síntomas, preocupación fundamental de las políticas sociales desde que el tema de la pobreza surgió en la agenda pública. De ese modo, los PTC buscan incidir en los factores que permitirían su superación en el largo plazo y al mismo tiempo enfrentan los síntomas, con la entrega de recursos materiales para cubrir las necesidades básicas, condicionada al cumplimiento de algunas contraprestaciones en áreas vinculadas con el desarrollo del capital humano (León, 2008).

Asimismo, los PTC comparten ciertos valores como la equidad, la solidaridad, la superación de discriminaciones y la búsqueda de sostenibilidad en el tiempo. Todos estos elementos fomentan la inclusión y cohesión social, necesarias para el desarrollo equilibrado de los países. En efecto, la entrega de un subsidio monetario a quien más lo necesita, al complementar los ingresos de los más pobres con recursos públicos, es una medida que tiende a la equidad entre los sectores sociales. Pero la equidad no se apoya sólo a través del componente monetario, sino también con acciones para permitir la incorporación a servicios de educación y salud a las poblaciones más vulnerables, que por diversas condiciones económicas, geográficas, culturales no han tenido acceso a ellos. Ello refleja una preocupación por que los servicios públicos lleguen a todos los ciudadanos. La adición de corresponsabilidades permite, además, concitar el apoyo de la población no beneficiaria (que ve estos programas como distintos de los tradicionales programas asistenciales), crucial para la movilización de recursos y la sostenibilidad de los PTC en el tiempo.

La solidaridad social está reflejada en las asignaciones presupuestarias crecientes que muchos de los programas han ido recibiendo, en el aumento de la inversión hacia territorios que habían estado postergados por dificultades de acceso o por su baja densidad poblacional, así como hacia grupos poblacionales específicos (adultos mayores, niños o indígenas). La superación de discriminaciones está reflejada en el carácter de “acción afirmativa” que tienen estos programas en relación a la población más desposeída. Es decir, se movilizan recursos hacia la cobertura de quienes no tenían ningún beneficio previo. También los PTC buscan apoyar la superación de discriminaciones culturales contra la mujer al empoderarlas, entregándole a ellas los recursos y confiando en su administración a favor de los hijos y del núcleo familiar.

Asimismo, los PTC son atractivos porque están alineados con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), una de las iniciativas más importantes que se ha fijado la comunidad internacional para la superación de las condiciones de pobreza y marginalidad en la que viven actualmente 1.400 millones de personas en el mundo (Naciones Unidas, 2008). En efecto, los PTC están en línea con cinco de los ocho objetivos del Milenio, a saber, erradicar la extrema pobreza y el hambre, lograr la enseñanza primaria universal, promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer, reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años y mejorar las condiciones de salud materna, reduciendo la mortalidad materna y dándoles acceso a la salud reproductiva. Como se puede ver, estos objetivos son coincidentes con los impactos esperados de los PTC (León, 2008).

En cuanto al impacto de estos programas, los resultados de evaluaciones independientes parecieran indicar que los PTC son efectivos a la hora de generar un mejoramiento de los ingresos y el consumo en los hogares que reciben transferencias. Con respecto al aumento en el uso de los servicios de educación, los efectos se concentran en incrementos en la matrícula escolar en casi todos los países. Estos incrementos son mayores en países donde los niveles de referencia eran más bajos, especialmente en los grados escolares de transición –como el paso de primaria a secundaria– y que presentaban altas tasas de deserción en los hogares más pobres. En el ámbito de la salud se observan aumentos de cobertura en los controles de crecimiento de los niños y niñas y en controles médicos preventivos para adultos mayores, aunque no hay información concluyente respecto de mejoras en tasas de vacunación y del estado nutricional de los niños/as (véase la sección E del capítulo VI).

Por otro lado, para la gerencia moderna de administraciones públicas que suelen ser rígidas, de compartimentos estancos y mecanismos autoritarios de gestión y control, los PTC suponen un aliento a la construcción de alianzas y sistemas de gestión en red que mejoran considerablemente la eficiencia de las políticas públicas contra la pobreza⁷. Por diseño, los PTC provocan la coordinación y acciones comunes de diversos servicios públicos que deben ponerse a disposición de la población beneficiaria, promoviendo en algunos casos, sino la descentralización, la desconcentración de funciones, por ejemplo en aquellos países donde la ejecución directa pasa a manos de las municipalidades. Sin embargo, en el proceso de implementación de estos programas la vinculación entre los distintos entes del Estado es una de las grandes dificultades que se enfrentan. Hacer un programa que se supone los vincula, no asegura esa coordinación. De hecho, gran parte de las dificultades para obtener realmente la incorporación de los beneficiarios a la red de protección tiene que ver con obstáculos institucionales que preceden y sobrepasan el programa.

Por último, los PTC comúnmente utilizan herramientas estadísticas e informáticas que alientan la buena gestión, la transparencia y objetividad en las decisiones, y refuerzan la coordinación intersectorial. Estas herramientas son las encuestas de hogares y los censos, los mecanismos de focalización, los registros de beneficiarios, los sistemas de información y control de las actividades, así como las evaluaciones de impacto generalmente encargadas a organismos independientes.

Finamente, se puede decir que dos elementos adicionales pueden contarse entre las causas de la atracción que estos programas ejercen en las autoridades de los países. Por un lado, son de origen latinoamericano y se han convertido en un “producto de exportación”⁸, validado por organismos internacionales de crédito que están dispuestos a financiar su aplicación a distintas realidades. Por otro lado, con estos programas –aun sin cuestionar los fundamentos esenciales de una política macroeconómica fundada en la economía de libre mercado– se reconoce que las políticas neoliberales no han logrado reducir la pobreza y que se requieren de nuevos instrumentos para el logro de este objetivo.

⁷ Esto se da cuando las alianzas y redes son acompañadas de voluntad política, recursos financieros y humanos, herramientas legales y procedimientos administrativos acordes a las buenas prácticas y se efectúan con transparencia a la ciudadanía.

⁸ Un caso emblemático es aquello de *Opportunity NYC*, programa de transferencias condicionadas inspirado en Oportunidades de México e implementado en la ciudad de Nueva York (Morais de Sa e Silva, 2008).

II. La vulnerabilidad socioeconómica de los países analizados

Guatemala, Honduras y Nicaragua, no obstante sus diferentes grados de desarrollo, se encuentran entre los países más pobres y desiguales de América Latina (CEPAL, 2009a). Se caracterizan por la vulnerabilidad de sus economías y poblaciones frente a desastres naturales tales como huracanes, terremotos e inundaciones y por fuertes procesos migratorios hacia Estados Unidos u otros países centroamericanos de mayor desarrollo, tales como Costa Rica. Asimismo, las desigualdades étnicas y raciales han configurado un acceso diferenciado a las estructuras de oportunidades ofrecidas por el Estado, el mercado y la sociedad, lo que se refleja en distintos niveles de alfabetización, educación, salud, trabajo, así como también de participación política y social. Esto ha significado, de manera particular en Guatemala, la conformación de una estructura social fuertemente determinada no sólo por la base económica, sino también por el componente étnico (PNUD, 2005).

Según varios autores (Torres-Rivas 2001a y 2001b; Vargas 2003), el autoritarismo, los conflictos armados y sus secuelas –tales como la existencia de Estados débiles e ineficaces, la fragilidad de los sistemas políticos y la baja calidad de la democracia– explican muchos de los actuales problemas sociales de estos países centroamericanos. Los masivos desplazamientos –internos y hacia el exterior– generados por los conflictos armados causaron una extrema vulnerabilidad social⁹. Y aunque los acuerdos de paz lograron en algunos casos establecer propuestas importantes de reconstitución de los países –incluido el reconocimiento de su carácter pluriétnico y muticultural¹⁰– los problemas de la distribución de la riqueza y la exclusión social siguen constituyendo un punto de quiebre para el fortalecimiento democrático.

Los problemas económicos y sociales han conducido además a nuevas formas de violencia, sustituyéndose la violencia política por la constitución de grupos violentos bajo la forma de pandillas, muchas de ellas conformadas por población adolescente organizada criminalmente (Torres-Rivas, 2001; Wielandt 2005).

⁹ Nicaragua llegó a generar unos 350.000 desplazados internos, lo que equivale a alrededor del 10% de su población total, mientras que en Guatemala los desplazados llegaron a unas 190.000 personas, o un 2% de su población total (Del Cid, 1994).

¹⁰ Los Acuerdos de Paz de 1996 en Guatemala, por ejemplo, incluyeron el Acuerdo sobre Identidad y Derechos Indígenas, que plantea el reconocimiento oficial del Estado como multicultural, pluriétnico y multilingüe.

A. Evolución macroeconómica reciente y perspectivas de crecimiento

Si bien durante los años noventa Centroamérica presentó un crecimiento económico algo errático, en el último sexenio mostró un mayor dinamismo, con consecuencias positivas para la generación de empleo y la reducción de la pobreza. No obstante, actualmente nos encontramos en un momento de quiebre del ciclo económico favorable iniciado hacia el año 2003, a causa de la crisis financiera y económica internacional que ya ha golpeado duramente a todo el mundo desarrollado y que afectará duramente a los países estrechamente vinculados a los ciclos de la economía de EEUU. Tres son las fuentes básicas de dependencia de Guatemala, Honduras y Nicaragua a la evolución de la economía de EEUU que han permitido el período de bonanza (CEPAL, 2008c) y que ahora se ven afectadas por la crisis:

- La demanda de productos de exportación, que se incrementó gracias al dinamismo de la economía norteamericana, y la mayor actividad que esta economía permite, a su vez, en otros países demandantes de productos centroamericanos.
- Las remesas familiares, importante componente del repunte del consumo en los últimos cinco años. Esto, junto al crecimiento de la inversión (formación bruta de capital fijo), ha permitido un mayor dinamismo de la demanda interna.
- La inversión extranjera directa, que alcanzó flujos históricos en 2008.

El crecimiento de los últimos seis años ha sido importante no sólo por los beneficios que tradicionalmente produce el ciclo económico (aumento del empleo y reducción de la pobreza), sino también por la consolidación de algunos elementos que podrían paliar la vulnerabilidad de estos países a los shocks externos: la disminución de la deuda externa (y su diversificación por el tipo de monedas), un nivel mayor de reservas internacionales netas, un menor déficit fiscal, una mayor diversificación de las exportaciones de destino y una política macro que ha ganado credibilidad (CEPAL, 2008c).

No obstante, se aprecian serias amenazas a la sostenibilidad del crecimiento mostrado desde 2003, debido al deterioro de los factores de la expansión (véase recuadro 5). A la fecha, las previsiones de crecimiento para el 2009 no son muy alentadoras: CEPAL (2009b) prevé que el PIB en Guatemala y Honduras crecerá solamente un 1,5%, y en Nicaragua 1,0%, por los impactos de la crisis internacional. Un aspecto que permite matizar, en alguna medida, las perspectivas pesimistas que presenta la evolución de la economía de los países centroamericanos para el 2009, es la buena salud de las cuentas fiscales, lo que daría algún margen para aplicar políticas contracíclicas (CEPAL, 2008c).

CUADRO 1
INDICADORES MACROECONÓMICOS, 2000-2008

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 ^a |
|--|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------------|
| Guatemala | | | | | | | | | |
| PIB (tasa de variación anual, %) | 3,6 | 2,3 | 3,9 | 2,5 | 3,2 | 3,3 | 5,3 | 5,7 | 4,3 |
| PIB por habitante (tasa de variación anual, %) | 1,2 | -0,1 | 1,3 | 0,0 | 0,6 | 0,7 | 2,7 | 3,2 | 1,8 |
| Precios al consumidor (tasa de variación anual, %) | 5,1 | 8,9 | 6,3 | 5,9 | 9,2 | 8,6 | 5,8 | 8,7 | 9,4 |
| Remesas (millones de US\$) | ... | 661 | 1 616 | 2 088 | 2 584 | 3 011 | 3 645 | 4 200 | 4 389 |
| Honduras | | | | | | | | | |
| PIB (tasa de variación anual, %) | 5,7 | 2,7 | 3,8 | 4,5 | 6,2 | 6,1 | 6,3 | 6,3 | 4,8 |
| PIB por habitante (tasa de variación anual, %) | 3,6 | 0,6 | 1,7 | 2,5 | 4,1 | 3,9 | 4,2 | 4,2 | 2,5 |
| Precios al consumidor (tasa de variación anual, %) | 10,1 | 8,8 | 8,1 | 6,8 | 9,2 | 7,7 | 5,3 | 8,9 | 10,8 |
| Remesas (millones de US\$) | ... | 460 | 770 | 862 | 1 134 | 1 763 | 2 329 | 2 561 | 2 105 |
| Nicaragua | | | | | | | | | |
| PIB (tasa de variación anual, %) | 4,1 | 3,0 | 0,8 | 2,5 | 5,3 | 4,3 | 3,9 | 3,8 | 3,0 |
| PIB por habitante (tasa de variación anual, %) | 2,4 | 1,5 | -0,6 | 1,2 | 4,0 | 2,9 | 2,5 | 2,4 | 1,7 |
| Precios al consumidor (tasa de variación anual, %) | 9,9 | 4,7 | 4,0 | 6,6 | 8,9 | 9,6 | 9,4 | 16,9 | 13,8 |
| Remesas (millones de US\$) | ... | 660 | 759 | 788 | 810 | 850 | 950 | 990 | 818 |
| América Latina | | | | | | | | | |
| PIB (tasa de variación anual, %) | 4,0 | 0,4 | -0,4 | 2,2 | 6,1 | 4,9 | 5,8 | 5,7 | 4,6 |
| PIB por habitante (tasa de variación anual, %) | 2,5 | -1,0 | -1,7 | 0,9 | 4,7 | 3,6 | 4,4 | 4,4 | 3,3 |
| Precios al consumidor (tasa de variación anual, %) | 8,0 | 5,6 | 11,2 | 8,0 | 7,1 | 5,9 | 4,9 | 6,4 | 8,8 |

Fuente: Elaboración propia en base a datos CEPAL (2008c y 2009c), Banco Interamericano de Desarrollo / Fondo de Inversión Multilateral (BID/MIF) (<http://www.iadb.org/mif/remittances/index.cfm>), Banco Central de Guatemala, Banco Central de Honduras y Banco Central de Nicaragua.

^a Estimaciones preliminares.

RECUADRO 5**AMENAZAS A LA SOSTENIBILIDAD DEL CRECIMIENTO EN AMÉRICA CENTRAL**

Desaceleración del crecimiento de las remesas. Si bien venían creciendo tal como muestra el cuadro 1, en 2007 su crecimiento disminuyó fuertemente, pasando de expandirse a tasas de 18,2% en 2006 a la mitad (9,2%) en 2007 para el conjunto del istmo Centroamericano y la República Dominicana (CEPAL, 2008c). Esta disminución tuvo sus orígenes en la crisis inmobiliaria, sector que da empleo a gran parte de los inmigrantes centroamericanos, y en el endurecimiento de la política migratoria de EEUU, y continuará por las actuales condiciones económicas en ese país.

Déficit en cuenta corriente. Si bien ha habido un aumento de las exportaciones especialmente cuando se expresan en volúmenes, las importaciones han crecido más aún. Y aunque en gran medida se trate de bienes de capital, que permiten ampliar la capacidad productiva de los países, el hecho de ser importadores netos de *commodities* ha generado una presión importante sobre la balanza comercial. Si bien las remesas han contribuido en parte a mitigar este efecto, generan al mismo tiempo una apreciación de las monedas locales, lo que vuelve a perjudicar el comercio exterior. La crisis en EEUU arrastrará, muy probablemente, a los países de Centro América, que dependen del dinamismo de esta economía para crecer, debilitando las ventajas de la diversificación de exportaciones.

Deterioro de las condiciones de financiamiento externo. La crisis financiera internacional ha traído consigo una contracción del crédito a nivel mundial. Ello, unido a la creciente inflación, augura un período de tasas de interés altas al menos hasta que se reestablezca la confianza en la salud de la economía norteamericana. Si a esto se suma el deterioro de las expectativas de inversión ante la posibilidad de que la crisis en EEUU se prolongue más de lo esperado, se configura un panorama difícil para la inversión, especialmente en los sectores que han mostrado mayor dinamismo en los últimos años como el exportador.

Las amenazas de la inflación. Si bien los países centroamericanos no tienen una historia de inflación controlada, el repunte del índice de precios al consumidor (IPC) tiene una connotación distinta en la coyuntura actual. El espiral alcista se produjo principalmente por efecto de shocks externos –tales como el alza de los precios de los combustibles y de los alimentos–, lo que disminuyó la capacidad de actuación de las autoridades nacionales. Esto ha comportado una disminución de los salarios reales a pesar del crecimiento experimentado¹¹. Cabe además destacar que el aumento del precio de los alimentos se repercute con fuerza sobre los sectores más pobres.

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de CEPAL (2008c).

B. Bajos niveles de PIB y gasto público social regresivo

El crecimiento del último quinquenio no ha sido suficiente para cambiar sustancialmente el perfil de países de muy bajos ingresos per cápita que caracteriza a Guatemala, Honduras y Nicaragua. En 2007, frente a un promedio del PIB por habitante de América Latina de 4.722 dólares de Estados Unidos, Guatemala alcanzaba 1.664 dólares, Honduras 1.420 dólares y Nicaragua 885 dólares per cápita.

El gasto social de estos países es en consecuencia también bajo en términos absolutos, representando en el mejor de los casos (Honduras) un cuarto del promedio latinoamericano, que era de 559 dólares por habitante en el bienio 2005-2006. Sin embargo, el gasto social en términos de producto generado es muy bajo sólo en Guatemala, donde representa apenas un 7,7% del PIB, mientras que en Honduras y Nicaragua se acerca al promedio regional, con 11,4% y 11,1%, respectivamente (véase cuadro 2).

¹¹ Por ejemplo, en Guatemala en 2007 el salario mínimo diario (Q. 44,58 agrícola; Q. 45,82 no agrícola) que ya se encontraba por debajo del costo de la canasta básica de alimentos (Q. 55,16), con la inflación se redujo un 1% adicional (CEPAL, 2008b).

CUADRO 2
PIB POR HABITANTE, 2007, Y GASTO PÚBLICO SOCIAL, 2005-2006
(En dólares del 2000)

| Países | Producto interno bruto (PIB) por habitante | | Gasto público social | | | | | | | |
|---|--|------------------------------|----------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| | | | Total | | Asistencia y previsión social | | Salud | | Educación | |
| | <i>En dólares PPA</i> | <i>En dólares corrientes</i> | <i>Por habitante</i> | <i>Como % del PIB</i> | <i>Por habitante</i> | <i>Como % del PIB</i> | <i>Por habitante</i> | <i>Como % del PIB</i> | <i>Por habitante</i> | <i>Como % del PIB</i> |
| Guatemala | 4 565 | 1 664 | 123 | 7,7 | 18 | 1,1 | 20 | 1,2 | 48 | 3,0 |
| Honduras | 3 810 | 1 420 | 152 | 11,4 | 4 | 0,3 | 46 | 3,4 | 102 | 7,6 |
| Nicaragua ^a | 2 578 | 885 | 95 | 11,1 | ... | ... | 29 | 3,4 | 42 | 4,9 |
| América Latina y el Caribe ^b | 9 582 | 4 722 | 559 | 13,6 | 216 | 4,8 | 121 | 3,0 | 179 | 4,7 |

Fuente: Banco Mundial, *World Development Indicators*; CEPAL, Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe 2008 y Panorama social de América Latina 2008.

^a Nicaragua no reporta seguridad social en los datos de gasto.

^b PIB por habitante: promedio ponderado de todos los países para los cuales se dispone de información; Gasto social: promedio simple de 21 países.

El gasto social en los tres países es relativamente regresivo, dado que en varios sectores una fracción mayor va hacia los sectores de ingresos más altos. En materia de seguridad social el gasto es extremadamente regresivo, como se puede observar para Guatemala y Honduras, pues las jubilaciones van a los sectores que han contribuido a través de esquemas formales. En los tres países, el gasto en educación es progresivo en la primaria, regresivo en la secundaria y muy regresivo en el nivel universitario. Las cifras tampoco son alentadoras respecto del caso de los sistemas de salud; en Honduras y Nicaragua el gasto en salud es levemente progresivo, mientras que en Guatemala en el año 2000 era levemente regresivo. Y en ninguno de los tres países la asistencia social es bien focalizada hacia los pobres, ya que en Guatemala era regresiva, en Nicaragua prácticamente neutra y solamente en Honduras levemente progresiva (véase cuadro 3).

Para resaltar la capacidad que tiene el gasto social de elevar considerablemente los niveles de bienestar de los más pobres, se puede medir el impacto del gasto social en el nivel de ingresos de los hogares, descontando los gastos en seguridad social –es decir, incluyendo los gastos en asistencia social, atención de salud y educación primaria (véase cuadro 4). En los tres países el gasto social en el primer quintil se mantiene entre el 22% y el 24% del ingreso primario (procedente del trabajo) y entre el 18% y 19% del ingreso total. En términos de focalización del gasto social, Guatemala y Honduras muestran una relación particularmente favorable donde el impacto del gasto social en el ingreso de los hogares del quintil más pobre supera en 22 veces el del quintil más rico (CEPAL 2007a).

CUADRO 3
DISTRIBUCIÓN DEL GASTO SOCIAL POR QUINTILES DE INGRESO, 2000-2005
(En porcentajes)

| País (año) | Quintil I (más pobre) | Quintil II | Quintil III | Quintil IV | Quintil V (más rico) | Cuasi Gini ^a |
|--|--------------------------|------------|-------------|------------|-------------------------|----------------------------|
| | (Porcentajes) | | | | | |
| Guatemala (2000) | | | | | | |
| Educación | 17 | 21 | 21 | 21 | 21 | 0,03 |
| Primaria | 21 | 25 | 23 | 21 | 10 | -0,10 |
| Secundaria | 3 | 12 | 23 | 31 | 32 | 0,30 |
| Terciaria | 0 | 0 | 6 | 11 | 82 | 0,69 |
| Salud | 17 | 18 | 23 | 25 | 17 | 0,03 |
| Seguridad social | 1 | 3 | 5 | 15 | 76 | 0,65 |
| Asistencia social | 14 | 21 | 24 | 21 | 20 | 0,05 |
| Gasto social total (sin seguridad social) | 17 | 20 | 22 | 22 | 19 | 0,03 |
| Gasto social total (con seguridad social) | 14 | 17 | 19 | 21 | 29 | 0,14 |
| Honduras (2004) | | | | | | |
| Educación | 20 | 18 | 18 | 20 | 23 | 0,04 |
| Primaria | 28 | 25 | 21 | 17 | 9 | -0,18 |
| Secundaria | 18 | 18 | 20 | 23 | 21 | 0,04 |
| Terciaria | 1 | 2 | 6 | 23 | 69 | 0,63 |
| Salud | 21 | 22 | 23 | 20 | 14 | -0,07 |
| Pensiones | 0 | 1 | 4 | 9 | 85 | 0,71 |
| Asistencia social | 32 | 20 | 17 | 17 | 14 | -0,16 |
| Gasto social total (con seguridad social) | 14 | 18 | 19 | 21 | 29 | 0,13 |
| Nicaragua (2005) | | | | | | |
| Educación | 18 | 19 | 20 | 20 | 24 | 0,05 |
| Primaria | 26 | 26 | 23 | 18 | 8 | -0,18 |
| Secundaria | 9 | 16 | 24 | 27 | 23 | 0,15 |
| Terciaria | 1 | 4 | 14 | 23 | 58 | 0,53 |
| Salud | 21 | 22 | 22 | 20 | 16 | -0,05 |
| Asistencia social | 20 | 21 | 21 | 19 | 19 | -0,02 |
| Gasto social total (sin seguridad social) | 19 | 20 | 21 | 21 | 20 | 0,01 |

Fuente: CEPAL (2005 y 2007a).

^a El cuasi Gini o coeficiente de concentración es una medida de la orientación del gasto social. Sus valores oscilan entre -1 y 1. Un coeficiente negativo indica que el gasto social es progresivo y un coeficiente positivo indica un gasto social regresivo.

CUADRO 4
IMPACTO DEL GASTO SOCIAL (SIN SEGURIDAD SOCIAL) EN EL INGRESO DEL
HOGAR, SEGÚN QUINTILES DE INGRESO, 1998-2000

| Países | | Total | Quintil I (más pobre) | Quintil II | Quintil III | Quintil IV | Quintil V (más rico) |
|---------------------------------|---------------------------|-------|-----------------------------|------------|-------------|------------|-------------------------|
| Guatemala (2000) | % del ingreso primario | 4 | 24 | 14 | 9 | 5 | 1 |
| | % del ingreso total | 4 | 19 | 12 | 8 | 5 | 1 |
| Honduras (1998) ^a | % del ingreso primario | 3 | 22 | 10 | 6 | 3 | 1 |
| | % del ingreso total | 3 | 18 | 10 | 6 | 3 | 1 |
| Nicaragua (1998) | % del ingreso primario | 6 | 22 | 16 | 12 | 7 | 3 |
| | % del ingreso total | 6 | 18 | 14 | 10 | 6 | 3 |

Fuente: CEPAL, Panorama social de América Latina 2005.

^a Solo incluye gasto público en salud.

C. Una población rural, joven, multiétnica y con altos niveles de empleo informal

Los tres países presentan elevados porcentajes de población rural, siendo esta última incluso mayor a la población urbana en Honduras, exactamente idéntica en Guatemala y con preponderancia urbana – pero con altos niveles de ruralidad– en Nicaragua. Debido a la falta de recursos y las distancias entre poblados en las áreas rurales, la afiliación a los seguros de enfermedades y maternidad sólo es obligatoria en los centros urbanos, lo que deja a cerca de la mitad de la población sin posibilidad de acceder a la seguridad social en salud, debiendo descansar en los esfuerzos del sector público y privado sin fines de lucro (organizaciones no gubernamentales, iglesias, etc.). Del mismo modo, destaca el alto porcentaje de población indígena y/o afrodescendiente, que en Guatemala alcanza el 41% (véase cuadro 5). Es importante tener en consideración estos grupos poblacionales pues constituyen históricamente aquellos con peor calidad de vida, menor acceso a recursos para mejorar su bienestar y más bajo desempeño en indicadores de capital humano (Hall y Patrinos, 2006; Psacharopoulos y Patrinos, 1994).

Del punto de vista demográfico –diferentemente de lo que ocurre en muchos países de América Latina– Guatemala, Honduras y Nicaragua se encuentran en una etapa de envejecimiento incipiente. Estos países actualmente cuentan con porcentajes relativamente bajos de adultos mayores, alrededor de 6% de la población total, y con altos porcentajes de menores de 15 años de edad (véase gráfico 1). Sin embargo, las tasas de crecimiento de la población adulta mayor son altas, tanto respecto de la población total como –y de manera más relevante– respecto de la población en edad de trabajar (15-59

años), especialmente en Honduras y Nicaragua. Se espera por lo tanto que en esos dos países los mayores de 60 años alcancen el 17% y el 20% de la población hacia el año 2050, respectivamente¹².

CUADRO 5
POBLACIÓN TOTAL, RURAL, URBANA E INDÍGENA, 2005
(Miles de personas)

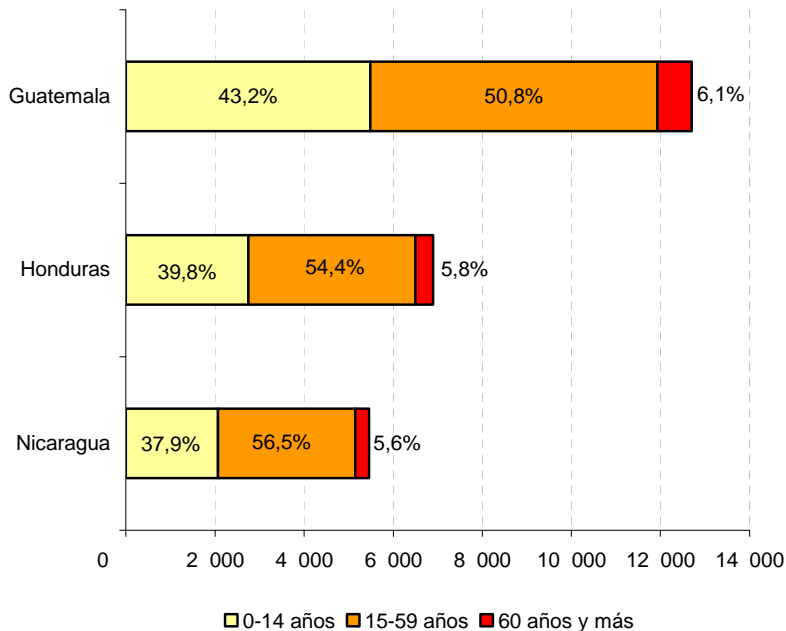
| Países | Total | Rural | Población | | Indígena ^a | % de la población total ^a | Nº de pueblos ^a |
|-----------|--------|-------|-------------------------|--------|-----------------------|--------------------------------------|----------------------------|
| | | | % de la población total | Urbana | | | |
| Guatemala | 12 700 | 6 354 | 50,0 | 6 346 | 4 610 | 41,0 | 22 |
| Honduras | 6 893 | 3 596 | 52,2 | 3 297 | 428 | 7,0 | 8 |
| Nicaragua | 5 457 | 2 347 | 43,0 | 3 110 | 444 ^b | 8,6 | 8 |

Fuente: CEPALSTAT (<http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idAplicacion=1>) y CEPAL, Panorama social de América Latina 2006.

^a Alrededor de 2000.

^b Incluye pueblos indígenas y comunidades étnicas (Creole y Garífunas).

GRÁFICO 1
POBLACIÓN TOTAL Y DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD, 2005



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de CELADE, Base de datos de población, Revisión 2006.

¹² En Guatemala, los adultos mayores en 2050 deberían representar tan solo el 13% de la población total.

La relación entre la población económicamente activa y la población pasiva, menor de 15 años y mayor de 60, refleja cuántos dependientes deben ser financiados por cada persona en edad de trabajar. En 2005, por cada persona en edad de trabajar, en Guatemala, Honduras y Nicaragua había 1,0 1,2 y 1,3 dependientes, respectivamente. Un indicador más preciso de esta relación es el de dependencia formal, que representa el número de dependientes –incluyendo a los inactivos, desempleados y trabajadores informales– por cada trabajador formal. Alrededor de 2006, los dependientes formales eran 8,2 en Guatemala, 8,1 en Honduras y 7,0 en Nicaragua (CEPAL, 2008b). Esto se debe, más que al desempleo, a la baja participación de las mujeres en el mercado laboral y a las elevadas tasas de informalidad. En los tres países, solamente alrededor de cuatro de cada 10 mujeres se insertan en el mercado de trabajo y dos tercios de los trabajadores están ocupados en sectores de baja productividad –con empleos de mala calidad, vinculados con aspectos tales como la inestabilidad laboral, las bajas remuneraciones y la falta de acceso a la seguridad social (véase cuadro 6).

CUADRO 6
TASA DE PARTICIPACIÓN, DESEMPLEO, INFORMALIDAD Y APOORTE A LA SEGURIDAD SOCIAL, TOTAL NACIONAL, AMBOS SEXOS, MUJERES Y HOMBRES, 1990-2006
(En porcentajes)

| País | Año | Tasa de participación | | | Tasa de desempleo | | | Tasa de informalidad ^a | | | Ocupados que aportan a sistemas de seguridad social ^b | | |
|-----------------------------|------|--|---------|---------|--|---------|---------|------------------------------------|---------|---------|--|---------|---------|
| | | (Porcentaje de la población en edad de trabajar) | | | (Porcentaje de la población económicamente activa) | | | (Porcentaje del total de ocupados) | | | (Porcentaje del total de ocupados) | | |
| | | Ambos sexos | Mujeres | Hombres | Ambos sexos | Mujeres | Hombres | Ambos sexos | Mujeres | Hombres | Ambos sexos | Mujeres | Hombres |
| Guatemala | 1989 | 57,7 | 28,4 | 89,9 | 2,1 | 3,3 | 1,7 | 67,2 | 70,7 | 66,0 | ... | ... | ... |
| | 2002 | 68,8 | 48,9 | 90,7 | 3,4 | 4,2 | 2,9 | 68,3 | 75,8 | 63,9 | 17,1 | 15,9 | 17,8 |
| | 2004 | 63,3 | 42,7 | 86,1 | 3,3 | 3,9 | 3,0 | 68,4 | 73,7 | 65,6 | 17,7 | 16,3 | 18,4 |
| Honduras | 1990 | 58,6 | 32,3 | 87,2 | 4,3 | 5,3 | 3,8 | 70,8 | 72,2 | 70,2 | ... | ... | ... |
| | 2002 | 60,1 | 37,7 | 85,0 | 3,9 | 4,7 | 3,6 | 73,7 | 69,4 | 75,8 | ... | ... | ... |
| | 2006 | 60,0 | 39,9 | 82,6 | 3,2 | 4,3 | 2,6 | 67,7 | 64,8 | 69,3 | 19,8 | 25,8 | 16,6 |
| Nicaragua | 1993 | 55,6 | 36,2 | 76,6 | 10,8 | 9,9 | 11,3 | 58,5 | 56,4 | 59,6 | 25,3 | 30,0 | 22,8 |
| | 2001 | 65,5 | 46,1 | 86,2 | 11,0 | 12,7 | 10,1 | 65,7 | 68,2 | 64,3 | 17,6 | 21,1 | 15,6 |
| | 2005 | 63,0 | 43,6 | 84,0 | 4,2 | 4,7 | 3,9 | 66,6 | 68,4 | 65,6 | 17,4 | 22,0 | 14,8 |
| América Latina ^c | 1990 | 60,6 | 40,7 | 82,2 | 5,3 | 6,5 | 4,7 | 55,1 | 60,1 | 52,5 | 51,8 | 52,1 | 51,7 |
| | 2002 | 64,9 | 50,3 | 80,7 | 9,0 | 11,0 | 7,6 | 54,4 | 59,4 | 51,7 | 48,8 | 49,3 | 48,5 |
| | 2006 | 66,3 | 53,2 | 80,7 | 7,4 | 9,4 | 6,0 | 52,3 | 57,4 | 48,6 | 49,6 | 49,5 | 49,8 |

Fuente: CEPAL, Panorama social de América Latina 2008.

^a Corresponde al porcentaje de ocupados en sectores de baja productividad.

^b Las variables utilizadas para la definición del aporte a la seguridad social por parte de los trabajadores ocupados de 15 años y más de edad que declararon ingresos laborales (no incluye trabajadores no remunerados) varían en función de las encuestas de cada país: aporte o afiliación a un sistema de pensiones y/o de salud, a un sistema nacional de seguro social (Guatemala y Nicaragua) y derecho a prestaciones sociales.

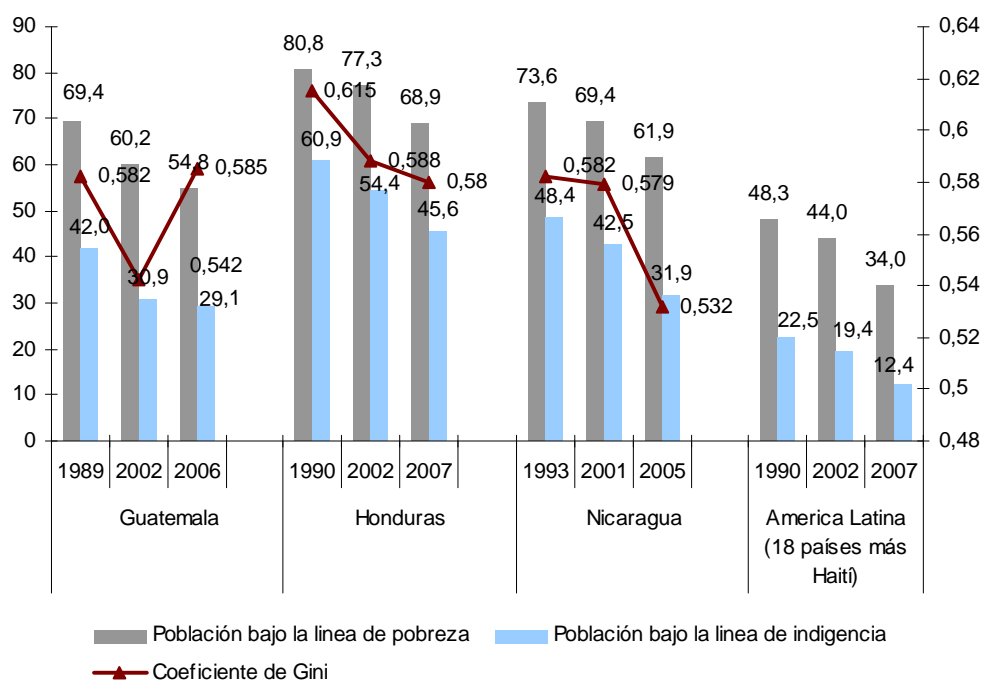
^c El promedio ponderados regional corresponde a 18 países. Argentina: Gran Buenos Aires; Bolivia: ocho ciudades principales; Paraguay: Asunción y departamento central. La tasa de informalidad no incluye a Colombia.

D. Altos índices de pobreza y desigualdad

Los bajos niveles de producto por habitante, sumado a la poca capacidad de focalización de la inversión social en la población más vulnerable, tienen como correlato altos niveles de pobreza e indigencia. Resalta en este sentido el hecho de que en los tres países buena parte de la población se encuentra bajo la línea de la indigencia, lo que llega a un 45,6% en Honduras (2007), al 31,9% en Nicaragua (2005) y al 29,1% en Guatemala (2006)¹³. Honduras y Nicaragua se encuentran además entre los países con peor distribución del ingreso en una región caracterizada históricamente por sus altos niveles de desigualdades.

Cabe destacar, sin embargo, que desde 1990 la incidencia de la pobreza e indigencia ha venido disminuyendo paulatinamente (véase gráfico 2) y que, con la excepción de Guatemala, la desigualdad del ingreso también ha bajado.

GRÁFICO 2
POBREZA, INDIGENCIA Y CONCENTRACIÓN DEL INGRESO, 1989-2007



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de CEPAL, Panorama social de América Latina 2008.

¹³ Nótese que estos datos, así como aquellos presentados en el gráfico 2, se refieren al porcentaje de la población con ingresos inferiores a la línea de indigencia definida por CEPAL (2008b) sobre la base del costo de una canasta básica de alimentos.

E. Grandes desafíos para la educación, salud y nutrición

Educación, salud y nutrición son los principales desafíos de la política social de los tres países y, en todos los casos, expandir el acceso a los servicios básicos es uno de los principales focos de la acción gubernativa.

1. Educación: baja conclusión y grandes brechas

Aunque el nivel de matrícula es relativamente alto –excepto en Nicaragua–, el porcentaje de los niños que completan la educación primaria es bajo, siendo Guatemala el caso más dramático con apenas un 58,3%, seguido por Nicaragua, con un 64,5% y Honduras con un 70,6% (véase cuadro 7).

Si esa es la situación para los niños de hoy, en las generaciones anteriores esto fue más dramático como se puede ver en el cuadro 8, donde se muestra los años de estudio de la población de 25 a 59 años de edad. En la actualidad, ninguno de los países alcanza los ocho años en promedio y las diferencias entre mujeres y hombres (en Guatemala) y entre las zonas rurales y urbanas (en los tres países) son grandes. En Guatemala, en 2006 los hombres de las zonas urbanas promediaron 7,8 años de estudio mientras que las mujeres sólo alcanzaron 6,4 años. En las zonas rurales, los hombres apenas llegaron a 3,2 años de estudio y las mujeres a dos años, lo que es muy bajo comparado con el resto de América Latina. Nicaragua (2005) y Honduras (2007) presentan cifras más elevadas que Guatemala, tanto en las zonas urbanas como en las rurales. No obstante, se debe notar que en los tres países se han realizado esfuerzos sistemáticos para mejorar la educación, pues los años de estudio eran menores a inicios de la década de los noventa.

CUADRO 7
PAÍSES ANALIZADOS: ESTADÍSTICAS EDUCACIONALES, 2005-2006
(En porcentajes)

| | Tasa neta de matrícula en la enseñanza primaria (2006) | Alumnos que culminan la educación primaria según CINE 1997 (2005) |
|-----------|---|---|
| Guatemala | 96,1 | 58,3 |
| Honduras | 97,0 | 70,6 |
| Nicaragua | 91,4 | 64,5 |

Fuente: CEPAL, Panorama social de América Latina 2008.

2. Lentos avances en los indicadores de salud

Una aproximación a los desafíos en salud lo dan los indicadores utilizados para monitorear las metas del Milenio de reducción de la mortalidad materna e infantil. En el cuadro 9 se pueden observar que los tres países estudiados aún mantienen elevados índices de mortalidad materna e infantil y bajos números de partos asistidos por personal especializado, a pesar de haber realizado un esfuerzo importante desde inicios de los años noventa. Algo similar ocurre con los indicadores de prevalencia de enfermedades como el SIDA, paludismo y tuberculosis, que presentan índices superiores a los del resto de América Latina y el Caribe. Tanto la mortalidad materna como la mortalidad infantil y la prevalencia de enfermedades transmisibles están altamente relacionadas con la falta de acceso de la población a centros de salud preventiva y de nivel hospitalario.

CUADRO 8
PAÍSES ANALIZADOS: AÑOS DE ESTUDIO DE LA POBLACIÓN DE 25 A 59 AÑOS DE EDAD,
SEGÚN SEXO, ZONAS URBANAS Y RURALES, 1989-2007
(En porcentajes)

| País | Año | Zonas urbanas | | | Zonas rurales | | |
|-----------|------|---------------|---------|---------|---------------|---------|---------|
| | | Ambos sexos | Mujeres | Hombres | Ambos sexos | Mujeres | Hombres |
| Guatemala | 1989 | 5,6 | 4,9 | 6,4 | 1,5 | 1,1 | 1,9 |
| | 1998 | 6,5 | 5,8 | 7,2 | 1,9 | 1,4 | 2,4 |
| | 2006 | 7,0 | 6,4 | 7,8 | 2,5 | 2,0 | 3,2 |
| Honduras | 1990 | 6,4 | 6,1 | 6,8 | 2,5 | 2,4 | 2,6 |
| | 1999 | 7,3 | 7,1 | 7,6 | 3,5 | 3,6 | 3,5 |
| | 2007 | 7,9 | 7,8 | 7,9 | 3,9 | 3,9 | 3,8 |
| Nicaragua | 1993 | 6,4 | 6,0 | 6,8 | 2,4 | 2,3 | 2,4 |
| | 1998 | 7,0 | 6,6 | 7,4 | 3,2 | 3,2 | 3,2 |
| | 2005 | 7,8 | 7,7 | 8,0 | 3,2 | 3,2 | 3,3 |

Fuente: CEPAL, Panorama social de América Latina 2008.

CUADRO 9
PAÍSES ANALIZADOS: INDICADORES DE SALUD, 1990-2007

| | Tasa de mortalidad infantil por cada 1.000 nacidos vivos | | Tasa de mortalidad materna (100.000 n.v.) | Partos con asistencia de personal sanitario especializado | |
|----------------------------|--|------|---|---|--|
| | 1990 | 2007 | 2005 | 2000 | |
| Guatemala | 60,4 | 31,0 | 290 | 41 | |
| Honduras | 47,7 | 28,5 | 280 | 56 | |
| Nicaragua | 55,7 | 22,0 | 170 | 67 | |
| América Latina y el Caribe | 41,9 | 21,4 | 126 | 85 | |

| | Tasa de prevalencia del VIH/SIDA en la población entre 15 a 49 años | | Tasa de prevalencia del paludismo por cada 100.000 habitantes | Tasa de prevalencia de la tuberculosis por cada 100.000 habitantes | |
|----------------------------|---|------|---|--|------|
| | 2001 | 2007 | 2000 | 1990 | 2006 |
| Guatemala | 1,1 | 0,8 | 386 | 154 | 104 |
| Honduras | 1,6 | 0,7 | 541 | 181 | 95 |
| Nicaragua | 0,2 | 0,2 | 402 | 241 | 74 |
| América Latina y el Caribe | 0,6 | 0,6 | 217 | 155 | 68 |

Fuente: CEPAL, Panorama social de América Latina 2008 y Panorama social de América Latina 2007.

3. La desnutrición infantil

La desnutrición es una enfermedad causada como resultado de una ausencia o deficiencia en la dieta de uno o más nutrientes esenciales. Si bien puede presentar un estado crítico que puede llevar a la ceguera, la discapacidad mental o la muerte, puede presentarse en una fase no crónica, donde las complicaciones asociadas a la desnutrición pueden verse fatalmente ignoradas (Schongard, 2008). La desnutrición crónica comienza desde la concepción y tiene efectos irreversibles en todos los que la padecen, así como impactos innegables en el desarrollo de los países, ya que se establece un ciclo continuo de enfermedad y desnutrición. Niños desnutridos sufren déficit en el desarrollo cognitivo, en la estatura y en la fuerza física, lo que no sólo aumenta sus riesgos de salud, pero también afecta su desarrollo escolar y productivo como adulto. La desnutrición infantil está estrechamente ligada a la pobreza, los bajos niveles de escolaridad y la falta de acceso a servicios de salud, y proviene de las carencias que experimentan los sectores más vulnerables.

En el continente hay más de 4,1 millones de niños y niñas menores de cinco años con bajo peso y 8,8 millones que muestran un crecimiento reducido, equivalentes al 15,4% del total de niños. Según estadísticas sobre el cumplimiento de la meta del Milenio en materia del hambre, Guatemala y Honduras no están progresando lo suficiente en la reducción a la mitad de la desnutrición global y, juntos a Nicaragua, probablemente no lograrán reducir la tasa de subnutrición a la mitad al 2015 (CEPAL, 2007b).

En Guatemala, según la encuesta de demografía y salud del 2002, el 46,4% de los niños y niñas menores de cinco años sufría de desnutrición crónica (entre los indígenas, el 70% de niños/as). En total, en 2002 Guatemala tenía más de un millón de niñas y niños afectados por esta enfermedad (SESAN, 2008). La situación es también preocupante en Honduras, donde el 27,4% de los niños menores de cinco años sufre de desnutrición crónica, el 17% tiene peso inferior a la media y el 14% de los niños tiene un peso inferior a la media al nacer. En total se estima que el 20% de la población hondureña está desnutrida (Schongard, 2008). En Nicaragua, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) de 2006/2007, la desnutrición crónica en los niños menores de cinco años es del 17%. Entre los escolares de primer grado, el 27,2% sufre desnutrición crónica, pero en algunos municipios de la zona seca y de las regiones autónomas supera el 50%.

F. Trabajo infantil

Por último, otro rasgo que caracteriza a los tres países estudiados es el trabajo infantil. El trabajo infantil es un problema que afecta más gravemente mientras mayores niveles de pobreza vivan los niños. Es uno de los elementos más importantes en la perpetuación de la transmisión intergeneracional de la pobreza, porque la educación de los niños se ve truncada, su salud afectada, así como sus derechos a una vida digna. En Guatemala los índices son muy elevados para todos los grupos de edades y con mayor prevalencia entre los niños que entre las niñas. Honduras y Nicaragua también presentan este problema, pero con niveles inferiores a los de Guatemala (véase cuadro 10).

CUADRO 10
PAÍSES ANALIZADOS: TASAS DE TRABAJO INFANTIL DE LA POBLACIÓN DE
CINCO A 14 AÑOS, POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO, 2000-2002
(En porcentajes)

| | Año | Tramos de edad | | | | | | | | |
|-----------|------|----------------|---------|---------|------------|---------|---------|-----------|---------|---------|
| | | De 5 a 11 | | | De 12 a 14 | | | De 5 a 14 | | |
| | | Total | Hombres | Mujeres | Total | Hombres | Mujeres | Total | Hombres | Mujeres |
| Guatemala | 2000 | 8,9 | 11,4 | 6,3 | 34,5 | 45,5 | 23,2 | 16,1 | 21,0 | 11,1 |
| Honduras | 2002 | 4,0 | 5,8 | 2,2 | 22,2 | 32,5 | 11,7 | 9,2 | 13,3 | 5,0 |
| Nicaragua | 2000 | 5,9 | 8,5 | 3,3 | 21,2 | 30,6 | 11,3 | 9,9 | 14,4 | 5,4 |

Fuente: Sauma, Pablo (2007): Trabajo infantil: causa y efecto de la perpetuación de la pobreza, San José: OIT (Organización Internacional del Trabajo), p. 51.

Desde el punto de vista de género, los niños están más expuestos al trabajo infantil remunerado fuera del hogar, como lo muestran las cifras, pero las tareas domésticas las realizan principalmente las niñas, ya sea en hogares propios o ajenos. Estas labores también son consideradas una forma de trabajo infantil que viola sus derechos, las exponen a riesgos de salud física y mental, abuso sexual y accidentes laborales. Según un estudio de CEPAL y UNICEF (2009), en la mayoría de los países la proporción de niñas que dice dedicarse principalmente a los quehaceres domésticos más que triplica a los niños. Guatemala es el país con más niñas dedicadas al trabajo doméstico (14,4%), seguido por Honduras (10,3%), Nicaragua (9,8%) y El Salvador (6,7%). La cultura muchas veces considera como normales estas labores y así, invisibiliza el problema, dificultando su erradicación.

III. Guatemala

A. Contexto socioeconómico e institucional

Guatemala es un país complejo, en el que existe una enorme diversidad de etnias y culturas, las que suman más de veinte idiomas vivos. Hasta los Acuerdos de Paz de 1996, Guatemala vivió un período de intensas guerras internas que frenó su desarrollo y sumió en la pobreza a más de la mitad de su población. Con los Acuerdos, se inicia un período de paz desconocido hacía más de treinta años en el país. Estos Acuerdos constituyen un punto de inflexión respecto a la prioridad de la política social de Guatemala, la que había estado ausente de la preocupación pública. Los objetivos de desarrollo del Milenio (ODM) refuerzan esta preocupación por parte del Estado y se inicia una reflexión que se plasma prioritariamente en la creación de fondos de desarrollo social. Entre ellos, el más emblemático es el Fondo Nacional para la Paz (FONAPAZ).

Desde entonces, las distintas administraciones de gobierno han establecido programas y estrategias para la reducción de la pobreza: en 2001 se implementó la estrategia de reducción de la pobreza “el Camino de la Paz” y en 2004 se lanzó la estrategia de reducción de pobreza “Guate Solidaria Rural”. Actualmente se está implementando el programa de transferencias monetarias con corresponsabilidad “Mi Familia Progresá” (MFP).

Gracias a la restauración de la paz, Guatemala ha mostrado una fuerte reducción de la pobreza e indigencia. A principios de los noventa contaba con un 70% de personas viviendo bajo la línea de la pobreza y un 42% en la extrema pobreza, mientras que en 2006 la población que vive bajo la línea de la pobreza bajó a 55% y bajo la línea de extrema pobreza al 30% (véase gráfico 2)¹⁴.

¹⁴ Estos son datos calculados por CEPAL (2008b) a través del método de ingresos, que difieren de los datos nacionales arrojados utilizando el método del gasto. Según datos nacionales, en el año 2000 el 56,2% de los guatemaltecos vivía en pobreza y el 15,7% en pobreza extrema. En 2006, la pobreza había bajado al 51% de la población y la pobreza extrema al 15,2%. Tanto para el cálculo de los datos de la CEPAL como para los datos nacionales se utilizó la Encuesta Nacional sobre Condiciones de Vida (ENCOVI) de 2006. Para el año 1989, la CEPAL utilizó la Encuesta Nacional Socio-Demográfica, mientras que para los datos nacionales del 2000, se utilizó la ENCOVI de ese año.

Sin embargo, uno de los problemas más serios y persistentes que enfrenta Guatemala en el ámbito social es la desnutrición infantil, tanto crónica (baja talla para la edad) como global (bajo peso para la edad). Entre los efectos más severos que genera la desnutrición está la menor capacidad de aprendizaje, dado que los niños tienen problemas para la concentración, lo que repercute en su rendimiento en los estudios y, una vez adultos, en su productividad. El costo estimado de la desnutrición global en Guatemala –por sus efectos sobre la salud, educación y productividad de la población– para el año 2004 fue de 3.128 millones de dólares (Martínez y Fernández, 2007). Para enfrentar seriamente el problema, la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia (SESAN, 2008) estima que se requiere una inversión de alrededor de 200 millones de dólares anuales, monto significativamente menor a los ahorros que generaría el avanzar hacia el logro de la meta 3 de los ODM, de disminuir a la mitad la tasa de desnutrición global de 1990 para el año 2015. Guatemala ha venido trabajando en una estrategia de seguridad alimentaria y el desarrollo de una institucionalidad que le permita afrontar estos desafíos. Los pilares básicos de la estrategia de seguridad alimentaria son la disponibilidad, acceso, aceptabilidad del consumo y utilización biológica de los alimentos. Factores económicos, geográficos y culturales inciden en estos pilares, por lo que se deben enfrentar simultáneamente, para asegurar el éxito de la estrategia (SESAN, 2008).

A noviembre de 2008, los programas sociales de la actual administración totalizaban 176,8 millones de quetzales (23 millones de dólares), equivalentes al 0,4% del presupuesto de gastos del gobierno. El presupuesto asignado al programa MFP fue Q. 144 millones (18 millones de dólares). De los restantes Q. 32,8 millones, Q. 4,3 millones se invirtieron en el Programa de Comedores Solidarios, Q. 10,1 millones en el programa de Bolsas Solidarias y Q. 18,4 en el Programa de Escuelas Abiertas.

1. Instituciones sociales

Guatemala no cuenta con un Ministerio de desarrollo social, aunque existe un proyecto de reforma del Estado que prevé su creación¹⁵. Por lo tanto, el Consejo de Cohesión Social y el Gabinete Social representan en la actualidad las principales instituciones de coordinación del área social. El Consejo de Cohesión Social representa el mecanismo de coordinación de la estrategia de reducción de la pobreza extrema del país¹⁶ y se planteó como una instancia temporal, mientras que el Gabinete Social está encargado de las reformas y transformaciones necesarias para que los recursos de los ministerios puedan invertirse directamente a favor de la población más necesitada. El Consejo de Cohesión Social es coordinado desde la Presidencia de la República por la Primera Dama.

A fines de planificación de la política social, el Consejo de Cohesión Social reúne al Ministerio de Educación (MINEDUC), el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), SESAN y la Secretaría de Obras Sociales (SOSEP) a cargo de la Esposa del Presidente. Las entidades ejecutoras son la Secretaría de Coordinación Ejecutiva de la Presidencia (SCEP) –de la cual dependen administrativamente los programas Mi Familia Progresá y Creciendo Bien–, el Instituto Nacional de Electrificación (INDE) del Ministerio de Energía y Minas (MEM), FONAPAZ, el Ministerio de Comunicaciones, Infraestructura y Vivienda (MICIVI), el Ministerio de Agricultura y Ganadería y el Ministerio de Economía.

Se prevé que el Consejo de Cohesión Social revise sus quehaceres y unifique algunos de los fondos existentes, para racionalizar y hacer más coherente la política social. En la actualidad existen siete Fondos, que cuentan con una estructura y recursos propios: i) FONAPAZ; ii) Fondo de Inversión Social (FIS); iii) Fondo guatemalteco de la vivienda (FONGUAVI); iv) Fondo nacional para la

¹⁵ Asimismo existe un proyecto de creación de un Ministerio de la Presidencia –que aun no tiene estructura profesionalizada y formal– para darle una estructura gerencial al trabajo del Presidente.

¹⁶ El Consejo de Cohesión Social fue presentado en uno de los primeros discursos del Presidente de Guatemala, Álvaro Colom, quien postuló la necesidad de iniciar acciones que cambien y modifiquen el actuar de la administración pública, abordando en particular el tema social.

reactivación y modernización de la actividad del sector agropecuario (FONAGRO); v) Fondo de tierras (FONTIERRAS); vi) Fondo de desarrollo indígena guatemalteco (FONDIGUA); y vii) Fondo guatemalteco del medio ambiente (FOGUAMA).

En el 2002 se tomaron medidas importantes para la gestión descentralizada del Estado: se aprobaron la Ley General de Descentralización y la Ley de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural (Mazariego Rodas, 2008). A partir de la segunda, se creó el Consejo Nacional de Desarrollo Urbano y Rural (instancia de definición de planes de desarrollo que dirige el Presidente) y se crearon 22 Comités de Desarrollo Departamental (CODEDES), uno por cada Departamento, 333 Comités de Desarrollo Municipal (COMUDES), uno por cada Municipio, y miles de Comités Comunitarios de Desarrollo (COCODES) en las distintas comunidades del país. Estas instancias canalizan la participación ciudadana desde los territorios hacia el nivel central, a través de sus directivos elegidos democráticamente. El desarrollo de estas instancias y su coordinación con el programa MFP será crucial para el éxito del mismo.

En lo que sigue se describe el programa MFP, con información actualizada a octubre del 2008. Luego, se presentan algunos rasgos de los sistemas de educación y salud y su aporte al programa, así como un breve análisis de las fortalezas y debilidades de MFP.

B. El programa Mi Familia Progresá (MFP)

El programa MFP nace de un diagnóstico de elevada pobreza, alta desnutrición, elevado porcentaje de muertes materno-infantiles y bajos niveles educativos de la población en el medio rural. MFP busca por tanto mejorar a través de un apoyo económico las condiciones de vida de las familias en extrema pobreza –con niños de 0 a 15 años– para que puedan invertir en salud, educación y nutrición. En particular, se busca mejorar el estado educacional en los niños entre seis y 15 años y brindar el apoyo económico para que puedan terminar por lo menos la escuela primaria. En lo que respecta a salud y nutrición, no sólo se persigue mejorar las condiciones de los niños sino también la de las madres gestantes. En la primera etapa del programa, que comenzó en abril de 2008, se cubrieron alrededor de 45 municipios, principalmente del occidente –con mayoría indígena– pero también del oriente y norte del país (República de Guatemala, 2008). A fines de 2009, se planifica llegar a un total de 125 municipios, que son los más pobres de los 333 municipios del país, cubriendo también el noroccidente del país.

MFP deriva de una fuerte voluntad política de emprender acciones concretas de combate a la pobreza, pero sin tener una preparación satisfactoria: sin diseño acabado, sin estructura formal de trabajo, ni presupuesto propio. La SCEP acoge administrativamente al programa, que cuenta con financiamiento de varias reparticiones públicas para los diversos tipos de gastos. Durante el 2008, los recursos para MFP salieron de los presupuestos del MINEDUC, MSPAS y de la misma SCEP. En ese año, las transferencias monetarias representaron el 60% del gasto; el censo especial (véase la siguiente sección) el 30% y los gastos de operación (recursos humanos, logística de pagos, mobiliario y equipo) el 10% (República de Guatemala, 2008).

En febrero de 2009 se firmó un crédito del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) por un total de 200 millones de dólares, destinados a consolidar el programa MFP y mejorar la capacidad de respuesta de la oferta de servicios públicos en los sectores de educación (a través del nuevo programa “Mi Escuela Progresá”), salud y nutrición ante el aumento de demanda estimado por la implementación del PTC.

1. Mecanismos de focalización

En el periodo de gobierno 2004-2007, la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN) priorizó las acciones de política social en 41 municipios en base a un índice de vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria y nutricional¹⁷. Esta priorización se mantuvo en el actual período de gobierno y se complementó con un análisis de mapas de pobreza¹⁸. El programa Mi Familia Progresá (MFP) ha iniciado sus acciones en 45 municipios priorizados para la primera fase y 80 para la segunda fase de implementación.

Para detectar a las familias beneficiarias de MFP, se ha realizado un censo especial en los municipios seleccionados¹⁹. El cuestionario ha recolectado variables como el material de las paredes, el tipo de piso y techo de la vivienda, el acceso al agua potable, el saneamiento básico, la electricidad, el hacinamiento, la relación de dependencia en las familias y otras.

Asimismo, se ha elaborado un algoritmo basado en los niveles de gasto en consumo de las familias, como comprobación de medios (*proxy means test*), de manera de clasificar las familias por prioridad en base a su nivel de consumo. Sin embargo, aún no existe un registro de beneficiarios sistematizado. El programa utiliza una base de datos que registra toda la información sobre las familias beneficiarias y emite los listados de aquellas familias que tienen derecho a recibir la transferencia cada dos meses²⁰.

2. Componentes del programa

El programa actualmente otorga dos tipos de transferencias, una para salud y nutrición y otra para educación, que no son excluyentes entre sí. Las transferencias se entregan directamente a las mujeres, con la intención de que ellas utilizarán de mejor manera los recursos, invirtiéndolos para el bienestar de su familia (República de Guatemala, 2008). El bono de salud y nutrición es de 150 quetzales (20 dólares) mensuales para las familias con hijos menores de seis años, y el bono de educación es de 150 quetzales mensuales para apoyar a las familias con al menos un hijo entre seis y 15 años de edad (ver cuadro 11).

Las familias beneficiarias firman un convenio de corresponsabilidad con el programa MFP, lo que implica registrarse en el centro o puesto de salud más cercano y que los niños asistan a la escuela. Para recibir las transferencias monetarias, las madres beneficiarias deben llevar a sus hijos menores de seis años a todos los controles de salud que exige el protocolo de salud preventiva. Las embarazadas y las madres con hijos lactantes deben asimismo someterse a los controles de embarazo y puerperio correspondientes. En dichos controles se entrega un complemento alimenticio que apunta a mejorar la nutrición, Vitacereal. El componente de educación consiste en que los niños y niñas menores de 15 años tengan por lo menos el 80% de asistencia a las clases por mes. Las familias deben también asistir a las capacitaciones en salud y educación que el programa impulsa como parte de las corresponsabilidades. Según el diseño original del programa, la ayuda a una familia se cancelaría cuando se incumple tres veces a las corresponsabilidades (República de Guatemala, 2008).

Las transferencias se entregan en dinero efectivo a las madres de familia, cada dos meses, en un acto público convocado por el alcalde y las organizaciones sociales involucradas. El Banco de Desarrollo Rural (BANRURAL) es el que realiza los pagos y garantiza la transparencia del proceso, al establecer

¹⁷ Elaborado por el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y el Ministerio de Agricultura Ganadería y Alimentación (MAGA) en el año 2002.

¹⁸ Elaborados en base a información del censo nacional de población del año 2002 y la ENCOVI del 2000.

¹⁹ Los potenciales beneficiarios que no fueron censados en los municipios seleccionados pueden solicitar una revisión de su caso (República de Guatemala, 2008).

²⁰ Disponible en Internet en el sitio del programa: www.mifamiliaprogesa.gob.gt.

que las beneficiarias son las únicas con la facultad de retirar el monto de las transferencias en efectivo (República de Guatemala, 2008). Para identificar a las beneficiarias, se pide la cédula de vecindad²¹.

CUADRO 11
COMPONENTES Y BONOS DEL PROGRAMA MI FAMILIA PROGRESA

| Población objetivo | Componentes de capital humano, corresponsabilidades y bonos (año del monto del bono) ^a | |
|---|---|--|
| | Educación | Salud, alimentación y nutrición |
| Familias en extrema pobreza con niños/as de hasta 15 años y/o mujeres embarazadas | Asistencia a la escuela (80% de asistencia) Asistencia capacitaciones en educación | Asistencia controles médicos Asistencia capacitaciones en salud |
| | US\$20 por familia/mes (2008) | US\$20 por familia/mes (2008) |

Fuente: Elaboración propia en base a sitio web oficial: <http://www.mifamilliaprogesa.gob.gt>.

^a Dólares de cada año; Conversión hecha en base a serie "rf" del Fondo Monetario Internacional.

3. Control de las corresponsabilidades

El control de las corresponsabilidades es un tema aún no resuelto. Para la recepción del primer pago, las familias firman un convenio de ingreso al programa. Con esos convenios se confeccionaron las primeras planillas para la entrega de apoyos y se enviaron a los COMUDES, quienes las hicieron llegar a los COCODES. Para el segundo pago, las madres de familia deben llevar un formulario de inscripción y verificación de datos firmados por la escuela y el centro de salud. Se estima que son ambos sectores los que deberán hacerse cargo de controlar las corresponsabilidades.

Para hacer el seguimiento de las corresponsabilidades de las familias así como para resolver dudas y entregar información sobre el programa, se han formado equipos de “promotores locales”. Los promotores, que cuentan con enseñanza media, también revisan casos de inclusión o exclusión del programa y brindan apoyo logístico en los eventos de pagos. Asimismo, se están conformando Comités Municipales de Coordinación Local, con la participación de los promotores y miembros de los sectores de educación y salud para apoyar la coordinación del programa.

4. Reglas de egreso

Por el momento, las reglas de egreso las constituyen las edades de los niños de las familias beneficiarias. Para el caso de los controles de salud, al cumplir seis años y en educación, al cumplir 15. Para las madres, al salir del puerperio. Se está discutiendo la idea de re-certificar a las familias participantes cada tres a cinco años, o cuando el niño cumpla la edad de salida.

²¹ La cédula de vecindad es el documento de identidad, que en Guatemala se emite sólo a partir de los 18 años.

5. Sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación de impacto

El sistema de monitoreo de MFP está en diseño. En principio, serán los sectores de educación y salud quienes, como parte de su proceso de provisión de servicios, deberán hacer un informe respecto de las familias del programa. Este informe será recogido por los supervisores de MFP y dirigido a los representantes departamentales del programa. Ellos, a su vez, lo elevarán a la instancia nacional, quien consolidará y elaborará los listados de beneficiarios que cumplen las condiciones para recibir la próxima transferencia monetaria. Asimismo, se espera contar con una evaluación de impacto, para lo cual está en diseño la línea de base; ésta se aplicará a los municipios que ingresen al programa hacia fines del año 2008²².

6. Institucionalidad, organización y gestión

MFP es coordinado por el Consejo de Cohesión Social; depende administrativamente de la SCEP y políticamente de la SOSEP de la Primera Dama. MFP tiene un Consejo Directivo integrado la SCEP, la SOSEP, el MINEDUC, EL MSPAS, la Secretaría de Salud Alimentaria y Nutricional (SESAN) y el Ministerio de Finanzas. Cuenta además con dos Consejos Técnicos, uno de salud y otro de educación.

La Dirección Ejecutora del programa tiene una estructura pequeña, con una dirección y siete subdirecciones: administrativa-financiera, recursos humanos, auditoría interna, asesoría jurídica, tecnologías de la información –que está a cargo de la generación del registro de beneficiarios–, implementación de procesos –que vela por el despliegue del programa en los municipios priorizados–, y monitoreo y evaluación (República de Guatemala, 2008).

El programa es esencialmente uno de coordinación interinstitucional. El gran reto es dinamizar al MINEDUC y el MSPAS para que vayan poniendo al día su oferta institucional en la medida que el programa va cubriendo los municipios priorizados²³. Sin embargo, aún no ha habido recursos para fortalecer la oferta de servicios.

C. Vínculos de MFP con los sectores salud y educación

1. Salud

En 1995, el 46% de los guatemaltecos no tenía acceso a servicios de salud. A partir de los Acuerdos de Paz, en 1996, comienza un proceso importante de alianzas del sector público con el privado para aumentar la cobertura (ver recuadro 6). El aporte del MSPAS al programa MFP consiste en el reforzamiento de los puestos y centros de salud de los municipios focalizados. Para reforzar los puestos de salud, se está aumentando su personal en 14 Municipios –y luego en todos los 45 Municipios de la primera etapa– con un médico ambulatorio, una enfermera profesional, un auxiliar de enfermería, dos educadores y un facilitador comunitario. Asimismo, los puestos de salud se están dotando de vehículos para visitar a las comunidades alejadas una vez por mes y así transportar el Vitacereal para el componente de nutrición de MFP. También se dotarán de mayores recursos los centros de salud, para enfrentar la mayor demanda. Estos pasarán de atender de lunes a viernes durante ocho horas a atender todos los días de la semana, las 24 horas del día.

²² El estudio será dirigido por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de México y contará con el apoyo del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) y del Instituto Nacional de Estadística (INE) de Guatemala (República de Guatemala, 2008).

²³ El gobierno estima por ejemplo que con el impulso de MFP en los 45 municipios priorizados la matrícula aumentará en un 47%.

Los servicios de salud también se involucrarán en otras actividades de MFP: entregarán el protocolo de atención a cada miembro de la familia de edades entre 0 y 15 años y a las madres embarazadas o lactantes. Los facilitadores comunitarios tendrán que llevar el control de la corresponsabilidad de las familias participantes en el programa.

RECUADRO 6

SERVICIOS DE SALUD EN GUATEMALA

A partir de los Acuerdos de Paz de 1996, se inicia un proceso de alianzas entre el MSPAS y las ONG para mejorar el acceso a los servicios de salud en las comunidades con altos índices de pobreza. Esto se hizo mediante el Programa Extensión de Cobertura (PEC), a través del cual el MSPAS ha contratado a ONG especializadas, las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS), para proveer servicios básicos de salud bajo las normas y protocolos de competencia profesional del Ministerio. El PEC ha evolucionado desde un programa de atención a la demanda curativa hacia un programa de prevención y promoción de la salud, con la participación activa de la población local. Se focaliza en las comunidades rurales que no tienen acceso a los servicios de los puestos y centros de salud y sus servicios están dirigidos especialmente hacia la población más vulnerable, siendo la materno-infantil la prioritaria.

En junio de 1999, la extensión de cobertura llegó a 3,5 millones de habitantes, lo que representaba un 77% de la población previamente no cubierta (SIAS, 2000) y en la actualidad, se ha llegado a 4,6 millones de personas, abarcando casi la totalidad de la población (CONEC, 2008).

Uno de los principales resultados que las PSS pueden mostrar es que las actividades preventivas reducen el gasto de las familias y del Estado en servicios curativos. Asimismo, gracias a la entrega de servicios con enfoque preventivo y perspectiva intercultural, se ha logrado una mayor aceptación de servicios preventivos como la vacunación, los controles de embarazo y postnatales, y el espaciamiento de embarazos (Estudio USAID, citado en CONEC 2008). El conjunto de servicios básicos de salud normados por el MSPAS y que prestan las PSS incluye la atención a niños y mujeres, la entrega de Vitacereal, la promoción y educación en salud, la realización de demostraciones de preparación de alimentos, así como la atención a la demanda por morbilidad y urgencias.

El PEC ha contribuido en reducir los índices de mortalidad materno infantil y constituye un programa costo efectivo, ya que con el 10% del presupuesto del MSPAS, las PSS atienden al 30% del total de la población de país (CONEC, 2008). El costo per cápita del conjunto de servicios básicos, expresado en estándares del mercado internacional es de 14,59 dólares. Este costo en Guatemala se redujo a 8,50 dólares (SIAS, 2000) y en la actualidad es de aproximadamente 12-14 dólares por persona por año.

En 2008, el MSPAS programó un presupuesto para la extensión de la cobertura de Q. 298,6 millones pero le fueron asignados Q. 229.9 millones (0,5% del presupuesto). Según la Coordinadora Nacional de Organizaciones de Extensión de Cobertura, (CONEC, 2008), para mantener la calidad de los servicios del PEC se necesitaría un presupuesto de Q. 346,4 millones (equivalente al 0,8% del presupuesto). Esta ampliación de recursos se requiere para el incremento de medicamentos e insumos, transporte y materiales, personal comunitario y personal institucional.

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de CONEC (2008) y SIAS (2000).

2. Educación

En el ámbito educativo, uno de los objetivos estratégicos del actual gobierno es la “equidad integral”, que consiste en favorecer a la población que vive en pobreza y extrema pobreza. Las becas y bonos escolares que se entregaban a niños y niñas antes del lanzamiento de MFP, han sido por lo tanto

incorporadas en ese programa, focalizándolas en los más pobres²⁴. El financiamiento del bono de educación de MFP proviene del MINEDUC (MINEDUC, 2008; República de Guatemala, 2008).

Cabe también destacar que con en el préstamo del BID de febrero de 2009 se apoyará el nuevo programa Mi Escuela Progresa que incluye un eje específico orientado a fortalecer la educación bilingüe en los niveles de educación preescolar y primaria. Éste incluye la elaboración de pruebas, textos escolares y materiales en lengua Maya; la contratación de docentes bilingües (al menos en el 60% de los casos); su capacitación permanente en lectoescritura y matemáticas con enfoque bilingüe; así como la focalización de la inversión en infraestructura (construcción de escuelas) de manera tal que al menos atiendan un 60% de alumnos indígenas. Estas medidas son particularmente importantes, considerando que, de acuerdo al censo de 2002, en Guatemala existe una grande brecha entre la tasa de asistencia a la escuela de los niños y niñas indígenas de seis a 11 años (81%) y los no indígenas (89,1%) (Del Popolo y Oyarce, 2006, p. 60).

D. Fortalezas y debilidades de MFP

La prioridad política es una de las principales fortalezas que se detectan para el programa MFP. La conformación de un Consejo de Cohesión Social de alto nivel, donde se discuten intersectorialmente las acciones contra la pobreza, se establecen las coordinaciones entre los sectores y se asignan los recursos, es indudablemente una medida que va en la dirección correcta. Las experiencias de países como México y Chile han demostrado que sin ese ingrediente, es muy difícil llevar a cabo programas de alto impacto. Guatemala cuenta con este activo y uno de los desafíos será mostrar resultados para que el programa logre continuidad en el tiempo.

Como fortaleza es destacable también el hecho que el sector salud se ha comprometido con recursos propios, entusiasmo y alargamiento de las jornadas laborales para aumentar la cobertura hacia los sectores priorizados. El MSPAS ha elaborado estrategias para aumentar la cobertura mediante su estructura descentralizada de atención en los Centros de Salud a nivel distrital, hasta llegar a los Puestos de Salud, a nivel municipal. La coordinación con el sector educación ha sido hasta el momento menos exitosa, aunque el préstamo del BID para fortalecer la infraestructura del sector educación a través del programa “Mi Escuela Progresa” es una oportunidad para fortalecer los vínculos. Este programa además permite fortalecer las capacidades locales a nivel de la escuela para poder hacer frente a las necesidades de una educación intercultural bilingüe. Lo anterior permitirá asegurar la transmisión intergeneracional de capital humano a través de la activa incorporación de las niñas y niños indígenas al sistema educacional.

Y, aunque es una característica común de los PTC, es digno de destacarse como fortaleza, el papel protagónico que adquiere la mujer en esta estrategia de reducción de la pobreza, dada la tradicional postergación que ella ha tenido en la sociedad rural guatemalteca.

Respecto de las debilidades, se detecta una cierta fragilidad institucional para hacer frente a los requerimientos necesarios para asegurar los servicios sociales. La elevada presión política por implementar un proyecto inacabado conspira en contra de la necesidad de institucionalización para que la oferta de salud y educación, que no estaba preparada, pueda ponerse a tono. El programa se inició llevando recursos en efectivo a la población priorizada, sin un aumento de prestaciones de educación y salud, lo que puede generar un precedente de difícil reversión cuando se llegue a implementar el control de las corresponsabilidades. Y en cuanto al mecanismo de entrega de recursos,

²⁴ Según cifras publicadas por CEPAL (2007b), en el año 2000 el 48% del gasto en becas se orientó hacia los escolares pertenecientes al quintil más rico de la población, convirtiéndolo en una de las partidas de gasto social más regresivas.

la modalidad de repartición de efectivo en eventos masivos es muy politizable. Estos elementos también debilitan el apoyo que pueda obtener el programa entre las fuerzas políticas opositoras y puede constituirse en una amenaza a su continuidad en una próxima administración.

Otra debilidad que ha causado problemas políticos y de imagen la constituye la ausencia de mecanismos de fiscalización del uso de recursos, al menos en los primeros meses de su implantación. Ello, sumado a la discrecionalidad de los gastos del programa, al no usar procedimientos establecidos en el resto de la administración pública.

El instrumento de selección de beneficiarios ha cambiado su diseño y a fines del 2008 aún no cuenta con el diseño definitivo. Probablemente esto es una de las causas del lento avance en el censo para seleccionar beneficiarios. Por último, la ausencia de una línea de base para evaluaciones posteriores puede perjudicar sus posibilidades de evaluación posterior.

3. Recomendaciones para MFP

- Dado que la desnutrición es uno de los grandes desafíos de la sociedad guatemalteca, merece un particular esfuerzo la concertación de la estrategia de reducción de la misma, con el programa MFP. Si bien no se puede esperar que un PTC resuelva todos los problemas de nutrición de un país, se recomienda analizar cuál sería la forma más efectiva de incluir a este programa dentro de la estrategia más amplia para combatir la desnutrición (Garrett, Bassett y Marini, 2009). Asimismo, considerando que los programas de alimentación infantil a través de las escuelas son de alto impacto, su reforzamiento podría convertirse en un eje de las políticas del área de seguridad alimentaria.
- El carácter multiétnico y multicultural del pueblo guatemalteco, así como las diferencias territoriales, hace aconsejable escuchar y hacer partícipes de los diseños de políticas sociales a sus representantes, a fin de armonizar las corresponsabilidades con sus culturas y tradiciones y asegurar así el éxito del programa. Asimismo, capacitar del personal que implementa MFP desde un enfoque de pertinencia étnica para la intervención y trabajo con pueblos indígenas.
- Reflexionar para el mediano plazo, en qué aspectos estará el foco de MFP, si en la provisión de las transferencias o el aumento de la oferta de servicios sociales de educación y salud, para así llegar a los consensos básicos que se necesita para la obtención de mayores recursos para los sectores.
- Parece urgente la implementación de mecanismos de control de las corresponsabilidades. Si ello no ocurre a corto plazo, el programa se desnaturalizará y será difícil implementarlas más adelante.
- Como una manera de elevar el nivel de educación de las mujeres, que en Guatemala es muy inferior al de los hombres, y de las mujeres indígenas en particular, podría estudiarse una diferenciación por género en el bono educativo. Esto podría implementarse cuando se realice algún reajuste en el monto del bono, en el cual la presencia de niñas que van a la escuela en la familia, diera origen a un bono mayor.
- Para tener un impacto en la pobreza tanto la cobertura como los montos entregados deben ser significativos. Los 40 dólares del programa MFP parecen ser adecuados por los niveles de ingreso del país, pero el programa aún tiene una baja cobertura para tener impacto a nivel agregado. El aumento de cobertura será crucial para lograr impactar al conjunto de la extrema pobreza.
- Parece oportuno empezar a planificar mecanismos de egreso de las familias, vinculados a programas de mejoramiento de la empleabilidad y de la capacidad de generación de

ingresos para los adultos. Ello ayudará a la constitución de una red de protección a las familias una vez egresadas del programa, reforzando los mecanismos de independencia de los beneficiarios.

- Asimismo, es fundamental fortalecer la coordinación entre MFP y el sector educación, aprovechando las sinergias del nuevo programa Mi Escuela Progresá.
- Por último, buscar mecanismos de institucionalización para que MFP no sea sólo un programa del gobierno actual, con el riesgo de terminarse al finalizar este período, sino que se transforme en una política de Estado. La continuidad de las políticas sociales es un elemento clave en el éxito en la reducción de la pobreza.

IV. Honduras

A. Contexto socioeconómico e institucional

Honduras tiene una tradición de programas sociales que se remonta a los años cincuenta, cuando inauguró una serie de programas alimentarios. Pese a que estos programas tuvieron resultados insatisfactorios, “la ayuda se incrementó fuertemente en los años ochenta, por cuanto las tasas de malnutrición casi se duplicaron en los departamentos más afectados por la crisis” (Franco 2008, p. 11). En los años noventa, a los programas de ayuda alimentaria —que llegaron a cubrir alrededor de un cuarto de la población (Moore, 2008)— se sumaron otras intervenciones para la reducción de la pobreza, tales como el Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS) —que entregaba transferencias monetarias a cambio de la participación en obras de infraestructura social básica como escuelas, caminos rurales, consultorios de salud— y el Programa de Asignación Familiar (PRAF) (véase la sección B del capítulo IV).

Según cifras de la CEPAL (2008b), la incidencia de la pobreza en Honduras es una de las más elevadas de América Latina, aunque durante los últimos quince años ha ido bajando paulatinamente, desde un 81% en 1990 a un 77% en 2002 hasta un 69% para el 2007. La indigencia también es muy elevada, y en 2007 alcanzaba al 46% de la población. Los indicadores de educación, salud y nutrición entre los indigentes son preocupantes. La proporción de niños y jóvenes que se encuentran en extrema pobreza y no estudian es muy elevada: 23% entre seis y 11 años y el 52% de los jóvenes de 12 a 17 años. Y los niños menores de cinco años que viven en extrema pobreza sufren elevados niveles de desnutrición: un 24% tiene peso insuficiente y un 47% presenta una talla menor a la esperable (Banco Mundial, 2006a).

En el año 2001, Honduras estableció una Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP), apoyada por el Banco Mundial, con metas a alcanzar al 2015 inspiradas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Sin embargo, al 2005, los indicadores escogidos en la estrategia no mostraban mejoras y se calculó que de seguir sin cambios en las políticas, las metas —incluso la de reducción de la pobreza extrema— no se cumplirían (Cabezas, 2006). Se sigue trabajando por lo tanto sobre una versión actualizada del documento de la ERP, que se oriente a estructurar un modelo social y económico inclusivo e incluyente, con un crecimiento económico pro-pobre, centrado en la equidad y guiado por un marco jurídico que enfatiza el enfoque de derechos. Con la nueva ERP, se busca pasar

de la mirada de las personas como beneficiarios de la política a ciudadanos sujetos de derechos. Asimismo, se busca identificar los determinantes sectoriales y estructurales de las inequidades en el bienestar de las personas, para así lograr su superación (República de Honduras, 2006).

Los cuatro pilares de acción sobre los cuales se apoya la ejecución de las políticas, programas y proyectos específicos de la ERP son: 1) la ampliación de las capacidades; 2) la ampliación de las oportunidades; 3) el mejoramiento de la infraestructura; y 4) la reducción de las situaciones de riesgo de los pobres. En el ámbito social, la ERP tiene programas sectoriales (salud, educación, vivienda y otros) y ejes transversales (descentralización, equidad de género, nutrición, seguridad alimentaria, participación ciudadana) focalizados en los más pobres. El presupuesto de la ERP para el 2008 fue de 1.400 millones de dólares, de los cuales 36 millones de dólares fueron destinados a los Municipios. Para operativizar la ERP, se estableció la Red Solidaria.

Adicionalmente a la ERP, en junio del 2008, desde la Presidencia de la República se ha definido una política de protección social basada en un diagnóstico de la situación de los principales grupos vulnerables: niños, adolescentes, mujeres embarazadas, adultos mayores, discapacitados y portadores de VIH. El marco normativo toma en cuenta acuerdos internacionales como los ODM, así como los planes sectoriales de educación y los planes existentes para grupos específicos. La protección social se aborda con un enfoque de ciclo de vida combinado con el de manejo social del riesgo, lo que permitiría establecer las intervenciones pertinentes para prevenir, mitigar y superar los riesgos identificados en cada etapa. En particular, se han propuesto 100 acciones estratégicas a ser abordadas por diferentes instituciones públicas y privadas para ir conformando un sistema de protección social en el país (Presidencia de la República, 2008a).

1. La Red Solidaria

A fines del 2006 se diseñó la Red Solidaria, una estrategia de implementación de programas sociales en el marco de la versión actualizada de la Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP). La Red Solidaria nace para coordinar y ordenar las acciones de diferentes instituciones públicas, con el objetivo de mejorar de manera progresiva las condiciones de vida de las familias que viven en pobreza y extrema pobreza, focalizando las inversiones en las áreas de salud, nutrición, educación e infraestructura social y económica, generando oportunidades de ingresos y protegiendo a los grupos más vulnerables (véase recuadro 7).

El diagnóstico que impulsó a crear la Red Solidaria destacó que la baja efectividad de la inversión social se debía, entre otros factores, a que en Honduras (Presidencia de la República, 2008b):

- no existe un enfoque integral en las intervenciones;
- la coordinación entre instituciones y proyectos es difícil, ya que existen cerca de 90 instituciones gubernamentales y más de 400 programas y proyectos;
- hay un desconocimiento sobre dónde se encuentran los más pobres; la inversión social por lo tanto no está dirigida necesariamente a los sectores más vulnerables.

La Red Solidaria es una instancia oficial que actúa como enlace y ente coordinador de las instituciones gubernamentales y de la sociedad civil²⁵. Es dirigida por la Primera Dama y a nivel operativo tiene un Director Ejecutivo que se relaciona con los gobiernos locales. Administrativamente está adscrita al Programa de Asignación Familiar (PRAF) y se financia a través de un préstamo blando del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) por 27,9 millones de dólares a 40 años, aprobado en noviembre de 2006.

²⁵ Fue creada mediante decreto ejecutivo PCM-33-2006 del 13 de septiembre del 2006.

RECUADRO 7 OBJETIVOS DE LA RED SOLIDARIA

Que el año 2010 la población de Honduras cuente con un sistema ordenado y coordinado de acciones escalonadas y progresivas, tendientes a mejorar las condiciones de desarrollo humano;

Asegurar el acceso a servicios de calidad en los sectores de educación y salud, proveyendo adecuados incentivos para fortalecer la demanda de estos servicios;

Mejorar los hábitos de nutrición, alimentación e higiene y otras prácticas sistemáticas de salud preventiva;

Desarrollar planes de información, educación y comunicación sobre prevención de embarazos y prevención de ITS/VIH/SIDA en adolescentes;

Proveer adecuados mecanismos de capacitación, asistencia técnica y financiera a los potenciales ejecutores de actividades productivas;

Mejorar la infraestructura educativa, de salud, agua y saneamiento básico;

Mejorar el impacto de las intervenciones dispersas en las diferentes instituciones a través de la articulación y complementariedad de acciones;

Desarrollar e implementar bases de datos y sistemas de monitoreo y evaluación coordinados;

Posicionar el tema de la solidaridad en la población y asegurar la corresponsabilidad de las familias, comunidades y municipios en su ejecución;

Crear espacios de participación de la sociedad civil, y apoyo a la creación y fortalecimiento de las organizaciones de base;

Contribuir a la transparencia en el uso de recursos de los programas sociales, a través de la implementación de mecanismos de rendición de cuentas;

Reforzar el marco normativo de la protección social en el país;

Constituirse en un canal para gestionar la atención de grupos en condiciones especiales de riesgo y vulnerabilidad; y

Gestionar recursos para el fortalecimiento y los proyectos de las instituciones ejecutoras que forman parte de la Red Solidaria.

Fuente: www.redsolidaria.gov.hn.

El plan de la Red Solidaria es cubrir, entre el 2006 y el 2010, a más de 250.000 de los hogares indigentes, en las aldeas más pobres del país. Esto se llevaría a cabo en tres fases: en la primera se llegaría a 80.000 hogares en pobreza extrema (6% del total de los hogares del país), en la segunda a otros 80.000 hogares en pobreza extrema (6%) y en la tercera a los restantes 94.484 hogares en pobreza extrema (7%)²⁶. Para identificar las 1.047 aldeas en situación crítica (de un total de 3.734 aldeas en el país) que serán sujeto de las intervenciones de los diversos programas sociales coordinados por la Red Solidaria –ampliadas a 1.534 en el marco del nuevo programa PRAF- BID III (ver sección B del capítulo IV)– se utilizan datos sobre el gasto per cápita mensual promedio provenientes de la Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI) de 2004. En cuanto a la identificación, selección y posterior seguimiento de los hogares beneficiarios, la Red Solidaria usa el Sistema de Registro de Beneficiarios de Honduras (SIRBHO) del Programa de Asignación Familiar (PRAF).

²⁶ Según la Red Solidaria, 478.590 hogares viven en situación de pobreza (35% del total) y 622.300 hogares son considerados no pobres (46% del total).

En octubre del 2008 el parlamento hondureño aprobó la creación de una nueva Secretaría de Desarrollo Social con fuertes atribuciones para llevar a cabo toda la política social. En efecto, en Honduras no ha existido hasta ahora un ente normativo para la política social; los programas sociales se diseñaban en el marco del Gabinete Social, el que agrupa a varios ministerios como Educación, Salud, el Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS) y otros. La ausencia de una entidad centralizada y la existencia de varios programas en paralelo han generado una particular configuración de actores en la política social del país que está contribuyendo a retrasar los avances en el combate a la pobreza. Se espera por lo tanto que esta nueva Secretaría dé continuidad y coherencia a los esfuerzos de los organismos que han estado trabajando para combatir la extrema pobreza –tales como el FHIS, el PRAF, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y la Secretaría de Obras Públicas, Transporte y Vivienda (SOPTRAVI), entre otros–, dándole mayor solidez y continuidad a las políticas sociales y liderando la ejecución de los programas de la ERP. Con el nacimiento de esta nueva estructura orgánica, surge la pregunta acerca del destino de la Red Solidaria o las formas de asimilación que se deberán adoptar en el futuro cercano.

B. El Programa de Asignación Familiar (PRAF)

El Programa de Asignación Familiar (PRAF) se inició en 1990 como un programa transitorio, financiado con recursos internos, que entregaba transferencias monetarias no condicionadas a los hogares pobres. Su objetivo inicial era ayudar a las familias de menores ingresos a enfrentar las dificultades económicas del período de aplicación de medidas macroeconómicas de ajuste estructural. Sin embargo, el programa con recursos nacionales –o PRAF Nacional– se mantiene en funcionamiento hasta la actualidad y ha coexistido con los programas piloto PRAF-BID fase II y fase III, los cuales han sido financiados con préstamos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y se han orientado hacia la introducción de corresponsabilidades para la entrega de los recursos.

El PRAF-BID fase II, que operó en 70 municipios a partir de fines de 1998 hasta el 2005, introdujo la idea de suplementar recursos a los sectores de educación y salud para que pudieran responder ante los aumentos de demanda derivada de las corresponsabilidades, incluyendo la formación de maestros e incentivos económicos a las escuelas y centros de padres. El PRAF-BID fase III –cuyo préstamo se aprobó en 2006 pero que no empezó sus operaciones sino hasta fines del 2007 (Moore, 2008)– fue concebido para afinar los cambios que serán introducidos en el PRAF Nacional para convertirlo en un programa de desarrollo del capital humano mediante la entrega de transferencias condicionadas. Incorpora en su diseño algunas lecciones del programa anterior: aumenta el monto de las transferencias y su periodicidad, cubre a familias con niños en edad escolar hasta el sexto grado e incorpora un registro de beneficiarios (SIRBHO) y sistemas de monitoreo y evaluación en su gestión.

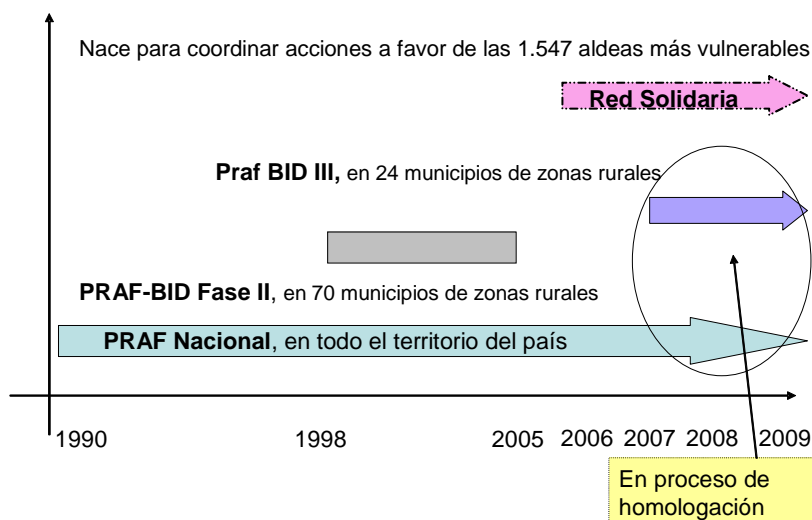
En octubre de 2006, el Consejo Superior de PRAF oficializó la homologación de los aspectos operativos de entrega de los bonos de salud y educación del programa PRAF Nacional con el PRAF-BID fase III, incluyendo el sistema de focalización, la creación de un registro único de beneficiarios y el pago a través del sistema bancario. Desde el año 2007 se inició la promoción y monitoreo de corresponsabilidades de salud y educación en el programa nacional, representando una reforma significativa para la institución.

Simultáneamente al lanzamiento del PRAF-BID fase III, se creó la Red Solidaria para coordinar las acciones hacia las aldeas focalizadas y ampliar la cobertura de los servicios de educación, salud y nutrición que son necesarios para poder exigir corresponsabilidades a los beneficiarios de las transferencias del PRAF.

El PRAF en la actualidad es una entidad desconcentrada de la Presidencia de la República, con jurisdicción nacional y duración indefinida. El presupuesto 2008 del PRAF, que representa alrededor del 1,1% del presupuesto público, da cuenta de la diversidad de proyectos de desarrollo social que incorpora (véase cuadro 12). El programa de transferencias condicionadas que funciona en 164 aldeas (el PRAF-BID fase III) representa un 26% de los recursos disponibles del PRAF. Los recursos para el funcionamiento de la Red Solidaria también se encuentran dentro del presupuesto del PRAF, y se orientarán básicamente a la estandarización de objetivos, procesos y sistemas de información del PRAF Nacional con los del PRAF-BID fase III.

En el gráfico 3 se muestra la coexistencia de los programas piloto fase II y fase III, así como de la Red Solidaria, con el PRAF Nacional en el tiempo.

GRÁFICO 3
PRAF Y RED SOLIDARIA, 1990-2009



Fuente: Elaboración propia.

1. Mecanismos de focalización

Las distintas etapas del PRAF han tenido diversas metodologías para definir quiénes son sus beneficiarios, producto de las evaluaciones que ha tenido el programa y de los apoyos externos por parte del BID. En los inicios del PRAF, se identificaron las áreas del país con los mayores niveles de desnutrición y, dentro de esas áreas, las escuelas y centros de salud en los cuales se distribuían los fondos. Los profesores de las escuelas y el personal de los centros de salud decidían qué niños recibían los recursos. En evaluaciones realizadas en la época, sin embargo, se encontraron elevados errores de inclusión y de exclusión de beneficiarios (Moore, 2008).

CUADRO 12
PRESUPUESTO 2008 DEL PRAF
A) DISTRIBUCIÓN POR PROYECTO

| Proyecto | En miles de lempiras | En miles de dólares | En porcentajes |
|---|-------------------------|------------------------|-------------------|
| Bono materno infantil | 148 080,9 | 7 839,5 | 22,7 |
| Bono escolar de 1° a 6° grado | 128 766,2 | 6 817,0 | 19,7 |
| Bolsón escolar | 7 000,0 | 370,6 | 1,1 |
| Bono tercera edad | 36 241,8 | 1 918,7 | 5,5 |
| PRAF-BID fase III (Proyecto BID 1568) | 170 397,3 | 9 021,0 | 26,1 |
| Bono juvenil | 42 961,4 | 2 274,4 | 6,6 |
| Bono mano amiga | 5 000,0 | 264,7 | 0,8 |
| Fomento a empresas autogestionadas de mujeres, zonas rurales | 43 650,5 | 2 310,9 | 6,7 |
| Desarrollo Integral (DI-Mujer) | 36 175,6 | 1 915,2 | 5,5 |
| Programa de niños adolescentes y mujeres vulnerables, zonas urbanas | 4 814,6 | 254,9 | 0,7 |
| Comedores solidarios | 15 585,4 | 825,1 | 2,4 |
| Proyecto jóvenes emprendedores | 9 447,6 | 500,2 | 1,4 |
| Apoyo al monitoreo y seguimiento de la Red Solidaria | 2 373,6 | 125,7 | 0,4 |
| Armonización de las inversiones PRAF y Red Solidaria | 2 832,0 | 149,9 | 0,4 |
| Total | 653 326,9 | 34 587,7 | 100 |

B) FUENTES DE FINANCIAMIENTO

| Fuente | Distribución porcentual |
|--|----------------------------|
| Tesoro Nacional | 63,4 |
| Fondos Externos | 36,6 |
| Crédito Externo | 59,6 |
| Donaciones | 6,0 |
| Fondos de alivio deuda MDRI ^a y HIPC ^b | 34,4 |
| Total | 100,0 |

Fuente: Secretaría de Finanzas, Informe de Ejecución Física y Financiera. Tercer Trimestre 2008 (véase www.sefin.gob.hn).

^a *Multilateral Debt Relief Initiative*. iniciativa multilateral de alivio de la deuda.

^b *Heavily Indebted Poor Countries*, países pobres muy endeudados.

Con el PRAF-BID fase II, se utilizó un sistema de focalización geográfica que clasifica a los municipios según un índice de pobreza, cuyos puntajes resultan de la suma ponderada de los indicadores municipales de desnutrición, obtenidos a través del censo de 1997 de peso y talla en escolares de primer grado, e indicadores de necesidades básicas insatisfechas en las mismas comunidades. A través de esta

focalización, se seleccionaron los 70 municipios de mayores niveles de desnutrición crónica²⁷. Para la selección de los hogares beneficiarios, el documento original del proyecto señalaba que debía contarse con un instrumento estandarizado de selección de beneficiarios centrado en las familias, construido a partir de las encuestas de línea de base efectuadas por el *International Food Policy Research Institute* (IFPRI), entre ellas la Encuesta de Gastos y Medios de Vida de 1999. En 2002, este instrumento todavía no se había implementado (Franco 2008; Moore 2008). Durante 2004 y 2005, la selección de beneficiarios se basó en los niveles de ingreso de los hogares, utilizando la información de las Encuestas Permanentes de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM).

El instrumento de selección de beneficiarios cambió en 2006, cuando entra en vigencia el SIRBHO²⁸, el nuevo instrumento de focalización para identificar y seleccionar a los beneficiarios de los programas sociales en forma técnica, mediante procedimientos conocidos y verificables. El SIRBHO es el mecanismo que utiliza tanto el programa PRAF-BID fase III como la actual fase del PRAF Nacional.

El SIRBHO es un censo, es decir, registra todos los hogares (en la actualidad, cerca de 200.000) y personas residentes en las aldeas focalizadas, escogidas por sus niveles de pobreza. Asimismo, es un sistema de información que almacena técnicamente los datos de las personas registradas y permite su clasificación y selección automática. Esto implica que se puede usar su base de datos para la planificación, pues entrega información básica necesaria para el diagnóstico y definición de planes y políticas sociales acordes con la realidad.

La información disponible en la Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI) de 2004 fue la base para la selección de las aldeas más pobres según datos de gasto per cápita mensual. El umbral de clasificación de la extrema pobreza fue de alrededor 510 Lempiras per cápita mensuales (aproximadamente 27 dólares). Al conjunto de hogares de las aldeas así seleccionadas, se aplicó el cuestionario del SIRBHO. Con la información recolectada por cada hogar (véase recuadro 8), se realizó un proceso de selección de beneficiarios con base a reglas de elegibilidad por parte del PRAF, tales como la presencia en el hogar de mujeres embarazadas o lactantes y la presencia de niñas y niños en edad escolar.

²⁷ Los 70 municipios del proyecto piloto PRAF-BID fase II fueron divididos en cuatro grupos para generar una evaluación experimental, a cargo del IFPRI. Un grupo de 20 municipios recibía sólo incentivos a la demanda, un segundo grupo de 20 municipios recibió incentivos a la demanda y a la oferta, un tercero de 10 municipios recibió sólo incentivos a la oferta y un cuarto de 20 municipios se utilizó como grupo control. Sin embargo, la evaluación del PRAF-BID fase II no pudo ser completada (véase la sección C del capítulo IV).

²⁸ En la presentación “Focalización” de la Red Solidaria, Honduras, 2 de octubre del 2008 y la web de la Red Solidaria.

RECUADRO 8
VARIABLES QUE CONSIDERA EL SISTEMA DE REGISTRO E IDENTIFICACIÓN DE
BENEFICIARIOS DE HONDURAS (SIRBHO)

- Identificación y ubicación: Departamento, Municipio, aldea, caseríos, direcciones;
- Características de la vivienda: tipo de vivienda, material de las paredes, material de los pisos, material del techo, ubicación de la zona de riesgo;
- Datos del hogar: pertenencia de las personas a una familia según concepto;
- Personas: residente habitual (3 meses o más);
- Identificación: nombres, apellidos, tarjeta de identidad;
- Socio demográfico: pertenencia a un pueblo indígena, estado civil, sexo;
- Salud: Asistencia a algún centro de salud y tipo de establecimiento, el tiempo que le toma al llegar al establecimiento;
- Educación: si sabe leer y escribir, matrícula, cuanto tiempo le toma llegar al centro escolar, medio de transporte que utiliza;
- Actividad económica: la actividad principal que ocupa la mayor parte del tiempo, categoría ocupacional.

Fuente: Elaboración propia.

Para ordenar las familias potencialmente beneficiarias en función de sus niveles de pobreza, se elaboró un algoritmo que transforma las variables del SIRBHO en una predicción del gasto de las familias. Para ello, la ecuación de predicción se calcula en base a las siguientes cinco variables: i) Agua potable dentro del hogar; ii) Electricidad; iii) Hacinamiento; iv) Años de estudio del jefe del hogar; y v) Número de niños menores de cinco años (Moore, 2008).

La fórmula fue aplicada a 18 departamentos, que se ordenaron privilegiando a los cuatro más pobres (Intibucá, Lempira, La Paz y Santa Bárbara), cuya población por encima de la línea de la pobreza superaba el 50%²⁹. En la actualidad, se está construyendo la línea de base del PRAF-BID fase III, que incorpora a 164 aldeas y 20.919 hogares focalizados en los cuatro departamentos.

2. Componentes de las distintas fases del programa

Aunque en sus comienzos el PRAF Nacional sólo entregaba cupones alimentarios, con el tiempo se sumaron las siguientes líneas de acción, que se han mantenido con más o menos cambios a lo largo del tiempo (Franco, 2008):

- Bono escolar (1990), que se entregaba a niños que cursaban de primero a tercer grado de primaria. En 1998 se amplió a los niños que asistían a cuarto grado;
- Bolsón escolar (1992), que consiste en la entrega de implementos escolares para todos los niños de primero a tercer grado que viven en extrema pobreza;
- Bono materno infantil (1991), transferencia para la compra de alimentos, orientada a mejorar los aspectos de nutrición de mujeres embarazadas o dando lactancia, y niños menores de cinco años;
- Bono tercera edad (1993), que se entrega a través de una transferencia anual por adulto mayor;

²⁹ Muchas de las áreas cubiertas por el PRAF-BID fase III tienen una alta concentración de población indígena (pueblos Lenca, Cho'rti y Tolupan) (Moore, 2008).

- Desarrollo integral a la mujer (DI-mujer) (1991), programa de capacitación y microcrédito.

En 2006, con el nuevo gobierno, se agregaron nuevos bonos que integran el actual PRAF Nacional (Moore, 2008):

- Bono juvenil, que fomenta al emprendimiento de los jóvenes en riesgo social entre 13 y 24 años de edad. Se accede por invitación de la administración del programa.
- Mano solidaria, para ayudar a las familias que trabajan en los basurales de las cinco ciudades más grandes del país, con la condición que no trabajen los niños.

En cuanto al PRAF-BID fase II, su mayor innovación consistió en proveer incentivos tanto a la demanda como a la oferta de educación y salud, en reconocimiento a la debilidad de esos servicios en las áreas rurales focalizadas. Por lo tanto, se crearon el incentivo al desarrollo del aprendizaje y el incentivo a la calidad de los servicios de salud (véase cuadro 13) (Moore, 2008).

El PRAF-BID fase III otorgaba inicialmente dos tipos de transferencias monetarias a las familias pobres: el bono escolar, que se da a las familias si éstas envían sus niños a la escuela y el bono salud, que se suministra a niños menores de cinco años y mujeres embarazadas o lactantes con la condición que éstas reciban atención materno-infantil básica. Desde el año 2008, las transferencias que se entregan son (BID, 2008; Moore, 2008):

- Bono escolar, Lps. 1.843 (97 dólares) por familia por año;
- Bono solidario (nutrición), Lps. 2.150 (114 dólares) por familia por año;
- Bono de salud, Lps. 950 (50 dólares) por familia por año;
- Incentivo Parto Institucional (IPI), Lps. 1.141 (60 dólares) por evento.
- Bono a la oferta en educación, 1.000 dólares anuales para Asociaciones de Padres de Familia (APF).
- Bono a la oferta en salud, 900 dólares anuales para Comités de Usuarios de Salud (CUS).

Las corresponsabilidades que se exigen actualmente para el bono solidario son la firma de un Acta de Corresponsabilidad y la asistencia a las asambleas comunitarias; para el bono de salud, la asistencia a control de peso y centros de salud; y para el bono de educación, la matrícula y asistencia a los centros de educación.

El seguimiento a las corresponsabilidades de los beneficiarios es realizado por los organismos prestadores de servicios contratados por la Red Solidaria. En el área de educación, se empezó a llevar un control de las corresponsabilidades desde el mes de diciembre de 2007. En el área de salud, la promoción de la corresponsabilidad también empezó en diciembre de 2007, a través de un levantamiento de la asistencia a los controles de los niños menores de cinco años. Ello implicó a su vez un análisis de la capacidad instalada para responder a la demanda.

El PRAF-BID fase III también entrega bonos a los centros educativos, a través de la Asociación de Padres y Apoderados y a los centros de salud, por parto atendido, que pertenecen a las aldeas seleccionadas del programa, además de transferencias a los Comités de usuarios de Salud para el financiamiento de un Fondo Comunitario en Salud. La Red Solidaria es la encargada de producir las coordinaciones necesarias con los sectores de educación y salud para hacer disponible la oferta para los beneficiarios del PRAF-BID fase III (véase recuadro 9).

CUADRO 13
COMPONENTES Y BONOS DE LAS DISTINTAS FASES DEL PRAF

| Fase del PRAF | Población objetivo | Componentes de capital humano, corresponsabilidades y bonos (año del monto del bono) ^a | | | |
|------------------------------|--|--|--|----------------------------|--|
| | | Educación | Salud | Alimentación/ Nutrición | Otros |
| PRAF Nacional (1990-2006) | Familias pobres con hijos/as cursando hasta 4to grado de primaria, menores de cinco años, menores de 12 años con discapacidad y/o mujeres embarazadas/dando lactancia | No se exigen corresponsabilidades, pero se promueve progresivamente la demanda de servicios de salud y educación por parte de los hogares beneficiarios ^b | | | Participar en cursos de capacitación y devolver préstamo (DI-Mujer) |
| | Adultos mayores (+65 años) en situación de pobreza Mujeres en situación de extrema pobreza | Bono Escolar: US\$3 por niño/a por 10 meses (1997) Máx. 3 por familia Bolsón escolar | Bono materno infantil: US\$3 por beneficiario/mes (1997) Máx. 3 por familia | -- | Bono tercera edad: US\$3 por adulto mayor/mes (1997) Bono DI-mujer |
| PRAF Nacional (2007-) | Familias pobres con hijos/as cursando hasta 6to grado de primaria en escuelas públicas, menores de cinco años, menores de 12 años con discapacidad, mujeres embarazadas/dando lactancia | Matriculación y asistencia a centros educativos ^c | Asistencia a centros de salud para controles ^c | -- | Participar en cursos de capacitación (Bono Juvenil y DI-Mujer) |
| | Adultos mayores (+65 años) en situación de pobreza Mujeres en situación de extrema pobreza Jóvenes y adultos en riesgo social que trabajan en el crematorio municipal (San Pedro de Sula y Tegucigalpa) Jóvenes en riesgo social entre 13 y 24 años | Bono escolar: US\$4,4 por familia/mes (2007) ^d | Bono solidario materno infantil: US\$5 por hijo/mes (2007) Máx. 3 por familia ^d | -- | Bono tercera edad: US\$3 por adulto mayor/mes (2007) Mano Solidaria: US\$13 mensuales durante seis meses (2007) DI-Mujer Bono Juvenil |

CUADRO 13 (continuación)

| Fase del PRAF | Población objetivo | Componentes de capital humano, corresponsabilidades y bonos (año del monto del bono) ^a | | | |
|----------------------------|--|--|--|----------------------------|--|
| | | Educación | Salud | Alimentación/ Nutrición | Otros |
| PRAF/BID II (1998-2005) | Familias pobres con hijos/as cursando hasta 4to grado de primaria, menores de tres años y/o mujeres embarazadas/dando lactancia | Matrícula a la escuela | | | |
| | | No tener más de 20 inasistencias en un año | Asistencia a centros de salud para chequeos de salud, nutricionales y de embarazo | -- | -- |
| | | No repetir grado más de una vez | | | |
| | | Bono Escolar: US\$4 por hijo/mes (2005) | Bono Salud: US\$3 por hijo/mes (2005) | | |
| | | Máx. 3 por familia | Máx. 2 por familia | | |
| | | Incentivo al Desarrollo del Aprendizaje (IDA): US\$ 3.343 promedio por centro educacional/año (2003) ^e | Incentivo a la Calidad en Salud (ICS): US\$2.767 – US\$12.683 aprox. por centro de salud/año (2003) ^f | -- | -- |
| PRAF/BID III (2007-) | Familias pobres con hijos/as cursando hasta 6to grado de primaria o menores de 14 años, menores de cinco años en riesgo de desnutrición, mujeres embarazadas/dando lactancia | Matrícula y asistencia a centros educativos (menos de nueve inasistencias sin justificación por trimestre) | Asistencia a centros de salud para controles de peso, inmunización y desparasitación | | Firma de un acta de corresponsabilidad |
| | | | Recibimiento de suplementos nutricionales (madres y niños/as) | | Asistencia a asambleas comunitarias |
| | | | Asistencia a talleres informativos | | |

CUADRO 13 (conclusión)

| Fase del PRAF | Población objetivo | Componentes de capital humano, corresponsabilidades y bonos (año del monto del bono) ^a | | | |
|---------------|--------------------|---|---|----------------------------|---|
| | | Educación | Salud | Alimentación/ Nutrición | Otros |
| | | Bono Escolar US\$8 por familia/mes (2008) | Bono salud: US\$2 – US\$4 por familia/mes | | |
| | | Transferencia a la oferta: US\$1.000 al año (2008) ^g | Bono solidario: US\$9,5 por familia/mes (2008) ^h | | Componente productivo: US\$159 por familia/año (2008) ^j |
| | | | Incentivo Parto Institucional (IPI): US\$ 60 por evento (2008) | | |
| | | | Transferencia a la oferta: US\$900 al año (2008) ⁱ | | |

Fuente: Elaboración propia en base a información oficial del país, BID (2008), CEPAL, Panorama Social de América Latina, 2007, Gobierno de Honduras (2007), IFPRI (2003), Moore (2008) y Franco (2008).

^a Dólares de cada año; Conversión hecha en base a serie "rf" del Fondo Monetario Internacional.

^b La falta de coordinación institucional y mecanismos de verificación de corresponsabilidades, especialmente durante la primera etapa de este programa llevó a que en la práctica las corresponsabilidades no se verificaran, operando finalmente como un programa de transferencias sin condiciones.

^c Como parte del proceso de homologación con el programa PRAF-BID fase III se han establecido corresponsabilidades para la entrega de las transferencias, aun cuando en términos concretos no se verifica todavía su entrada en vigencia.

^d En la práctica se efectúa una sólo transferencia que incluye el bono escolar y el bono materno infantil conocida como “bono solidario” por un monto calculado en base anual equivalente a Lps. 2.150 (US\$114 de 2008). Este monto coincide con el del Bono Solidario de la Fase III.

^e Incluye transferencia monetaria para Asociaciones de apoderados y formación de maestros en metodologías y técnicas pedagógicas para la enseñanza del español y matemáticas.

^f Monto varía según la situación encontrada en cada Centro de Salud en cuanto al tamaño de la población, número de personal de salud y requerimientos básicos de atención.

^g Transferencia se efectúa a las Asociaciones de Padres de Familia (APF) con el fin de financiar materiales vinculados a sus Proyectos Educativos de centros (PEC) para mejorar los servicios educativos.

^h Monto mensual aproximado. Transferencia se paga en una cuota anual equivalente a Lps. 2.150 (US\$114 de 2008).

ⁱ Transferencia se efectúa a los Comités de Usuarios de Salud (CUS) con el fin de financiar un Fondo Comunitario de Salud que permita, entre otros, la movilización de beneficiarios a centros de salud de mayor complejidad para fomentar el parto institucionalizado y/o en caso de emergencias de salud y la adquisición de materiales básicos (por ej. Botiquines comunitarios).

^j Proyecto piloto que opera en tres municipios del departamento de Intibucá como un intento de implementar una estrategia de salida del programa.

RECUADRO 9**VÍNCULOS DE LA RED SOLIDARIA CON LOS SECTORES DE EDUCACIÓN Y SALUD**

Uno de los aspectos más importantes del vínculo entre la Red Solidaria y el sector educación, así como con salud, es la armonización de la demanda con la oferta institucional.

Para atender la demanda educativa de las comunidades que presentan pobreza extrema, la Secretaría de Educación ha priorizado las intervenciones en prebásica, básica y media en las comunidades de la Red Solidaria. Todo esto requiere de una intensa coordinación³⁰. Las dependencias de la Secretaría de Educación que intervienen en este esfuerzo son: i) Nivel central de la Secretaría de Educación; ii) Direcciones departamentales de educación, con el apoyo directo de las coordinaciones departamentales de cada proyecto o programa; iii) Direcciones distritales; y iv) Centros educativos, con la participación de la comunidad.

Al igual que en el caso de educación, la coordinación de la Secretaría de Salud con la Red Solidaria requiere de la delimitación de responsabilidades de las instituciones y mecanismos de coordinación consensuados entre distintas instituciones³¹. Esto se ha estado haciendo en los municipios y aldeas en pobreza y extrema pobreza en las cuales la Secretaría de Salud está focalizando sus intervenciones. El Consejo Técnico Departamental promueve la planificación conjunta y la búsqueda del consenso intersectorial, organizando e integrando la oferta de servicios y programas orientados a la población más pobre que se ejecutan en el departamento. El equipo que conforma este Consejo debe integrarse con miembros de los equipos intermedios del sector salud, educación, PRAF y FHIS, y además con personas de la sociedad civil altamente reconocidas por su trabajo a favor de las causas sociales en el Departamento.

Los vínculos de la Red Solidaria con el sector salud son aún muy débiles, tanto por un inicio tardío de la coordinación, como por la escasa disponibilidad de recursos. Las actividades que se han realizado se resumen en un diagnóstico de salud para identificar la oferta de servicios, la redefinición del paquete básico de servicios integrales de salud y la programación por región departamental de la entrega del paquete de servicios básicos de salud en aldeas focalizadas por la Red Solidaria. También se ha avanzado en la coordinación entre proyectos de nutrición (PROMESALUD) y protección social (Programa Integral de Protección Social, PRAF-BID). Asimismo, se ha trabajado en la definición del formato de corresponsabilidad para el pago de las transferencias condicionadas a través del PRAF y en el proceso de recolección de la información de corresponsabilidad de acuerdo a formatos definidos.

La provisión de servicios de la Secretaría de Salud se hace a través de las instituciones existentes de la oferta institucional y comunitaria: los centros de salud rural (CESAR), centros sanitarios con médico y odontólogo (CESAMO), clínicas materno infantiles (CMI), hospitales, Estrategia de Atención Integral a la Niñez en la Comunidad (AIN-C) y comités de salud comunitarios. La comunidad selecciona voluntarios y conforma los comités de usuarios para velar por el acceso y calidad de los servicios de salud. En los municipios funciona la Comisión de Salud como parte del Comité Intersectorial, coordinando todos los aspectos relacionados con la salud. A nivel departamental, se consolida la información, supervisa y evalúa los resultados de las intervenciones en todos los municipios. Los diversos programas informan a la Dirección de la Red Solidaria acerca de los principales resultados e impactos, para análisis y difusión. Sin embargo, se puede destacar que el sistema de monitoreo y evaluación relacionado con los servicios que provee la Secretaría de Salud a la Red Solidaria no cuenta con un sistema específico o propio para los beneficiarios de la Red Solidaria, sino que se basa en sus propios mecanismos de supervisión monitoreo y

³⁰ Por ejemplo, con el FHIS para la construcción de escuelas, con la Secretaría Técnica y de Cooperación Internacional (SETCO) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA) para la gestión de la merienda escolar, con el Banco Mundial para el proyecto *Education for All* (EFA) y el proyecto de Educación Comunitaria. Asimismo requiere coordinación con el BID para el Proyecto Fortalecimiento de la Educación Básica y con la FAO para el Proyecto Piloto de Educación Alimentaria y Nutricional.

³¹ Intervienen Educación, FHIS, Escuelas Saludables, PRAF, Alcaldías Municipales, PMA, Instituto Hondureño de la Niñez y la Familia (INHFA), Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia (IHADFA), Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SANAA), Secretaría Técnica y de Cooperación Internacional (SETCO) e Instituto Nacional de la Mujer (INAM), entre otras. La complejidad de las interrelaciones es elevada.

evaluación. Éstos se realizan en los diferentes niveles de atención y se consolidan en el ámbito nacional en forma semestral y anual partiendo desde el año 2007.

Fuente: Elaboración propia.

3. Estrategias de salida

Ni el PRAF Nacional, que nació como programa transitorio, ni el PRAF-BID fase II elaboraron una estrategia para la “graduación” de las familias del programa. En el PRAF-BID fase III, en cambio, se prevé entregar el bono escolar y el bono de salud por tres años, disminuyendo sus montos a partir del cuarto; el incentivo para el parto institucional se mantiene sin límites de tiempo para fomentar esta práctica (Moore, 2008).

En esta etapa del PRAF-BID III, se está diseñando un proyecto piloto en 16 aldeas pertenecientes a tres Municipios del Departamento de Intibucá (a través de una donación del gobierno de Taiwán), basado en una estrategia productiva para las familias que han permanecido varios años en el PRAF:

- Previamente, se hará un diagnóstico productivo de cada área, para incentivar la producción sostenible en cada zona geográfica.
- Componente productivo: las familias se asocian, reciben capacitación, créditos y el programa las legaliza.
- Se contempla una transferencia de 3.000 lempiras a través de las cajas rurales, que pueden dar crédito a los comuneros que quieran producir.

C. Impacto del PRAF en la reducción de la pobreza en Honduras

Según los últimos datos presentados por la Red Solidaria (Castro, 2008):

- Entre mayo 2005 y mayo 2007 la pobreza se ha reducido cinco puntos, pasando de 65% a 60% de los hogares, y la pobreza extrema ha bajado de 47% a 36%.
- En una evaluación realizada a 118 establecimientos educativos, se experimentó un aumento promedio de la matrícula de 14% entre 2007 y 2008, pasando de 8.996 a 10.301 alumnos; en algunas aldeas el alza de la matrícula fue de hasta 20%.
- Para una familia con niños en edad escolar, el PRAF contribuye a cerrar la brecha de ingresos y la línea de la pobreza en un 30%.

En una evaluación independiente, Guerreiro Osorio (2008) analiza el impacto de las políticas de transferencias monetarias y en especie del gobierno hondureño y concluye que las transferencias llegan a los pobres, pero como son bajas y relativamente uniformemente distribuidas hacen poco para aliviar la pobreza, aunque sí permiten a algunos hogares cruzar la línea de pobreza. Guerreiro Osorio, utilizando la Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples (EPHPM), de 2007, mide el impacto del bono monetario del PRAF, la alimentación escolar, subsidios en especie y subsidio de electricidad. Si no existieran estas transferencias, el 64,1% de los hondureños serían pobres; pero con las transferencias analizadas la pobreza se reduce solamente al 63,5%. El 0,9% del ingreso total de los hogares lo constituye el conjunto de las transferencias del gobierno a las familias; sin considerar la alimentación escolar, las transferencias son el 0,2%. Apunta que no es poco dado que en México es el 0,5% y en Chile el 0,01% (datos sólo para Chile Solidario).

El monto total gastado en dichas transferencias asciende a alrededor de siete millones de dólares mensuales. Según Guerreiro Osorio, si se quisiera realmente reducir la pobreza se requeriría una transferencia de 161 millones de dólares por mes, es decir, entregar unos 34 dólares mensuales a 4,7 millones de hondureños pobres, lo que implica un aumento de 23 veces las cifras de gasto actuales.

De todas las transferencias, la merienda escolar es la que mayor impacto tiene en la reducción de la pobreza, ya que reduce la incidencia de la pobreza un 0,59%, comparado con el 0,02 de los bonos del PRAF. Entonces, el autor concluye que una transferencia condicional a mantener la asistencia a la escuela, entregada a todas las familias que llevan a sus hijos al sistema público de educación (sin ningún instrumento de focalización), que utiliza el total del gasto público de transferencias, tendría un impacto en la intensidad y severidad de la pobreza mayor que todas las transferencias examinadas (Guerreiro Osorio, 2008).

Las evaluaciones específicas que se han realizado a las distintas etapas del PRAF han mostrado débiles resultados y serias dificultades de implementación y coordinación. La propia existencia de etapas en paralelo, como el PRAF Nacional y el PRAF-BID fase II, lo demuestra. Según el análisis general del programa, realizado por Moore (2008), el instalar programas con financiamiento externo sin aprovechar las redes de actores ya instaladas a nivel nacional, puede perjudicar seriamente los rendimientos y sostenibilidad de un programa como éste. La sostenibilidad en este caso se vio adicionalmente amenazada por la politización de sus distintas fases.

La evaluación de la ejecución de la primera etapa del PRAF Nacional demostró resultados poco claros. En primer lugar, demostró serios problemas de inclusión (grupos beneficiarios que no pertenecen a la población objetivo) y exclusión (población que debiera haber sido seleccionada como beneficiaria y quedó fuera). Por otro lado, se estimó que el costo alternativo de las capacitaciones ofrecidas a mujeres beneficiarias era demasiado alto, como para que ellas pudieran aprovecharlas; éstas implicaban demasiado tiempo de asistencia, con el que ellas no contaban. Adicionalmente, muchos de los prerrequisitos exigidos para el componente de microcréditos, eran demasiado exigentes para que la población objetivo pudiera cumplirlos. Finalmente, la implementación de los incentivos del lado de la oferta de servicios fueron muy débiles, dificultando aún más el logro de resultados significativos de esta fase del programa (Moore, 2008).

La evaluación oficial de impacto del programa PRAF-BID fase II no pudo ser completada por cambios de calendario en las fases de los cuatro grupos a evaluar (se inició sólo el componente de demanda) y demoras en la implementación de los otros componentes, lo que impidió seguir la evaluación. Existen sin embargo informes del IFPRI, con cuyos resultados las autoridades del programa no están de acuerdo (Moore 2008).

A pesar de la confusión en la medición de algunos resultados finales del programa, la medición de resultados intermedios, mostró algunos logros claros del PRAF-BID fase II. Respecto al objetivo sanitario, se vio que las visitas de niños a los centros de salud aumentaron entre un 15% y un 21%, y sus visitas a controles médicos aumentaron entre 17% y 22%. El número de niños con tarjetas de vacunación aumentó entre un 4% y un 7%. El número de mujeres embarazadas que asistió a cinco o más controles prenatales aumentó en un 18-20%. Sin embargo, los controles posnatales no aumentaron en número (IFPRI 2003, en: Moore, 2008).

Respecto a los objetivos nutricionales, la evaluación realizada por el IFPRI en el año 2003, no mostró resultados de impacto sobre el estatus antropométrico (peso y talla) de los niños pertenecientes al grupo beneficiado. Hoddinott y Bassett (2008) indican que la ausencia de impacto en este sentido puede tener relación con la baja magnitud de la intervención, tanto en términos de transferencias monetarias a las familias beneficiarias, como en términos del aumento de cobertura de la oferta de estos servicios. Adicionalmente, los autores señalan que el grupo objetivo (niños de 0 a cinco años) para los temas nutricionales puede haber sido muy amplio, ya que es más fácil que intervenciones que

aumenten el ingreso familiar tengan impacto sobre la nutrición de niños de entre 0 y dos años, que en niños mayores.

En términos educacionales, la evaluación de impacto de tipo experimental del PRAF-BID fase II, realizada por Glewwe et.al. (2003), muestra que los efectos del programa en este sentido han sido débiles. A pesar de haber contado con incentivos a la demanda y a la oferta educativa, no se da un aumento significativo en las tasas de matrícula de los niños de siete a 12 años del grupo beneficiado por el programa. Los autores del estudio plantean que probablemente ello se deba a que la tasa de matrícula de este grupo etario era relativamente alta antes que el programa comenzara. El impacto podría haber sido superior en un grupo etario donde el costo alternativo a estudiar es más alto; como entre los 13 y 15 años. De acuerdo a esta evaluación, el PRAF-BID fase II sí mostró cierto impacto al aumentar el contacto de los niños beneficiados con sus escuelas, disminuyendo su probabilidad de desertar y aumentando la tasa de asistencia. Sin embargo, ello no reflejó un mejoramiento en su rendimiento escolar, analizado a partir de las tasas de aprobación.

La evaluación futura del PRAF-BID fase III se conducirá siguiendo un modelo experimental, contemplando a priori un grupo de la población beneficiario y otro con similares características que no reciba beneficios y se constituya como grupo de control (Moore, 2008).

D. Fortalezas y debilidades del PRAF y la Red solidaria

En esta sección se analizan algunas fortalezas y debilidades del PRAF, de la Red Solidaria y sus interrelaciones con el ámbito de lo social en Honduras.

Como fortalezas, se puede mencionar lo siguiente:

- El diseño de la nueva fase del PRAF-BID fase III, destinada a ser el patrón con el cual el PRAF Nacional se transformará, responde al diagnóstico de los principales problemas de las aldeas seleccionadas en cuanto a los niveles de pobreza, nutrición, salud y educación. Por tanto el programa tiene buenas posibilidades de éxito en la fase de expansión a todo el país.
- Contar con un registro de beneficiarios, el SIRBHO, permite conocer quiénes y dónde están los más pobres. Este instrumento es un indudable avance en la formalización de las transferencias y permite un control de gestión de los recursos.
- La creación de la Red Solidaria da cuenta de una comprensión por parte del gobierno de la importancia del trabajo en red. Como se ha visto en los casos de México y Chile, parte del éxito de los programas se debe a los niveles de coordinación y trabajo en red. Honduras tiene una posibilidad de afianzar este modelo exitoso de gestión. Asimismo, la amplia convocatoria a instituciones que deben jugar un rol en el mejoramiento de las condiciones de los sectores vulnerables es de destacar.
- Por otro lado, el PRAF ayuda a la conformación de actores locales —grupos de padres de familia, líderes comunales, organizaciones de mujeres— lo que dinamiza a las asociaciones locales, en algunos casos consiguiendo recursos adicionales para complementar aquellos del programa.

En cuanto a las debilidades, un primer conjunto de observaciones tiene que ver con la complejidad de las acciones de la política social hondureña. La multiplicidad de políticas y programas sociales realizados por diversas entidades sin estar agrupadas en una instancia organizacional parece una debilidad característica del área social. Por ejemplo, no es clara aún la integración entre la ERP, la política de protección social, la Red Solidaria, el FHIS y los diversos programas del PRAF. Ello

genera una diversidad de autoridades a nivel de la política social, lo que parece reducir la eficacia de los programas, en tanto se perciben posibles intereses contrapuestos y agendas no del todo coherentes³². Ello, sumado a que la institucionalidad del país es frágil, dificulta una estrategia de coordinación intersectorial. El Estado cuenta con recursos humanos con alta rotación³³, con bajos salarios, no existe una ley de servicio civil que los proteja, ni a nivel municipal ni nacional. Por último, la información de los programas es dispersa, fragmentada y de difícil acceso e interpretación, lo que complica la interpretación del universo de la política social³⁴.

Por su parte, las ineficiencias y la escasez de resultados del PRAF Nacional dificulta el consenso con otros actores para reforzar las políticas. Es decir, las fuerzas políticas estarán menos proclive a entregar recursos en la medida que haya un riesgo de politización del programa por el mecanismo de focalización y de entrega de las transferencias. También se detecta un relativo divorcio entre la comprensión de las estrategias de los niveles superiores y directivos con los niveles operativos y locales de ejecución de la Red Solidaria. Asimismo, la estrategia de extensión de la cobertura de los servicios de salud, fundamental para un programa de transferencias con corresponsabilidad, ha sido de baja eficacia y los recursos que se han destinado a este fin son aún escasos.

1. Recomendaciones

- Iniciar un proceso de transformación de un programa específico de gobierno (la Red Solidaria) hacia una forma de gestión de la política social integrando los diversos programas en pos de un objetivo común, la erradicación de la pobreza extrema. Siguiendo a Hoddinott y Bassett (2008), se sugiere que en el rediseño de los programas se considere la débil capacidad de implementación con que se cuenta en el país, para que se diseñen estrategias que sean efectivamente realizables.
- La homologación de las características del PRAF Nacional con las del PRAF-BID fase III parece una buena vía para asegurar la sustentabilidad política y económica del programa nacional y así permitir que el concepto de integralidad se instale e impacte los niveles de pobreza a mediano y largo plazo. Indudablemente será un proceso complejo que requiere persistencia y voluntad política.
- Dado el bajo impacto de los bonos del PRAF en las estadísticas oficiales de pobreza e indigencia, sería interesante analizar la factibilidad de unificar varios de ellos, cuando se dirigen a la misma población objetivo. Esto además reduciría los costos de entrega para los programas involucrados y de recepción para los beneficiarios, especialmente aquellos de comunidades alejadas³⁵.
- Reforzar el programa de merienda escolar para atacar la desnutrición infantil. En términos nutricionales, Hoddinott y Bassett (2008) sugieren además centrar los esfuerzos

³² Esto no ocurre solamente en Honduras. En particular, en varios países se ha observado una difícil relación entre la “red” (por ejemplo, *Fome Zero* en Brasil o Chile Solidario) y su programa estrella (*Bolsa Família* y el Programa Puente), que pueden experimentar tensiones entre los objetivos amplios de la red y focalizados de los PTC, así como tensiones de protagonismos de sus líderes, de recursos comunicacionales, de atención de los gabinetes políticos o económicos, de influencia de unos y otros.

³³ Esto es también el caso del PRAF. Después de la elección del Presidente Ricardo Maduro en 2002 se cambiaron todos sus funcionarios, lo que ocurrió también con la elección del actual Presidente Manuel Zelaya en 2006, después de la cual se mantuvieron sólo cinco de los antiguos funcionarios (Moore, 2008).

³⁴ Por ejemplo, los montos globales que se estiman invertir con la Red Solidaria difieren según los documentos que se consulten.

³⁵ Según Moore (2008), muchos de los beneficiarios del actual PRAF Nacional caminan hasta dos horas para llegar al evento de distribución de la transferencia. En un evento presenciado por la autora, varios de ellos tuvieron que esperar más de nueve horas antes de recibir el dinero.

en el período óptimo para prevenir el retardo en crecimiento, que va desde el embarazo a los dos años de vida. Sin embargo, la anemia (deficiencia de hierro) debe ser acompañada por toda la niñez, porque afecta el aprendizaje y productividad futura. Ambas intervenciones pueden ser realizadas a través de suplementos alimenticios y de sesiones de consejería relevantes y específicas (como las relacionadas a condiciones de higiene y lavado de manos).

- Avanzar en el diseño de mecanismos de egreso de las familias beneficiarias, por la vía de la capacitación y formación para el trabajo asalariado o independiente y la capacidad de generación de ingresos.
- Realizar un esfuerzo por comunicar a los sectores de educación y salud la necesidad de controlar las corresponsabilidades.

V. Nicaragua

A. Contexto socioeconómico e institucional

Nicaragua ha vuelto a experimentar un profundo cambio en la orientación política de sus gobernantes. En efecto, tras la derrota electoral de los sandinistas en febrero de 1990, se inició una etapa de corte liberal que predominó en los gobiernos durante 16 años. La vuelta al poder de los sandinistas con el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional dirigido por Daniel Ortega, se inició en enero del 2007, por un período de cinco años.

Con un PIB per cápita de 885 dólares en 2007 (CEPAL 2009a), Nicaragua es el segundo país más pobre de América Latina y el Caribe³⁶. Ello lo hace uno de los mayores receptores de ayuda en América Latina, con un promedio de 650 millones de dólares anuales entre 1994 y 2005. En el 2003, la ayuda significó alrededor de un 20 por ciento del PIB y llegó a cubrir un 50 por ciento del déficit presupuestario (Pineda y Schultz, 2008).

Las políticas sociales en Nicaragua tienen unos cincuenta años de existencia, iniciándose en 1956 con la creación del Seguro Social y tomando fuerza tras el terremoto de 1972. Durante los años ochenta, el primer gobierno sandinista buscó incrementar la inversión social para hacer accesible la salud y educación gratuita para todos, así como las pensiones de los jubilados y víctimas de la guerra; sin embargo las restricciones macroeconómicas hicieron insostenible dicha política. Los noventa fueron una década de cambios e intentos de estabilización política, económica y de recuperación del empleo. Se planteó la desestatización y descentralización de los servicios de educación y salud y, hacia la segunda mitad de la década, se dio prioridad a la lucha contra la pobreza y la reducción del desempleo en un marco de estabilidad financiera y de crecimiento sostenible (Largaespada, 2006).

La Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza (ERCERP) de 2002 y luego el Plan Nacional de Desarrollo Operativo (PNDO) de 2005 impulsaron planes para combatir la pobreza y extrema pobreza. En la ERCERP y el PNDO existía una orientación hacia la modernización y el crecimiento como principal estrategia de reducción de la pobreza, con énfasis en el mejoramiento del capital humano, los ingresos y el empleo. La estrategia social preveía dos ejes: la

³⁶ El país con el PIB per cápita más bajo de la región es Haití, con 392 dólares por habitante.

inversión en el desarrollo del capital humano y una innovadora propuesta de establecer una red de protección a grupos vulnerables (Largaespada, 2006). En este marco, desde fines de la década pasada hasta el 2006, Nicaragua impulsó dos PTC: a fines del 1999, se impulsó la Red de Protección Social (RPS) y en 2004 el Sistema de Atención a Crisis (Largaespada, 2006; Moore, 2009).

En el Plan de Desarrollo Humano (2007) del actual gobierno, el énfasis está dado por el cambio de modelo económico, la participación del pueblo en las decisiones a través del “poder ciudadano” y la reorientación de la política social hacia la gratuidad de los servicios sociales, en particular salud y educación. La nueva administración impulsa por lo tanto una estrategia contra la pobreza basada en tres tipos de políticas: universales, asistenciales a la población más vulnerable, y de reactivación de la producción y el empleo a través de la capitalización a los pequeños y medianos productores agrícolas y urbanos.

En lo que respecta a las políticas sociales universales, la salud y educación se tornaron completamente gratuitas para la población que usa el sistema público. En las administraciones anteriores, los padres de familia debían pagar pequeñas cuotas de matrícula a los establecimientos educativos, las que fueron abolidas en aras de facilitar el acceso de los niños a las escuelas. En el campo de la salud, las familias que se atendían en el sistema público no pagaban los honorarios médicos, pero debían pagar sus medicamentos, exámenes u otros procedimientos en los hospitales públicos. En la actualidad, todo el proceso de atención es gratuito.

Adicionalmente, el control del precio de los frijoles es una medida de carácter universal que contiene el alza de precios de la canasta básica de alimentación de los más pobres³⁷. Se hace a través de la Empresa Nicaragüense de Alimentos Básicos (ENABAS), la empresa de abastecimiento del Estado, que acopia productos en época de precios bajos, permitiéndole bajar el precio entre tres y cinco córdobas por libra de frijol en época de alza.

Por otro lado, se ponen en marcha programas orientados a la creación o reactivación de pequeñas y micro empresas a través de Hambre Cero (en áreas rurales) y Usura Cero (en áreas urbanas). Ambos programas entregan capital: el primero en forma de animales y semillas y el segundo en forma de micro crédito.

Finalmente, a mediados del 2008, se reactiva el rol de las políticas de asistencia social a través del Ministerio de la Familia, con el lanzamiento del Programa “Amor”, eje estructurante de un nuevo Sistema de Bienestar Familiar en construcción (véase recuadro 10).

B. La Red de Protección Social (RPS)

La Red de Protección Social (RPS) nació como un programa orientado a fomentar la inversión en el capital humano de los grupos extremadamente pobres, con intervenciones en salud y educación, y mediante el alivio inmediato de las condiciones de pobreza a través de las transferencias monetarias condicionadas al cumplimiento de ciertos compromisos. Fue diseñado inspirándose en el Programa Progresos – hoy Oportunidades – de México y recibió apoyo de sus técnicos en la fase inicial (Regalía y Castro, 2007; Moore, 2009).

³⁷ Si bien es una medida de carácter universal, opera geográficamente, a través de 2.700 puestos de venta (Gobierno de Nicaragua, 2009) en sectores de escasos recursos.

**RECUADRO 10
PROGRAMA AMOR**

En septiembre de 2008 inició sus funciones el programa “Amor”, cuyas líneas de trabajo apuntan a conformar un “Sistema Nacional para el Bienestar Social”. Este programa es administrado por el Ministerio de la Familia, la institución estatal que norma, regula, administra, ejecuta y promueve leyes, políticas, programas y proyectos de protección social y protección especial a niños, niñas, adolescentes y sus familias, incluyendo a los adultos mayores, discapacitados y víctimas de guerra, que se encuentran en alto riesgo social y vulnerabilidad.

El programa privilegia cinco líneas de trabajo que son parte de las actividades regulares del Ministerio, dotándolas de nuevos énfasis y generando las coordinaciones necesarias para aumentarles su efectividad y constituir así un nuevo sistema de bienestar:

Restituir los derechos de los aproximadamente 25.000 niños, niñas y adolescentes que viven en las calles a vivir en familia, reincorporándose a la escuela y sin correr riesgos;

Restituir el derecho de 2.967 niños y niñas internados en Centros de Protección Especial a crecer con el amor y el cuidado de una familia. El programa Amor buscará que todos los niños que están internos recuperen su derecho a crecer con la protección de un hogar, sea este en su familia de origen o en una familia sustituta.

Crear y habilitar Centros de Desarrollo Infantil (CDI) para el cuidado profesional de las hijas e hijos de las madres que trabajan, tanto en zonas urbanas como en zonas rurales.

Restituir el derecho de niños y niñas a ser inscritos en el Registro Civil de las personas, ya que anualmente casi 50.000 niños y niñas quedan sin inscribirse.

Asegurar el derecho a atención especializada para niños, niñas y adolescentes que tienen discapacidades. Con este propósito, se irán habilitando Centros de Atención Especializada en todos los hospitales del Ministerio de Salud hasta completar 24 centros en el 2011. En estos centros, los niños recibirán servicios de estimulación, rehabilitación física, atención psicológica por personal especializado del Ministerio de Salud.

A través de estas líneas de trabajo, se busca contribuir al fortalecimiento de la familia, previniendo y disminuyendo factores de riesgo y vulnerabilidad mediante la promoción de la corresponsabilidad de la familia y la comunidad. El objetivo es permitir la integración de todos los miembros de las familias al desarrollo económico y social, para trascender de un enfoque asistencialista hacia la inversión en capital humano.

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Gobierno de Nicaragua (2009), www.mifamilia.gob.ni y www.conamornicaragua.org.ni/documentos.

El programa tuvo dos fases, la primera de las cuales (2000-2002), se ejecutó a través del Fondo de Inversión Social de Emergencia (FISE), y fue financiada con un préstamo del BID, con un costo de 11 millones de dólares, equivalentes a un 0,2% del PIB y un 2% de los gastos de educación y salud anuales. La positiva evaluación al cabo de la primera fase condujo a una extensión del programa por tres años más, con un costo adicional de 22 millones de dólares. El programa pasó a ser gestionado por el Ministerio de la Familia para darle mayor institucionalidad. En esta segunda fase, se le agregaron al diseño original algunas intervenciones adicionales de salud y de formación para el trabajo, se mejoró la focalización y se redujo levemente el monto de las transferencias (Regalía y Castro, 2007).

Desde marzo de 2000 hasta diciembre del 2006, la Red de Protección Social operó en nueve Municipios (seis en la fase I y tres en fase II de la RPS), que fueron escogidas en parte porque tenían una razonable oferta de servicios de salud y educación. En su máxima expresión el programa atendió a 23.500 familias en extrema pobreza, con un costo total en seis años de 27,5 millones de dólares, lo que cada año equivalió entre el 0,1% y el 0,2% del PIB (Largaespada, 2006).

1. Objetivos del programa

Según Largaespada (2006, pp. 336-337), la Red de Protección Social perseguía:

1. “Desarrollar acciones de protección del capital humano de familias rurales indigentes, en situación de crisis, que se lleven a cabo con la cooperación de los niveles de gobierno central, local y la sociedad civil.
2. Llevar a cabo intervenciones directas para mantener niveles mínimos de consumo mediante transferencias de activos y de capacidades, fomentando la corresponsabilidad familiar.
3. Racionalizar y ordenar los programas estableciendo sistemas de focalización objetivos y utilizando la evaluación como herramienta de diseño y control.
4. Asegurar el sostenimiento y la integración de las acciones de inversión en capital humano, vinculando lo social y lo productivo a través de transferencias sea para la creación de capacidades [...] sea para adquirir activos productivos [...].
5. Orientar las intervenciones de modo que las familias que egresan de los PTC se puedan insertar en programas de desarrollo dirigidos a la población en general que no utilizan transferencias monetarias [...].”

2. Población objetivo y mecanismo de focalización

Durante la puesta en marcha de la fase I de la RPS, se seleccionaron seis municipios del norte del país, con elevada pobreza³⁸ y que presentaban buena coordinación entre las autoridades municipales y los delegados de salud y educación. Con ellos se buscó la validación de la articulación entre las capacidades municipales y la infraestructura social creada por el FISE con el esquema de transferencias condicionadas (Largaespada 2006).

Se escogieron comarcas que tuvieran una cierta homogeneidad en sus niveles de pobreza. Eran elegibles todas las familias residentes. Se atendieron 6.000 familias en 21 áreas censales. En una segunda etapa, se agregó la focalización por hogar, extendiendo el programa solo en comarcas donde la población en extrema pobreza era mayor del 45%, incorporándose 4.000 familias más.

En la segunda fase de la RPS, se incorporaron 13.500 nuevas familias. El tipo de focalización dependía de los niveles de pobreza de las comarcas: si la pobreza extrema era mayor al 55%, todos los hogares eran elegibles; si la pobreza en la comarca era menor al 45%, se focalizaba por hogar, con un test de medios; si la comarca presentaba una pobreza entre 55% y 45%, se podía escoger cualquiera de los dos métodos.

Las representantes de las familias beneficiarias contaban al inicio del programa con un carnet con foto y código de barras que las identificaba. Posteriormente, se utilizó como identificación del programa la cédula de identidad, que en el país se exigía como documento oficial para cualquier transferencia o gestión con instituciones públicas. En paralelo, se realizaron coordinaciones con las Alcaldías para impulsar el proceso de actualización de las partidas de nacimiento —documentos oficiales para los niños desde su nacimiento— que servían como certificados de la existencia y edad de los niños en las familias beneficiarias.

³⁸ En dichos municipios, la pobreza extrema constituía entre el 36% y el 61% de la población y la pobreza entre el 78% y 90%. El promedio nacional de la pobreza extrema era de 21% y de la pobreza 45% (IFPRI, 2005).

3. Componentes del programa

En la primera fase (2000-2002), el programa presupuestó un bono para la oferta y demanda en salud y educación, así como un bono de seguridad alimentaria y corresponsabilidades en materia de capacitación. En la segunda fase (2003-2006), se aumentaron las prestaciones (o protocolos de atención) convenidas con los prestadores de salud, se redujo gradualmente el bono de seguridad alimentaria y se agregó un componente de formación ocupacional y educación de jóvenes.

Uno de los aspectos novedosos de la RPS fue la introducción en su diseño de incentivos por desempeño tanto a la oferta como a la demanda de servicios de salud. Los incentivos a la demanda en este programa tenían el sentido de alinear los objetivos personales con los sociales en materia de consumo de servicios preventivos de salud³⁹. Se sabía que la disponibilidad de oferta era muy inferior en el área de salud que en educación, por lo que más de un tercio de los recursos se asignaron a salud (Regalía y Castro, 2007).

El monto de las transferencias a las familias se estimó considerando la brecha de pobreza en el consumo, es decir, la diferencia entre el consumo promedio de los grupos extremadamente pobres y la línea oficial de la pobreza. El monto por bono alimenticio en la primera fase fue de 224 dólares anuales y el de educación alcanzaba los 112 dólares anuales por familia, con independencia del número de hijos. Se entregaba además una mochila escolar una vez al año por un monto de 21 dólares por niño, que aumentó a 25 dólares en la segunda fase. Sin embargo, en la segunda fase, el bono alimenticio se redujo y se hizo decreciente: 168 dólares el primer año, 145 dólares el segundo y 126 dólares el tercer año (Moore, 2009).

Las transferencias se entregaban a la madre o la persona responsable por las decisiones de compra y preparación de alimentos de los niños, y por su asistencia a la escuela y los controles de salud. La frecuencia de entrega fue cada dos meses, por medio de una empresa especializada cuyo costo máximo alcanzaba el 3% de la transferencia (Largaespada, 2006).

La condición era la asistencia a talleres de capacitación cada dos meses, el envío de los niños de 0 a cinco años a los controles de salud y la asistencia de los niños al 85% de las clases que le correspondían. La condición de escolaridad debía cumplirse en niños de siete a 13 años, hasta el cuarto grado, pues en muchos municipios no se impartía educación más allá de ese nivel (Regalía y Castro, 2007). Los beneficiarios tenían derecho a participar del programa por tres años, siempre y cuando cumplieran con sus compromisos. Esta regla se fijó por criterios presupuestarios y no técnicos (Regalía y Castro, 2007).

Entre las fases I y II del programa se incluyeron apoyos monetarios y un componente de formación ocupacional y educación de jóvenes financiado por el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE). Con ello se buscó facilitar el proceso de capacitación de mano de obra de acuerdo con la demanda y capacitar a los adolescentes y adultos desempleados. Estuvo dirigido a jóvenes de entre 14 y 25 años cuyas familias fueran parte de la RPS y a sus titulares. Los participantes recibían alrededor de 15 dólares al mes durante el curso y luego un bono de habilitación profesional de 200 dólares para la compra de herramientas, insumos o habilitación de su taller, contra la entrega de un plan de negocios. El programa pagaba directamente los cursos de educación de adultos y alfabetización al Instituto Nacional Tecnológico (INATEC), asegurándose que los currículos se adaptaran a las necesidades de los beneficiarios. El programa aseguraba además un monto de 10 dólares por mes a los empresarios que contrataban a los egresados de los cursos de formación profesional (Largaespada 2006).

³⁹ A pesar que el programa no tenía evidencia concluyente respecto de si la falta de acceso a la escuela y a los servicios de salud preventivos era debido a restricciones presupuestarias de las familias o de disponibilidad de oferta. Sólo se conocía la baja cobertura de ambos servicios en las localidades focalizadas (Regalía y Castro, 2007).

En cuanto a los incentivos a la oferta, para el caso de los prestadores de salud se estableció un monto de 54 dólares por año por familia beneficiaria en la fase I, que fue elevado a 90 dólares en la fase II. Ante la dificultad del Ministerio de Salud (MINSA) de extender la cobertura de servicios a la velocidad requerida por el programa, se decidió contratar los servicios de ONG o empresas de salud para la provisión de los servicios necesarios, cambiando la transferencia a un esquema de pagos contra resultados medibles en el cumplimiento de metas de calidad y cobertura en los territorios focalizados. Para el caso del componente educativo, se entregaban a las escuelas 4,74 dólares por niño por año, monto destinado a ser un suplemento de salario para los profesores y la compra de materiales; en la segunda fase este monto se aumentó a ocho dólares (Regalía y Castro, 2007).

CUADRO 14
COMPONENTES Y BONOS DE LAS DISTINTAS FASES DE LA RPS

| Fase de la RPS | Población objetivo | Componentes de capital humano, corresponsabilidades y bonos (año del monto del bono) ^a | | | |
|----------------------|---|---|---|---|-------|
| | | Educación | Salud | Alimentación/ Nutrición | Otros |
| RPS-I (2000-2002) | Familias pobres con hijos/as cursando 4to de primaria o menores de 13 años que no han completado los niveles correspondientes (hasta 4to grado) | <p>Asistencia a la escuela (hasta tres días de inasistencias sin justificación al mes o un 85% de asistencia)</p> <p>Bono escolar: US\$9,3 por familia/mes (2002 aprox.)</p> <p>Mochila escolar: US\$1,75 por hijo/mes (2002 aprox.)^b</p> <p>Bono a la oferta: US\$4,75 por estudiante/año (2002 aprox.)^c</p> | <p>Asistencia a controles médicos periódicos (niños/as hasta cinco años)</p> <p>Vacunas al día según calendario del Ministerio de Salud (niños/as entre 0- 5 años)</p> <p>Asistencia talleres informativos/de capacitación (dos veces por mes)</p> <p>Bono a la oferta: US\$54 (aprox.) por familia/año (2002 aprox.)^d</p> | Mantención de peso adecuado | |
| | | | | Bono de alimentación: US\$18,6 por familia/mes (2002 aprox.) | |

CUADRO 14 (continuación)

| Fase de la RPS | Población objetivo | Componentes de capital humano, corresponsabilidades y bonos (año del monto del bono) ^a | | | |
|-----------------------|---|--|---|----------------------------|--|
| | | Educación | Salud | Alimentación/ Nutrición | Otros |
| RPS-II (2003-2006) | Familias pobres con hijos/as cursando 4to de primaria o menores de 13 años que no han completado los niveles correspondientes (hasta 4to grado) Jóvenes entre 14 y 25 años que hayan terminado la primaria | Asistencia a la escuela (hasta tres días de inasistencias sin justificación al mes o un 85% de asistencia) | Asistencia a controles médicos periódicos (niños/as, adolescentes y mujeres embarazadas) Vacunas al día según calendario del Ministerio de Salud (niños/as entre 0-9 años) Asistencia talleres informativos/de capacitación (mujeres y adolescentes, dos veces por mes) | | Asistencia a talleres de formación profesional |

CUADRO 14 (conclusión)

| Fase de la RPS | Población objetivo | Componentes de capital humano, corresponsabilidades y bonos (año del monto del bono) ^a | | | |
|----------------|--------------------|---|---|--|---|
| | | Educación | Salud | Alimentación/ Nutrición | Otros |
| | | Bono educacional: US\$7,5 por familia/mes (2006 aprox.) | | | |
| | | Mochila escolar: US\$2 por hijo/mes (2006 aprox.) ^e | Bono a la oferta: Hasta US\$90 por familia/mes (2006 aprox.) | Bono de Seguridad Alimentaria: US\$10,5 – US\$14 por familia/año (2006 aprox.) ^f | Formación ocupacional: US\$15 por familia/mes (2006 aprox.) ^g |
| | | Bono a la oferta: US\$8 por niño/año (2006 aprox.) | | | |

Fuente: Elaboración propia en base a información oficial de los países, CEPAL, Panorama Social de América Latina, 2007, Largaespada (2006), Moore (2009).

^a Dólares de cada año; Conversión hecha en base a serie "rf" del Fondo Monetario Internacional.

^b Monto mensual aproximado. Transferencia se paga en una cuota anual equivalente a US\$21.

^c Familias deben remitir esta transferencia al comité escolar local.

^d Se paga a los proveedores de salud según el cumplimiento de metas de cobertura preestablecidas.

^e Monto mensual aproximado. Transferencia se paga en una cuota anual equivalente a US\$25.

^f Bono decreciente en un lapso de tres años: en el primer año se recibe el tope, en el segundo un monto intermedio (US\$12), en el último el mínimo.

^g Beneficio incluye además una transferencia “de habilitación profesional” que se realiza por una vez al finalizar la capacitación, equivalente a US\$200.

4. Coordinación interinstitucional

En la primera fase, el Fondo de Inversión Social de Emergencia (FISE) –creado en 1998 para coordinar programas de lucha contra la pobreza– acogió la dirección administrativa de la RPS. En esa fase, la coordinación interinstitucional se limitaba al Ministerio de Educación, Culturas y Deportes (MECD), MINSA y las alcaldías. El FISE representaba una sólida estructura institucional con presencia en todo el país, sin embargo, el tipo de actividades llevadas a cabo por el programa tenían poco en común con las actividades centrales llevadas a cabo por esta institución. Por lo tanto, se requirió una inversión inicial importante para que el equipo de RPS contara con las herramientas y procesos operacionales necesarios para implementar el programa del modo esperado (Regalía y Castro, 2007).

Además de la coordinación a nivel central, la RPS requirió cooperación a nivel municipal y comunitario. A nivel local, los Comités del programa realizaban la planificación y coordinación municipal. Dichos comités estaban compuestos por delegados de los Ministerios de Salud y Educación, dos representantes de la sociedad civil y personal de la RPS a nivel municipal (Moore, 2009). Al nivel de la comarca, se constituyeron las unidades ejecutoras locales (UEL), que estaban conformadas por un coordinador, los consejos escolares y los proveedores de salud, que tenían a su cargo el seguimiento y entrega de servicios (Largaespada, 2006). Estas unidades locales trabajaban con las promotoras comunitarias para poder implementar exitosamente el programa.

Las promotoras eran mujeres beneficiarias del programa, elegidas por la comunidad, que jugaron un rol importante en la organización de la comunidad y en el flujo de información entre el programa y las beneficiarias. Ellas fueron responsables de promover el cumplimiento de los requisitos del programa por parte de las familias beneficiarias; aclarar a la comunidad las interrogantes y dudas que surgieran sobre el programa; comunicar a la UEL las dudas y quejas que surgieran sobre el funcionamiento del programa o la entrega de servicios; promover el uso de bonos para la compra de bienes y servicios que mejoren el estado nutricional, educativo y de salud de las familias beneficiarias; y asistir a las reuniones de coordinación de la ejecución local del programa (IFPRI, 2004, p. 20). Todo esto demostró ser importante en el momento de coordinar las respuestas de la oferta a la creciente demanda de servicios de salud y de educación que generó el programa (IFPRI, 2005).

En la segunda fase, la RPS pasó a formar parte del Ministerio de la Familia y se agregaron otras instituciones a la coordinación: INATEC, el Instituto de Desarrollo Rural (IDR), el Instituto Nicaragüense de Tecnología Agropecuaria (INTA) y el Ministerio Agropecuario y Forestal (MAGFOR). Durante esta fase se descentralizó la responsabilidad de seguimiento y monitoreo de la provisión de servicios a las unidades ejecutoras locales de cada comarca. Pero se concentró en un solo comité técnico toda la responsabilidad de planificación programática (Largaespada, 2006). Esta transición no estuvo exenta de problemas y eventualmente el Programa fue perdiendo autonomía en la toma de decisiones y se vio perjudicado por la débil capacidad de planificación y coordinación de este Ministerio (Regalía y Castro, 2007).

5. Sistema de monitoreo y seguimiento

La RPS contó con un buen sistema de información para la gestión, donde tuvieron registrados al conjunto de beneficiarios con todos los datos básicos de la familia, tales como el nombre, número de hijos y edades. Asimismo, los proveedores de salud y maestros contaron con formularios especiales para consignar la asistencia de los niños a sus controles y las clases regulares de la escuela. Estos formatos con códigos de barra, eran periódicamente ingresados por el equipo de la RPS al sistema central que, de esa forma, contabilizaba los cumplimientos y calculaba los montos a pagar. Si las familias incumplían, se les descontaba de sus respectivos bonos. Sin embargo, este proceso tenía un desfase de algunos meses, lo que traía confusión en la explicación de los pagos a quienes se les hubiere descontado (Regalía y Castro, 2007).

6. Evaluación de impacto

El *International Food Policy Research Institute* (IFPRI) (2005) llevó a cabo diversas evaluaciones de impacto del programa RPS en sus dos fases, con diseño de tipo experimental en la fase I y cuasi experimental en fase II, en base a grupos de control/comparación e información cualitativa. Aunque hubo problemas con el grupo de comparación de la fase II, al haber sospechas de contaminación del grupo por la existencia de otros programas sociales a los cuales tuvieron acceso (en particular programas de salud), se pudieron extraer algunas conclusiones generales:

En primer lugar, se encontró que en las fases I y II, la RPS logró complementar los gastos de las familias en un monto similar al tamaño de los bonos, de manera de compensar los agudos efectos de la crisis económica derivada de la sequía y de la crisis del café que se vivió en esos años en la zona. En efecto, mientras el grupo de control bajó sus ingresos en esos años por la crisis, las familias del programa lograron un leve incremento en los gastos familiares, particularmente en las familias extremadamente pobres, que lo destinó a alimentos. No hay evidencia que ese aumento de gastos siguiera produciéndose tras finalizar la recepción de las transferencias. Este resultado indica que el programa funcionó como una red de protección ante el impacto de la crisis.

En segundo lugar, un elemento que mostró la evaluación es que el programa no afectó las decisiones de trabajo ni la participación efectiva en actividades remuneradas de los participantes. Específicamente y al menos en la primera fase del programa, éste no afectó la disposición de los beneficiarios a trabajar en comparación con la que tenían en el período inmediatamente anterior a ser beneficiarios (Moore, 2009). El monto de las transferencias no era lo suficientemente alto, como para permitirle a las familias dejar de depender de otras fuentes de ingresos. Además, las familias comprendían perfectamente que ellas se constituían en un apoyo transitorio para aliviar la crisis (IFPRI, 2004).

En tercer lugar, con respecto a las corresponsabilidades en salud que debían cumplir las familias, en las dos fases se observó un aumento significativo en la frecuencia de visitas al programa de Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD) de los niños menores de cinco años. Además, éstas siguieron dándose aún cuando ya no recibían transferencias pero el servicio se seguía prestando. En cuanto a las vacunaciones, no puede concluirse que el gran aumento mostrado pueda deberse solamente al programa pues el grupo de comparación también las exhibió. Sin embargo, para la fase II de la RPS el estudio evidencia mejoras modestas en las prácticas de salud materna.

En lo que respecta a los resultados sobre la nutrición, la evaluación mostró que el programa tuvo un impacto significativo en reducir el retardo en crecimiento en los niños menores de cinco años, con un efecto persistente en el tiempo. Pero el programa no fue exitoso en reducir los altos niveles de anemia en la población beneficiaria, a pesar de incluir la provisión de suplementos alimenticios con hierro y vitaminas para niños beneficiarios. Hoddinott y Bassett (2008) plantean que las posibles explicaciones para ello tienen que ver, por una parte, con que el programa presentó debilidades en la administración y provisión de estos suplementos; fueron poco constantes y a veces no se repartieron las dosis completas. Otra razón posible, es que existe evidencia a partir de estudios en terreno, que muchas madres no les dan los suplementos alimenticios a los niños, ya sea porque nos les gusta o les cae mal al estómago. Otra alternativa de explicación para el débil impacto sobre la anemia, es que los niños del grupo objetivo también presentan deficiencias en otros micronutrientes, lo que limita su respuesta hematológica al suplemento de hierro.

Respecto de las corresponsabilidades en educación, la RPS produjo impactos significativos en el aumento de matrícula en su primera y su segunda fase. Los efectos fueron más pronunciados en los niños menores (siete años) y los mayores (13 años). Asimismo, el programa logró reducir la deserción escolar en los primeros cuatro grados de las escuelas de los grupos de intervención. Sin embargo, es importante relevar que después de terminar los bonos, la matrícula bajó, pero no a los niveles observados antes del programa.

Con posterioridad a esta evaluación, en un análisis de los resultados de la RPS, Regalía y Castro (2007) concluyen que a pesar de la dificultad de separar los resultados producto de los incentivos a la oferta de los de la demanda que implementó el programa, parece claro que ambos trabajaron para la obtención de resultados positivos en la salud de la población atendida. En efecto, un estudio realizado 10 meses después que se retiró el incentivo a la demanda mostró que los servicios de salud preventivos siguieron siendo altamente utilizados por la población. Ello podría conducir a la conclusión que una buena política de incentivos basados en el desempeño sólo a la oferta podría bastar para obtener mejoramientos en el uso de los servicios de salud. Sin embargo, Regalía y Castro (2007) concluyen que no se puede dejar de reconocer que, aun después de eliminados, los incentivos a la demanda siguen ejerciendo un impacto positivo sobre la utilización de los servicios, por lo menos en el corto plazo.

7. Fortalezas y Debilidades de la RPS

Una de las principales fortalezas de la implementación de este programa, fue la constitución de un equipo técnico fuerte y comprometido con la tarea que tenían por construir, que fue capaz de liderar el proceso y aprender de experiencias externas exitosas. Esto mismo ayudó a que se comunicara con fuerza y coherencia el sentido y objetivos del programa entre implementadores y beneficiarios, logrando un involucramiento comprometido de los actores.

La fluidez de la comunicación hacia las comunidades beneficiarias, fue apoyada por otra de las grandes fortalezas de la RPS, que fue la preparación de promotoras dentro de la comunidad. Ello tuvo un impacto muy positivo en términos de la participación y compromiso de la comunidad en la iniciativa, reforzando la perspectiva de derechos que se intenta implementar con este tipo de programas.

Sin embargo, la fluida comunicación no se logró instalar a nivel nacional, fallando en vender los resultados de impacto exitosos del programa a los actores políticos relevantes, lo que terminó afectando la propia continuidad de la RPS, a pesar de ser muy valorada a nivel internacional. La complejidad de comunicación de resultados a nivel nacional, se vio acrecentada por la presencia de resistencias ideológicas a algunas características de la RPS, como el ser financiada por organismos financieros internacionales y utilizar la externalización de servicios de salud a privados (Moore, 2009).

Los resultados menos positivos de la RPS –y que debilitaron su imagen pública–, tuvieron relación con la fragilidad de los procesos administrativos para la provisión de algunos de los servicios estipulados, así como con las dificultades institucionales que se presentaron en el proceso de transición de la primera a la segunda fase del programa. Esta debilidad en las capacidades institucionales también afecta la coordinación y provisión de otros servicios sociales, como se verá con la descripción de los otros programas analizados.

Finalmente, al igual que en otros PTC, el que las transferencias se hayan centrado en la mujer del hogar fue bien recibido por las comunidades y, en general, sirvió para empoderarlas –aumentando su autonomía en el manejo de recursos tanto económicos como de información y educación– y para acrecentar los beneficios educacionales y sanitarios en los niños. Sin embargo, tiene la contraparte de reforzar el rol tradicional que tienen las mujeres en estas comunidades, de ser las responsables de la alimentación y educación de sus hijos, liberando a sus compañeros de ese rol.

C. Sistema de Atención a Crisis

El objetivo del Sistema de Atención a Crisis fue promover la gestión social del riesgo en sentido amplio, contra eventos ambientales, sociales y económicos. Este programa funcionó brevemente, entre noviembre de 2005 y diciembre de 2006, en seis municipios y benefició a 3.000 hogares (Moore, 2009)⁴⁰.

Este ha sido el PTC más evolucionado que se ha diseñado en Nicaragua. Tuvo un mecanismo flexible para responder ante eventos desastrosos que afectan a familias individuales o grupos territoriales. Utilizó todos los mecanismos de focalización y corresponsabilidades de la RPS, incorporando la entrega de un bono de habilitación productiva tras la finalización de un curso de formación ocupacional para el beneficiario. En lo relativo a las prestaciones de salud, difirió de la RPS en cuanto sólo adherían los servicios estatales de salud, es decir, no hubo empresas privadas prestadoras de servicios involucradas en el programa (Largaespada 2006).

La focalización por hogar se hacía mediante la identificación de los territorios afectados por parte de las delegaciones locales del Ministerio de la Familia. Eran elegibles los hogares en extrema pobreza⁴¹, que hubiesen enfrentado crisis por muerte del jefe de familia, enfermedad o accidente grave del proveedor de ingresos, violencia intrafamiliar, pérdida de vivienda o explotación comercial de menores.

En el caso de la focalización de grupos territoriales, se identificaba el área, el número de hogares afectados y se recopilaban datos del siniestro. Luego se aplicaba el índice de pobreza por NBI, se determinaba la caída de los ingresos por el evento y se calculaba la pérdida de activos. Eran elegibles los hogares con más de tres NBI, afectados por desastres naturales como sequías, depresión económica local, plagas, incendios forestales o desalojos.

El costo de este programa fue de tres millones de dólares, de los cuales 2,3 millones lo constituyeron transferencias. Los montos de las transferencias eran (Banco Mundial, 2006b):

- Bono escolar: hasta 90 dólares por familia al año, entregada a las familias que tuvieran al menos un hijo entre siete y 14 años de edad matriculado entre primero a sexto grado;
- Mochila escolar: 25 dólares anuales por cada niño matriculado;
- Bono a la oferta educativa: ocho dólares anuales por alumno;
- Bono de seguridad alimentaria: 145 dólares por familia al año;
- Bono a la oferta de salud: 90 dólares anuales por familia, lo que incluye el pago de los servicios de salud brindados por el proveedor de salud y capacitación;
- Habilitación productiva: 200 dólares, entregados una sola vez al presentar un plan de habilitación productiva;
- Formación ocupacional: 90 dólares por hogar al año; se entregaba mientras el capacitando participaba de los cursos de formación.

Los beneficiarios tenían que realizar tres tipos de acciones de corresponsabilidad: participar de los procesos de recuperación impulsados a nivel local, mantener los niños entre seis y 14 años en el sistema educativo, y llevar los infantes de 0 a cinco años a visitas en los centros de salud al menos cada tres meses.

⁴⁰ Posteriormente, el sistema incorporó un dispositivo propiamente de respuesta a emergencias ambientales, estableciendo un Sistema de Alerta Temprana articulado con el Sistema de Atención, Previsión y Mitigación de Desastres (SINAPRED).

⁴¹ Definidos como aquellos que tenían al menos cinco necesidades básicas insatisfechas.

1. Evaluación de impacto

Macours, Schady y Vakis (2008) realizaron una evaluación del impacto en el desarrollo cognitivo de los niños que recibieron transferencias condicionadas provenientes del programa Sistema de Atención en Crisis, buscando encontrar evidencia de cómo cambia el desarrollo cognitivo de los niños al recibir transferencias monetarias. A través de un diseño experimental, con tres grupos de tratamiento y uno de control, la evaluación comprobó que a nueve meses del inicio de las acciones del programa, hubo un impacto positivo en las medidas de desarrollo personal, social y de lenguaje. Los resultados en lenguaje fueron mayores para niños más grandes que pequeños. Se comprobó que los hogares gastaron más recursos en insumos críticos para el desarrollo cognitivo, como el consumo de alimentos ricos en nutrientes, estimularon más a sus niños pequeños e hicieron un uso más intensivo del sistema de salud preventivo. Al mismo tiempo se encontró que los retrasos en lenguaje y memoria del grupo de control eran muy severos. El 85% de los niños tenían más de 21 meses de atraso en lenguaje receptivo. Estos atrasos aumentaban con la edad, lo que podría estar indicando que eran cada vez más difíciles de resolver.

D. Programa de micro crédito Usura Cero

El objetivo del programa de micro crédito Usura Cero, que se inició en septiembre de 2007, es dinamizar la producción urbana en pequeños negocios de mujeres, así mejorando los ingresos de las familias participantes. El programa es administrado por el Consejo Nacional del Poder Ciudadano para el Programa Usura Cero, coordinado por la Presidencia de la República a través de la Secretaría de Comunicación y Ciudadanía. Conforman el Consejo: el Procurador Especial de Participación Ciudadana, quien actúa como Vice-Coordinador, el Ministro del Ministerio de Fomento Industria y Comercio (MIFIC), el Ministro del Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP), el Director Ejecutivo del INATEC, el Secretario Adjunto del Consejo Nacional de Planificación Económica y Social (CONPES) y 10 socias del programa. La coordinación administrativa del programa está bajo la responsabilidad del Ministerio de Fomento, Industria y Comercio.

1. Población objetivo y mecanismo de focalización

Usura Cero busca beneficiar a unas 95.000 pequeñas empresas de mujeres que viven en barrios urbanos de los diferentes municipios del país. Las mujeres que tengan alguna capacidad de emprender un pequeño negocio o quieran fortalecer uno existente, son candidatas a recibir microcréditos del programa. Deben tener más de 18 años, cédula de identidad vigente y estar dispuestas a organizarse solidariamente en grupos de cinco a 10 personas que no habiten en la misma vivienda, ni sean familiares. También deben estar dispuestas a firmar un acta de compromiso, a recibir capacitaciones y elaborar un plan de negocios que les permita pagar semanalmente la amortización de su crédito.

El mecanismo de selección de las beneficiarias se asemeja al del Programa Hambre Cero (véase la siguiente sección), ya que son los líderes comunitarios pertenecientes a los Consejos del Poder Ciudadano (CPC)⁴² los que organizan grupos de mujeres potenciales beneficiarias y, en asambleas comunitarias, se define quiénes accederán a dichos préstamos.

2. Componentes del programa

Este programa tiene dos componentes intrínsecamente unidos: la entrega de crédito y la asistencia técnica. Los créditos son de un mínimo de 100 y un máximo de 300 dólares, con un período de recuperación de mínimo tres y máximo ocho meses. Desde la primera semana, el crédito se amortiza

⁴² Son organizaciones territoriales creadas e impulsadas por el gobierno de Ortega (decreto de gobierno 003-97) y que responden a la Presidencia de la República.

según calendario semanal comprometido con los líderes comunitarios del programa. Las condiciones de tasa de interés son de un 4% real anual, más un 1% por gastos administrativos. Los pagos se realizan en ventanillas abiertas especialmente para tales efectos, en cada uno de los municipios de los diferentes departamentos.

El inicio de actividades se acompaña con capacitación y asistencia técnica a las socias, en coordinación con INATEC, para explicar los objetivos del programa, elaborar un plan de negocios de inversión y mejorar la administración de sus microempresas. Una vez iniciadas las actividades, se realizan visitas de asistencia técnica y visitas de seguimiento a cada participante o grupos de participantes.

3. Gestión y financiamiento

La gestión central de Usura Cero se realiza desde el MIFIC. Sin embargo, la gestión local está a cargo de los líderes comunitarios de los CPC, que realizan desde la selección de beneficiarias, hasta la formación de grupos solidarios –cuya principal función es de aval mutuo y acompañamiento en el desarrollo de los proyectos–, y la supervisión de la ejecución y pagos semanales. La capacitación de las socias se realiza en coordinación con diferentes instituciones del gobierno.

En 2008, el programa tuvo una asignación presupuestaria de 5,4 millones de dólares. El programa hasta el momento no ha tenido grandes costos administrativos, dado que éstos son absorbidos por la estructura del MIFIC. De los 7,8 millones de dólares que se entregaron entre 2007 y 2008, se ha recuperado el 101,4%, y esto ha permitido volver a prestar alrededor de cuatro millones de dólares.

4. Ejecución del programa

A diciembre de 2008 –a quince meses de haberse impulsado el programa–, Usura Cero está presente en 129 municipios, incluyendo Managua, y en 2.559 barrios a nivel nacional. Esto representa el 84% del territorio. El programa cuenta con 71.526 socias a nivel nacional (Gobierno de Nicaragua, 2009), lo que beneficia a unos 426.000 personas. Sus autoridades destacan que el programa ha permitido el fomento de nuevos agentes económicos a través de la asociación de mujeres que no habían tenido acceso al trabajo y eran excluidas de la selección de préstamos.

E. Programa productivo alimentario Hambre Cero

Si bien este programa no se inscribe dentro de las características típicas que definen a los PTC, comparte con ellos ser una transferencia de recursos desde el Estado hacia familias de escasos recursos –aunque en este caso no en los más pobres–, a cambio de ciertas condiciones. Los recursos que se transfieren son bienes de capital agropecuario y asistencia técnica. La condición para recibirlos es la disponibilidad de la familia a usarlos productivamente, destinando su terreno y su trabajo a la formación de esta empresa familiar.

Hambre Cero se define como un programa de generación de capacidades y de capitalización a las familias productoras empobrecidas, con un enfoque “productivo, agroecológico, agroindustrial y participativo, que además restaura el derecho de las mujeres a ser sujetos productivos y sociales” (Gobierno Nicaragua, 2008). Los objetivos generales del programa son reproducir en forma ampliada la economía campesina y dinamizar el mercado interno. Los objetivos específicos son producir alimentos⁴³ en forma diversificada y autosostenida, y garantizar la seguridad y soberanía alimentaria.

⁴³ Para el auto consumo en una primera etapa y excedentes para el mercado interno y de exportación en una segunda.

El programa productivo alimentario está dirigido al rescate de las capacidades productivas de las familias campesinas empobrecidas, está diseñado para cubrir todo el territorio nacional en cinco años y su costo se ha estimado en 150 millones de dólares (IEEP, 2008).

1. Población objetivo y mecanismo de focalización

Hambre Cero está dirigido a las familias campesinas empobrecidas, pero que cuentan con una parcela de tierra en condiciones de ser explotada. La titular será la mujer, en el entendido que es ella quien asegurará el buen uso de los activos entregados para la subsistencia de su familia.

Al momento de su entrada en marcha, el programa contemplaba beneficiar a un total de 75.000 familias en un lapso de cinco años, con un calendario de alrededor de 15.000 familias por año. Para dimensionar el impacto que el programa podría alcanzar, se debe considerar que, según estimaciones preliminares de la CEPAL, al 2005 el número de familias en extrema pobreza era de alrededor de 265.000 y en pobreza 538.000. Como el programa no está dirigido a la extrema pobreza, sino a quienes son pobres y poseen un terreno donde producir, el programa estaría apuntando al 2,8% de las familias pobres al año. Si se cumple la meta, al finalizar los cinco años, este programa beneficiaría en total al 14% de las familias pobres⁴⁴.

El mecanismo de focalización consiste en primer lugar en la determinación de las zonas geográficas a las que se beneficiará, con criterios de pobreza y de tipo político organizacional. Los delegados de los CPC y de las alcaldías se reúnen con los líderes comarcales de cada municipio y definen las comunidades participantes. Una vez elegida la comunidad, se selecciona a las familias beneficiarias en función de:

1. Sus necesidades: que sean de las más pobres;
2. Sus capacidades: que posean un terreno de al menos una manzana donde producir y que disponga de agua;
3. Su compromiso: la familia debe aceptar las capacitaciones técnicas del MAGFOR, asistir a las charlas y realizar todo el trabajo que significa montar una pequeña empresa productiva con los bienes de capital que el gobierno les provee.

2. Componentes del programa

El principal componente de Hambre Cero es el “bono productivo alimentario” que se entrega principalmente en especies. Consiste en una vaca y una cerda preñadas, así como algunos insumos para la alimentación de los mismos durante algunos meses. El paquete incluye aves de corral, semillas, materiales de construcción para establos. También se entregan plantas: frutales, forestales y hortalizas. Se contempla un acompañamiento técnico de las familias beneficiarias para capacitarlas en aspectos agrícolas y también económico financiero. Asimismo, el programa impulsa la formación de núcleos de 50 familias que, agrupadas, podrían enfrentar mejor las condiciones de comercialización y venta y así generar un nuevo modelo de desarrollo rural comunitario.

En 2008, el gobierno ha creado un “bono de patio” para familias que cuenten con menos terreno que el necesario para mantener los animales que se reciben a través del bono productivo alimentario. Cada bono de patio tiene un valor de 3.000 Córdobas (aproximadamente 150 dólares) y cuenta con seis aves de patio, un peligüey, dos plantas frutales, dos cepas de chagüite, cinco sobres con semillas de hortalizas, diez yardas de plástico negro, un módulo de herramientas compuesta de

⁴⁴ Esto es sin considerar errores de inclusión de familias no pobres y de exclusión de familias pobres en el programa.

machete, rastrillo, azadón y pala⁴⁵. Con este bono se pretende beneficiar a 25.000 familias pobres de los distritos III, V y VI de Managua, utilizando fondos provenientes de la ALBA.

3. Reglas de egreso, monitoreo y evaluación de impacto

No existen reglas de egreso puesto que Hambre Cero consiste básicamente en la entrega de los bienes de capital a los campesinos y un cierto acompañamiento técnico. No se conoce cuánto tiempo durará este apoyo y cómo se va a definir su conclusión. Sin embargo, el programa considera en su diseño la formación de un fondo de recursos revolvente, alimentado por el 20% de los recursos recibidos, que las familias deben devolver al programa una vez estén produciendo en régimen y vendiendo para el mercado. Esto es un elemento de sostenibilidad del programa en tanto esos recursos puedan servir para nuevos beneficiarios.

Tampoco se han definido mecanismos de seguimiento y monitoreo aparte de los informes que realizan los técnicos del MAGFOR –involucrados en la asistencia técnica a las familias beneficiarias– para sus superiores. Asimismo, el programa no contempla en su diseño inicial mecanismos o procesos para realizar una evaluación de impacto. Es decir, aun no se dispone de una línea de base con la cual se pudieran comparar los resultados del programa Hambre Cero en algunas variables relevantes que se buscan mejorar.

4. Institucionalidad, organización, gestión, financiamiento y ejecución

En su conceptualización inicial, el programa Hambre Cero iba a ser administrado por el Consejo de Seguridad Alimentaria, como uno de sus pilares de la política de seguridad alimentaria. El programa se desarrollaría a través de organizaciones no gubernamentales (ONG) especialistas en el sector agropecuario, las que canalizarían el bono productivo alimentario y el apoyo técnico a las familias.

Sin embargo, una de las grandes críticas del actual gobierno a los programas de los gobiernos anteriores ha sido la “tercerización” de las actividades que debiera realizar el Estado. El gobierno de Ortega por lo tanto no ha continuado los programas que contaban con ONG o instituciones privadas que prestaban servicios de salud, educación, nutrición, para que sean las instituciones del Estado las que asuman dichas actividades.

La propuesta de gestión inicial del programa no se materializó y Hambre Cero es ejecutado en la actualidad por el MAGFOR, a través de sus delegaciones departamentales. Esto significaría un ahorro sustancial en los gastos administrativos del programa, que se destinarían a aumentar el número de familias beneficiadas⁴⁶.

La organización territorial de Hambre Cero comprende tres instancias (IEEPP, 2008): departamental, municipal y comarcal. La instancia departamental se constituye en la ciudad cabecera a través de una asamblea donde se elige a quienes serán los directivos. Esta directiva está compuesta por el representante de un CPC, un representante de la alcaldía y un técnico del MAGFOR. Esta institucionalidad se replica en las instancias municipales y comarcales.

Para el año 2008 se contemplaron 20 millones de dólares en el presupuesto de la Nación⁴⁷. Esto significa el 1,26% del presupuesto total del año. En una estimación que hace el IEEPP (2008), se señala que este presupuesto representa el 2,2% del total de gasto en pobreza, lo que es un monto pequeño para los objetivos de reducción de la pobreza en el país.

⁴⁵ Véase la página del programa: <http://www.magfor.gob.ni/webppa/EjecucionBono.aspx>.

⁴⁶ Véase www.magfor.ni/webppa.

⁴⁷ Véase Ley Presupuesto 2008, Ministerio de Hacienda de Nicaragua.

La fuente de estos recursos está dada en un 42% por rentas procedentes del programa del alivio de deuda, en un 12,7% por rentas del tesoro, en un 32% por donaciones y un 12% por préstamos (IEEPP, 2008). Además, para Hambre Cero, el gobierno recibió de los fondos de la Alternativa Bolivariana para América Latina y el Caribe (ALBA) otros 16 millones de dólares. Estos fondos no están sujetos a fiscalización legislativa o ciudadana porque no son reflejados vía Presupuesto General de la República, ni a través del Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP)⁴⁸.

Según datos del gobierno, desde que inició el programa Hambre Cero los beneficios llegaron a 32.359 mujeres y sus familias. En 2007, se entregaron 13.000 bonos productivos en 12 departamentos del país, que aumentaron a 19.359 en todos los departamentos del país en 2008 (1.524 fueron bonos de patio) (Gobierno de Nicaragua, 2009).

F. Fortalezas y debilidades de Hambre Cero

De la rica experiencia de Nicaragua en programas sociales en la última década, en esta sección examinaremos el programa Hambre Cero, para exponer algunas de sus fortalezas y debilidades más evidentes.

A diferencia de los PTC, el actual programa Hambre Cero focaliza su acción en el área productiva, buscando generar encadenamientos positivos con el área de seguridad alimentaria. La apuesta es que la entrega de transferencias en especies de capital como son animales y semillas, generará un impacto positivo en la producción de alimentos que no solo apoyará a los beneficiarios directos sino también al resto de la comunidad, al disponibilizar los excedentes del consumo familiar a través del mercado. Asimismo, la asociatividad, como forma de organización para la sustentabilidad de empresas productoras y comercializadoras, parece un esquema viable. Ella fortalece las organizaciones de pequeños productores y los capacitará para entrar al mercado.

Aunque la integración de la preocupación social con las políticas productivas puede ser una manera efectiva de abordar la pobreza, resta a ver si se llevarán acciones específicas dirigidas a los más pobres. Hambre Cero no se dirige a los indigentes: para ser beneficiario del programa, se debe tener una propiedad de cierto tamaño que permita el pastoreo de las vacas, los cerdos o las cabras y las aves de corral. Si bien apunta a los temas alimentarios, no contiene iniciativas específicas contra la desnutrición, como capacitación a las madres, u otros miembros de la familia que preparen los alimentos, ni la entrega de suplementos alimenticios que son una constante en los programas que buscan combatir activamente la desnutrición. Tampoco el programa apunta a combatir los principales desafíos en educación, salud, nutrición y trabajo infantil que presenta Nicaragua, los que deberán ser cubiertos por las políticas sectoriales.

En términos de la generación de ingresos monetarios por parte de las familias que integran este programa, se deberá evaluar cuál es la capacidad real que éstas tienen para insertarse en el mercado local. Lo anterior cobra relevancia si se considera que a la luz de otros programas de este tipo, el capital otorgado se orienta a generar mejores posibilidades para la autosubsistencia más que para la generación de excedentes y emprendimiento. Este punto será también clave para poder identificar las posibilidades que tendrán estas familias para poder devolver el 20% de los recursos recibidos al programa tras su ejecución.

⁴⁸ El SNIP, junto al Sistema Integrado de Gestión Financiera y Auditorías (SIGFA) –que permite el seguimiento del gasto público en línea–, la Cuenta Única del Tesoro (CUT) y la nueva Ley de Administración Financiera (2005) –donde se deben estipular todos los recursos con los que se contará, incluyendo las donaciones– es uno de los instrumentos que permiten una mayor transparencia en el uso de los recursos del Estado (Pineda y Schultz, 2008).

En cuanto al diseño, se detectaron aspectos no previstos relativos a la institucionalidad del programa. Su ejecución recayó en el MAGFOR, pero ni la legislación ni dicho Ministerio permitían las compras y transferencias de animales y otras especies a personas naturales como los beneficiarios de Hambre Cero. Ello ha sido fuente de problemas, atrasos en el cronograma de distribución y críticas de parte de los opositores. Asimismo, en cuanto a la ejecución, se pudo detectar precarios sistemas de control de gestión, dificultades en la distribución de los bienes a los beneficiarios, insuficiente número de técnicos para la asistencia técnica, así como un elevado porcentaje de pérdidas de animales (aproximadamente un 10%).

Un punto importante de la ejecución del programa lo constituye el mecanismo de focalización. En efecto, es de elevada subjetividad de los líderes comunales, otorgándole todo el poder a los CPC que pueden sesgar sus decisiones por razones clientelistas. Según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) de la ONU, “se observa con preocupación la falta de una efectiva implementación y de sostenibilidad del programa Hambre Cero” en particular en la zona del Pacífico, la zona central y las regiones autónomas⁴⁹.

1. Recomendaciones para Hambre Cero

- Para llegar a los pobres, parece necesario perfeccionar el mecanismo de selección de beneficiarios hacia un instrumento más técnico y menos subjetivo. En particular, se podría diseñar algún mecanismo de revisión de los procesos de selección de beneficiarios en los casos de errores de exclusión e inclusión, los que parecen abundar dado el método de selección.
- También es importante contar con un registro formal de beneficiarios y sistemas de control de gestión y monitoreo de las acciones en las diversas regiones.
- Parece oportuno apoyarse en profesionales, técnicos y organismos de la sociedad civil para mejorar la cobertura de asistencia técnica a las familias, de manera de agilizar la entrada en producción de los predios beneficiados con el bono productivo alimentario.
- Se podría vincular el programa Hambre Cero con el área de la salud preventiva, con un fuerte componente en capacitación en higiene, manejo de animales y hortalizas y consumo seguro, pues un errado manejo de animales y alimentos puede causar infecciones u otras externalidades negativas. Vincular asimismo el programa al sector educación, asegurando que los niños y niñas cumplan sus obligaciones escolares.

⁴⁹ Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) sobre Nicaragua publicadas el 24 de noviembre 2008. En: http://www.pidhdd.org/index.php?option=com_content&task=view&id=166&Itemid=1&limit=1&limitstart=0.

VI. Lecciones de la experiencia

Los PTC de los países analizados comparten características comunes, especialmente en lo que concierne a su estructura y procesos básicos, formando una unidad conceptual reconocible. Sin embargo, en la práctica resultan bastante diferentes en sus objetivos, componentes, énfasis de gestión e impacto.

Un rasgo característico encontrado no sólo en los tres países estudiados sino en otras experiencias en la región es el apoyo político que concitan los PTC, lo que a su vez contribuye a generar mayor apoyo financiero, a diferencia de los programas sociales tradicionales. Asimismo, los PTC han concitado el favor de diversos actores de la sociedad civil, organismos internacionales y bancos multilaterales. Ello constituye una fortaleza y a la vez una amenaza, pues si bien existe una tendencia positiva de las instituciones multilaterales y de los donantes a apoyar este tipo de programas con recursos financieros y asesorías técnicas, y de la propia población nacional no beneficiaria al percibirlos como recursos que se entregan a quienes realmente lo merecen, la identificación de estos programas con las personas o los sectores políticos que los impulsan, constituye un serio desafío para su sostenibilidad en el tiempo. Del mismo modo, la entrega de los beneficios no está inmune a las prácticas clientelistas que han sido frecuentemente denunciadas en otros programas sociales.

Por lo general, los PTC en Guatemala, Honduras y Nicaragua están o estuvieron basados en buenos diagnósticos de los principales problemas que enfrentan estos países. Buscan abordar los principales problemas de baja cobertura educativa, de falta de acceso a la salud y, en menor medida, de desnutrición infantil. El monto de las transferencias, aunque relativamente bajo, representa efectivamente un alivio inmediato para los pobres, con variaciones entre los países (véase la sección E del capítulo VI).

Otro elemento a destacar es la emergencia de líderes comunitarios y “promotoras” que acompañan la implementación de los PTC. Ello puede contribuir a fortalecer la organización informal de las comunidades así como su apropiación de los temas de salud, educación y nutrición — incentivándolas a reunirse, a conocer los programas, a formar comunidades de usuarios de la salud, de padres y apoderados, que se reúnen para allegar recursos a sus localidades. Sin embargo, los PTC pueden también tener efectos menos positivos sobre las comunidades, dado que la focalización por hogares en aldeas pobres podría crear conflictos entre los que son seleccionados y los que quedan fuera del programa⁵⁰.

⁵⁰ En una evaluación de la RPS de Nicaragua, Adato (2004) encontró que entre los beneficiarios existían sentimientos de “molestia” y “envidia”, aunque en algunas comunidades ocurrió que los beneficiarios hicieron colectas para comprar útiles escolares para los niños no beneficiarios.

Las debilidades más frecuentes de los programas analizados están en la escasez de recursos destinados a los sectores de educación y salud para hacer frente al aumento de la demanda y en la frágil participación de los mismos. Si bien los PTC tienen como objetivos enfrentar a la vez los problemas de capital humano y de pobreza de ingresos, en la práctica, aún son eminentemente subsidios a la demanda, con limitado –en el caso de la RPS de Nicaragua y del PRAF-BID fase II y III en Honduras– o todavía por verse –en el caso de MFP en Guatemala– énfasis sobre la oferta de salud o educación. Los objetivos de largo plazo de los programas encuentran también barreras estructurales cuando los PTC dependen mayoritariamente del financiamiento externo, que se puede terminar en un plazo definido, sin haberse necesariamente logrado los objetivos de fortalecimiento del capital humano.

En Guatemala y Honduras, así como en Nicaragua con su nueva generación de proyectos productivos, se encontraron también débiles arreglos institucionales que frenan el avance eficiente en los cronogramas de los respectivos programas. Ello puede ser producto de la precariedad de los sistemas internos de soporte, tales como los registros de beneficiarios (especialmente en Guatemala y Nicaragua), la verificación de corresponsabilidades y los sistemas de pago.

En lo que sigue se analizarán los objetivos y controles de corresponsabilidades de los programas de Honduras, Guatemala y Nicaragua, así como sus coberturas, sus vínculos con los sectores sociales de salud y educación, algunos elementos de sus modelos de gestión, y sus impactos sobre las condiciones de vida de la población. Cuando corresponda, se hará el contrapunto con los casos de Brasil, Chile y México.

A. Diversidad de objetivos

Los PTC implementados en Honduras, Nicaragua y Guatemala responden en gran medida a dos modelos, según se enfatice más la transferencia de ingreso o el fortalecimiento del capital humano (véase sección C del capítulo I). Uno es *Bolsa Família* de Brasil que, si bien condiciona los recursos entregados a las familias, tiene como objetivo principal una transferencia de ingreso que permita a las familias una alimentación adecuada. Por esto, varios autores mencionan que los controles de las corresponsabilidades fueron inexistentes en un principio y en la actualidad siguen siendo relativamente laxos (Draibe, 2006; Soares et al, 2007). El otro es Oportunidades de México, que se define como un programa de desarrollo humano y sus funciones son las de articular incentivos para la educación, salud y nutrición, y el desarrollo de las capacidades de las familias beneficiarias. Este es un programa que logra poner en marcha recursos tanto para la oferta como para la demanda e impactar los objetivos de desarrollo de las personas.

En Honduras, el PRAF Nacional —la parte del programa que se ejecuta con fondos nacionales desde 1990— hasta muy recientemente constituyó principalmente un subsidio monetario sin condición, por lo que el objetivo fundamental era el suplemento de ingresos a las familias pobres. Desde los proyectos piloto PRAF-BID fase II y fase III, se están imponiendo corresponsabilidades de educación y salud, agregando los objetivos de elevar los niveles educativos y mejorar la salud y nutrición de la población a través del aumento de la cobertura de dichos servicios. Las corresponsabilidades se están implementando en 164 aldeas de cuatro departamentos del país. Mientras se está buscando homologar las estructuras administrativas para tener un solo programa en base al modelo de fase III en todo el territorio nacional, el PRAF Nacional ha seguido entregando subsidios monetarios básicamente sin condiciones.

En el caso de PRAF-BID fase II y fase III, las similitudes con Oportunidades de México son importantes en cuanto al énfasis puesto en la acumulación de capital humano por sobre las transferencias de ingresos. Esto puede apreciarse tanto en la forma de cálculo de los montos –en función del costo de oportunidad que enfrentan los hogares al momento de acudir a los servicios de

salud o mandar a sus niños y niñas a la escuela–, como en el diseño de acciones por el lado de la oferta tendientes a reforzar la capacidad de los servicios públicos, o también en la incorporación de transferencias y corresponsabilidades relativas a componentes de capacitación profesional.

En la RPS de Nicaragua, desde un principio hubo simultaneidad de objetivos, tanto de suplementar ingresos como de mejorar las condiciones de salud, nutrición y educación. Así, se controlaron la asistencia escolar y la periodicidad de las visitas a los centros de salud. Adicionalmente, el programa contempló la entrega de insumos a las madres para la reducción de la desnutrición infantil. Los incumplimientos fueron penalizados con la suspensión de la transferencia monetaria en el período subsiguiente, hasta que la familia retomara sus compromisos.

En el programa Mi Familia Progresiva de Guatemala, la transferencia plana parece privilegiar el componente de transferencia de ingresos, mientras que las condiciones asociadas a capacitaciones en educación y salud, parecen apuntar en la dirección de capital humano. Efectivamente, dentro de los objetivos expresados por los directivos del programa está controlar la asistencia a la escuela y a los controles periódicos de salud. Sin embargo, dada la presión por iniciar el programa con rapidez, aún no se ha sistematizado el seguimiento de las corresponsabilidades, pero se solicita a los beneficiarios el cumplimiento de alguna acción relacionada con los mecanismos del programa. Así, para el primer pago, las titulares firman un compromiso de cumplimiento de las reglas del programa; para el segundo pago, las beneficiarias deben entregar un formulario de inscripción a los servicios de salud y educación; para el tercero, asistir a una capacitación del programa y de salud; y, para el cuarto, haber asistido a un chequeo médico. Se prevé que a inicios del 2009 todos los beneficiarios deberán presentar las boletas de inscripción de los niños a las escuelas.

B. Cobertura limitada aún

Las dimensiones de los programas en cobertura y presupuesto son, por una parte, reflejo de sus objetivos de largo plazo y, por otra, del grado de desarrollo de los países. Para los niveles de pobreza que enfrentan Guatemala, Honduras y Nicaragua, sus programas son aún de muy baja cobertura, lo que explica los bajos impactos en la reducción de la pobreza (véase la sección E del capítulo VI).

En Honduras, el PRAF Nacional atendió durante 2007 a 80.000 familias y el PRAF-BID fase III a unas 20.000 familias. Los datos de CEPAL⁵¹ indican que en 2007 existían alrededor de 648.000 familias en extrema pobreza y 1.025.000 en pobreza. Considerando esto, la suma de coberturas alcanza apenas un 15% de las primeras y casi un 10% de los hogares pobres.

Para el caso de Nicaragua, estimaciones preliminares de CEPAL arrojan un total de 265.000 familias en extrema pobreza y 538.000 bajo la línea de pobreza para el año 2005. Con la RPS, se atendieron 10.000 familias en la primera fase –entre 2000 y 2002– y en la segunda –de 2003 a 2006– se habían alcanzado 23.500 familias (Largaespada, 2006), esto es cerca del 9% de las familias que vivían en extrema pobreza. Con el fugaz Sistema de Atención a Crisis, por otro lado, se logró beneficiar apenas alrededor del 1% de la población extremadamente pobre. El nuevo programa Hambre Cero tiene prevista una cobertura creciente, hasta llegar a un total de 75.000 familias, en un plazo de cuatro años. Entre 2007 y 2008, los primeros dos años de funcionamiento del programa, se benefició a 32.359 familias (Gobierno de Nicaragua, 2009). Si las cifras de pobreza e indigencia se hubieran mantenido a la fecha, el programa Hambre Cero estaría cubriendo a 2008 a alrededor del 12% de los hogares indigentes y el 6% de los hogares pobres, con la expectativa de alcanzar al cuarto año al 28% y el 14% de hogares respectivamente.

⁵¹ El número de hogares pobres e indigentes en los tres países se calcularon en la CEPAL con base en el procesamiento de las encuestas de hogares.

En Guatemala, a pesar de las dificultades iniciales de implementación de MFP, en diciembre de 2008 se llegó a cubrir 281.000 familias en 89 municipios (SEGEPLAN, 2009). Considerando que, al 2006, 601.000 familias eran indigentes y 1.239.000 pobres, ello representa al 47% de familias en extrema pobreza y un 23% de las familias en pobreza⁵² (véase cuadro 15).

CUADRO 15
FAMILIAS BENEFICIARIAS DE LOS PTC, FAMILIAS POBRES E INDIGENTES^a

| País (año) | Programa | Familias beneficiarias | Familias indigentes | Beneficiarios como porcentaje de los indigentes ^b | Familias pobres | Beneficiarios como porcentaje de los pobres ^b |
|------------------|------------------------------|------------------------|----------------------|--|------------------------|--|
| Guatemala (2008) | Mi Familia Progreso | 281 000 | 601 000 ^c | 46,7 | 1 239 000 ^c | 22,7 |
| Honduras (2007) | PRAF Nacional y PRAF-BID III | 100 000 | 648 000 | 15,4 | 1 025 000 | 9,8 |
| Nicaragua (2005) | RPS | 23 500 | 265 000 | 8,9 | 538 000 | 4,4 |

Fuente: Elaboración propia.

^a Número de familias pobres e indigentes estimado por CEPAL sobre la base del procesamiento de encuestas de hogares de los respectivos países.

^b Sin considerar errores de inclusión de familias no pobres y de exclusión de familias pobres.

^c 2006.

A modo de comparación, y guardando las proporciones, las cifras de cobertura de los programas de Brasil, México y Chile hablan del grado de consolidación de estos programas en contraposición a los tres países estudiados. Al cabo de más de 10 años de operación, Oportunidades de México llega a poco menos de un 25% de la población mexicana, lo que equivale al 75% de la población en situación de pobreza según las cifras de 2006. El brasileño *Bolsa Família*, por otro lado, atendió en 2008 a 11,1 millones de familias, lo que equivale a alrededor del 80% de la población pobre según los datos de 2007. Del mismo modo, el programa Chile Solidario, cuya población meta son los hogares indigentes de ese país, logró cubrir en 2006 a un 55% de dicha población.

C. Complejas coordinaciones institucionales requeridas

El mejoramiento de la educación y la salud de la población mediante la entrega condicionada de recursos monetarios requiere en primer lugar de la existencia de dichos servicios, y que la oferta sea de calidad. Cuando los servicios no existan o su calidad sea deficiente, será necesario proveerlos o mejorarlos, mediante la extensión de la cobertura pública o, en algunos casos, mediante la “compra” al

⁵² Aunque extemporáneos, los datos al 2006 son los únicos datos disponibles a la fecha. Nótese que los porcentajes se han calculado sobre los hogares en pobreza medidos con el método de ingresos, con datos CEPAL. Estos son mayores a los calculados según el método de gasto en consumo de la ENCOVI 2006.

sector privado. Para ello se requiere la provisión de recursos financieros para este fin, ya sea mediante el presupuesto del PTC o a través de incrementos del presupuesto para los sectores. En cualquier caso, se requiere de una estrecha colaboración entre quienes lideran los PTC y los sectores sociales que entregan los servicios públicos a los cuales los beneficiarios se comprometen a asistir. Asimismo, la coordinación de los PTC no se puede limitar a los vínculos con los ministerios de los sectores sociales. Es necesaria también una estrecha colaboración entre el nivel central, donde se define la estructura y los procesos del programa, y los niveles descentralizados o locales, donde se entregan los beneficios y se verifica el cumplimiento de las corresponsabilidades por parte de los beneficiarios. Los programas analizados tienen diferentes experiencias respecto de la coordinación con los ministerios sectoriales así como con las instituciones locales.

En Honduras, el PRAF-BID fase III, a través de la Red Solidaria, está realizando esfuerzos para vincularse con los sectores de educación y salud, conformando comités técnicos sectoriales, cuya misión es definir y organizar los aportes para los beneficiarios. La gestión actual de la Red Solidaria permite que los sectores hagan sus aportes hacia los beneficiarios del PRAF y a su vez, el PRAF canaliza aportes a los sectores, que siendo aún modestos y muy focalizados, constituyen un incentivo para los niveles locales de ejecución⁵³. A futuro, un diagnóstico de las capacidades instaladas de las escuelas y centros de salud en las aldeas priorizadas permitirá presupuestar los recursos necesarios y diseñar una política para extender la cobertura de educación y salud para el cumplimiento de las corresponsabilidades del Estado⁵⁴.

En el caso de MFP de Guatemala es aún temprano para analizar sus relaciones interinstitucionales. El programa ha sido diseñado a partir del Consejo de Cohesión Social en la búsqueda de la coordinación necesaria dentro del sector público para permitir dinamizar la oferta de servicios y coordinar los recursos para atender a los segmentos más pobres de la población. El Consejo está integrado por las más altas autoridades de gobierno y es presidido por la Primera Dama, señal de prioridad gubernamental tanto para los funcionarios estatales como la sociedad civil. Hasta febrero de 2009, no había recursos destinados específicamente a educación y salud, pero esto cambió con el préstamo del BID. Por el momento, se crearon dos comités técnicos de apoyo a MFP, integrados por miembros de los Ministerios de Educación y Salud, con el objetivo de coordinar el trabajo de ambos sectores con el PTC. De todas maneras, se prevé que para extender la cobertura tanto en salud como en educación se deberá recurrir al sector privado con o sin fines de lucro.

La RPS de Nicaragua fue concebida como parte de una red de servicios que permitirían aumentar el capital humano. Es decir, se creaba un incentivo monetario para que las familias accedieran a los centros de salud y escuelas disponibles. Tanto así que las áreas priorizadas en un principio eran zonas de pobreza que contaban con dichos servicios. La aceptación del programa impulsó el financiamiento de la extensión de la cobertura de servicios de salud, educación y seguridad alimentaria más allá de lo existente hasta ese momento. Donde no era posible extender los servicios públicos de salud, el programa contrató a instituciones especializadas para dar la cobertura tanto en salud como en nutrición. Es decir, el programa previó fondos para incentivar la oferta de servicios sociales, especialmente de salud, área en la que eran deficitarios. Un aspecto interesante de este esquema consistió en el pago a los proveedores por desempeño, ya que debían cumplir metas de cobertura en salud, a las cuales se condicionaban los pagos.

Las alternativas que se han diseñado para coordinar el nivel central con el local son múltiples, en función de los niveles de descentralización existente en los países. En algunos casos, las propias estructuras institucionales de los programas se superponen a las instancias locales o descentralizadas

⁵³ El aporte del PRAF al sector educación consiste en alrededor de 1.000 dólares al año para la Asociación de Padres y Apoderados. El aporte al sector salud es de 60 dólares por parto institucional atendido.

⁵⁴ La información sobre el aumento de cobertura escolar se recaudó mediante los servicios de organismos privados especialmente contratados por la Red Solidaria para realizar el control de los compromisos de las familias.

de organización administrativa de los países. En otros casos, se descansa en los niveles departamentales y locales de la estructura administrativa del Estado para gestionar el programa en los territorios priorizados.

En el caso de la RPS de Nicaragua, la coordinación fue a nivel nacional, municipal y de la comunidad. A nivel central se gestionaba el financiamiento y se realizaba la dirección administrativa, pero a nivel local, fueron los Comités del programa los que realizaron la planificación y coordinación municipal. Allí participaban delegados de los Ministerios de Salud y Educación, dos representantes de la sociedad civil y personal de la RPS. Las promotoras (mujeres elegidas por la comunidad entre las beneficiarias) jugaron un importante rol en la organización de la comunidad y la información entre el programa y las beneficiarias. En Honduras, el PRAF se ha apoyado tanto en su propia red territorial como en aquella de los sectores de salud y educación. Por su parte, Guatemala está en proceso de organizar la representación descentralizada de MFP a través de Comités de Desarrollo Departamental (CODEDES), Municipal (COMUDES) y Comunitario (COCODES) (véase la sección A del capítulo III). Esta coordinación constituye un delicado equilibrio e impone desafíos a la gestión. El manejo de recursos y de la información de los beneficiarios, en particular, puede constituir un foco de tensión entre los diversos niveles de autoridad.

En síntesis, la implementación de los PTC introduce nuevas lógicas de gestión en las instituciones públicas: apertura de vínculos entre sectores, trabajo conjunto de instancias de diferente nivel jerárquico, procesos de utilización en conjunto de información e incluso de toma de decisiones, dinámicas que en general no se daban en las estructuras compartimentalizada de “sectores”. Sin duda, este es uno de los aportes más importantes de estos programas. El aprendizaje que estas nuevas prácticas genera, permitirá ir profundizando los vínculos y generando mejor interacción entre las instituciones que comparten responsabilidades en el éxito de los programas.

RECUADRO 11 OPORTUNIDADES: COORDINACIÓN INSTITUCIONAL

La coordinación intersectorial e interinstitucional impulsada por el programa Oportunidades es uno de los elementos más innovadores en la administración pública mexicana. En ese PTC, existe una gestión en conjunto entre los sectores. Por ejemplo, el presupuesto del programa Oportunidades se asigna en tres Secretarías: Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), Secretaría de Educación (SEP) y Secretaría de Salud (SSA). Para garantizar la acción conjunta y complementaria de estas tres Secretarías, se creó la Coordinación Nacional del Programa Oportunidades, como órgano desconcentrado de la SEDESOL. La Coordinación nacional cuenta con un Comité técnico para el monitoreo de sus actividades, donde participan los Subsecretarios de esas dependencias, así como el Director General del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) y un delegado de la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo. La coordinación en los estados se realiza a través de Comités Técnicos Estatales donde se involucran los responsables federales y estatales vinculados a la operación del programa Oportunidades.

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de www.oportunidades.gob.mx.

D. Componentes del modelo de gestión

La implementación de los PTC ha requerido ciertas definiciones y reglas de funcionamiento, así como algunos instrumentos claves para la gestión del programa y el establecimiento de procesos de operación para hacer viables los esquemas diseñados. También es deseable que los programas cuenten con procesos de evaluación del impacto de sus acciones en variables como la pobreza, desigualdad, salud, nutrición y escolaridad de los beneficiarios.

1. Definiciones, reglas y procesos

Dentro de las definiciones necesarias están los criterios de elegibilidad de los beneficiarios de los PTC, las reglas y tiempos de permanencia en los programas, el tipo y monto de las transferencias monetarias, el tipo de condiciones que las familias deberán cumplir y los servicios a los que tendrán derecho los beneficiarios.

Los programas de Guatemala, Honduras y Nicaragua han definido de manera relativamente homogénea sus beneficiarios: las familias con niños menores de cinco años o en edad escolar y las mujeres embarazadas o lactantes que viven en condiciones de extrema pobreza. Las reglas de permanencia tienen que ver con el cumplimiento de las corresponsabilidades, pero, salvo el caso de la RPS durante sus años de funcionamiento, ninguno penaliza los incumplimientos.

El tiempo de permanencia lo da la edad de los niños en Honduras y, muy posiblemente, será el diseño que escogerá Guatemala. Esto es, al sobrepasar la edad escolar, teóricamente las madres no podrían seguir recibiendo la transferencia monetaria. En Nicaragua, al igual como está estipulado para la fase III del PRAF, el tiempo de permanencia de las familias en el programa fue de tres años, aunque no se detectaron argumentos “técnicos” para la definición de los tiempos, salvo las restricciones presupuestarias.

RECUADRO 12

EL CONTROL DE LAS CORRESPONSABILIDADES EN PROGRAMAS MADUROS

Los programas más centrados en la transferencia que en las corresponsabilidades del Estado en la provisión de educación y salud, pueden tener mayores dificultades de control de las condicionalidades. Piénsese en el caso de *Bolsa Familia*, donde por concepciones ideológicas de sus directivos inicialmente no se pudieron implementar las condicionalidades. En Chile, el Programa Puente trabaja algunas condiciones de mejoramiento de las familias pero ningún subsidio depende de su cumplimiento ni tampoco se penaliza la falta de ellos, puesto que no es el centro del programa. Mientras que en México, Oportunidades controla mediante certificaciones que emiten los sectores de educación y salud de manera electrónica al nivel central del programa. Con dicha información, el programa transfiere los recursos a las instituciones liquidadoras (bancos y cajas de ahorro) quienes proceden con el pago a las familias indicadas. Este tipo de control requiere que el programa contemple una inversión específica en herramientas para la generación de información y personal que pueda manejarla para llevar a cabo el seguimiento y fiscalización de los cumplimientos.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Cohen y Franco (2006) y Draibe (2006).

Uno de los aspectos delicados de todo programa y de los más difíciles de llevar a cabo, es el control de las corresponsabilidades. Para hacerlo bien, los PTC deben contemplar recursos para instalar nuevos sistemas de registro y fiscalización, o incentivos para que éstos sean parte de sistemas de provisión de servicios estatales ya instalados. De cualquier forma, es sumamente relevante que en la etapa de diseño del programa se considere en detalle qué corresponsabilidades tiene sentido incluir, por su importancia para conseguir objetivos básicos del PTC, por la factibilidad de controlar su cumplimiento y por la factibilidad de que los beneficiarios la cumplan (por ejemplo que no implique un uso del tiempo desmedido para madres jefas de hogar que trabajan).

La RPS de Nicaragua contó con control y penalidades por incumplimientos que eran ejecutadas por los proveedores de educación y salud, mediante formularios especiales que se manejaban en una base de datos central. Honduras está comenzando, desde diciembre del 2007, a exigir cumplimiento de las corresponsabilidades a nivel nacional, luego de más de una década y media de constituir un programa de transferencias sin condiciones. Los proyectos PRAF-BID fases II y III han dejado la

experiencia necesaria que ha sido asimilada por la estructura nacional. Mientras que en Guatemala aún no se implementa un sistema de control de las condiciones de asistencia de los niños a centros de salud y educación.

Aunque en varios países de América Latina los mecanismos de entrega de las transferencias han tendido hacia la bancarización⁵⁵, en los tres países estudiados, la entrega de efectivo es la más común. En Nicaragua, la transferencia de la RPS se entregaba mediante una empresa especializada, contratada especialmente por el programa para estos fines, acercándose a las localidades de los beneficiarios. En Honduras, la transferencia monetaria del PRAF se entrega a través del Banco Nacional de Desarrollo Agrícola (BANADESA), que tiene presencia en localidades alejadas. Donde BANADESA no está presente, se han implementado unidades móviles que se desplazan cada dos meses y entregan durante uno o dos días las transferencias correspondientes. Guatemala por el momento entrega las transferencias en eventos bimensuales en las comunidades priorizadas. Se citan a los beneficiarios en un día y hora determinada y mediante actos masivos, que durante el 2008 estuvieron presididos por la Primera Dama, se entregan las transferencias en efectivo a cada familia.

2. Instrumentos de focalización y registro de beneficiarios

Los dos instrumentos básicos de gestión de los programas son el mecanismo para la selección de beneficiarios y el sistema de información que alberga el registro de beneficiarios⁵⁶. Estos instrumentos deben contar con la definición de procedimientos con los que se llevará a cabo la focalización, con un proceso constante de revisión de posibles errores de inclusión y exclusión, y con mecanismos de control de la información entregada por los usuarios. Asimismo, los vínculos con los socios estratégicos de los PTC en el Estado —los sectores educación y salud— deben contar con canales formales e informales de comunicación y coordinación de las acciones que ellos emprenden a favor de los territorios y poblaciones priorizados en el programa.

En cuanto a los instrumentos de focalización —que permiten priorizar entre potenciales beneficiarios cuando los recursos no alcanzan para todos—, los apoyos externos de organismos multilaterales han difundido técnicas que son utilizadas en la actualidad por los tres países. Ellas tienen como base de información estadística los censos de población y vivienda, las encuestas de hogares y las encuestas de ingreso y presupuesto. En segundo lugar están los censos o encuestas especiales que se aplican a la población para determinar si merece o no un beneficio. A la información recopilada en estos censos especiales se le aplican modelos de cálculo o algoritmos matemáticos, con parámetros basados en las encuestas de hogares, que transforman la información de cada familia en puntajes que permiten ordenarlas según los criterios que se establezcan (pobreza de ingresos, vulnerabilidad u otros). La solidez de los sistemas estadísticos de los países es entonces fundamental para la validez de estos instrumentos.

En cuanto a registros de beneficiarios, en Nicaragua el Ministerio de la Familia diseñó un Registro Único de Beneficiarios (RUB) pero no llegó a implementarse a cabalidad. En Honduras, se cuenta con el SIRBHO, a partir del cual el PRAF-BID fase III y la Red Solidaria han podido contar con un diagnóstico y caracterización de sus potenciales beneficiarios. En Guatemala, se está reformulando el instrumental, que originalmente había sido diseñado para priorizar por niveles de desnutrición y posteriormente por pobreza. Sin estos instrumentos sería imposible una política transparente de asignación de beneficios ni llevar un registro y control de los recursos entregados. Por esto, la transparencia y fiabilidad de los registros de beneficiarios “son fundamentales para garantizar

⁵⁵ En México, los beneficiarios que tienen cuentas de ahorro reciben los depósitos bimensualmente y en las localidades más apartadas se entregan en efectivo mediante sedes móviles.

⁵⁶ Otros procesos importantes son los procesos de pagos de las transferencias monetarias, los procesos de control de las corresponsabilidades y los procesos de seguimiento y monitoreo de la gestión.

la credibilidad de las intervenciones y mantenerlas al margen de fenómenos como el clientelismo y la corrupción” (Villatoro 2007, p. 16).

Sin embargo, en Guatemala, Honduras y Nicaragua se debe considerar que los instrumentos de focalización y los registros de beneficiarios no son sustentados por sólidos sistemas estadísticos nacionales. En efecto, tanto en la producción de estadísticas, la calidad de la información, la coordinación y comunicación entre los diversos sistemas, estos países enfrentan grandes desafíos. Una alternativa interesante puede ser avanzar en la consolidación de los registros administrativos de las instituciones socias en el Estado (salud y educación), los que pueden proveer de una interesante fuente de datos actualizados de las comunidades beneficiarias de los programas sociales a bajo costo. Ello a condición que se realicen procesos de control de la información entregada por los usuarios y se actualicen de manera periódica.

3. Tratamiento de la información de beneficiarios

Uno de los temas que empiezan a aparecer con el desarrollo de los sistemas de información —a la luz de las facilidades de comunicación por Internet— tiene que ver con el carácter público o privado de la información concerniente a los beneficiarios. Hasta hace algunos años, la información de cada beneficiario se manejaba con cierta confidencialidad. Sólo los asistentes sociales de los municipios o instituciones de ayuda conocían los detalles familiares como los de ingreso, trabajo, educación y estado de salud de los potenciales beneficiarios. Esta reserva se mantenía tanto entre instituciones del Estado como hacia el público en general, aunque no está claro si eso ocurría por falta de medios para hacerla pública o por alguna definición previa relativa a la privacidad. En la actualidad, existe una presión por hacer pública la información de quienes reciben beneficios del Estado y sus características familiares, sociales y económicas. Sea por motivos de auditoría social (Honduras), de transparencia de la información o por motivos políticos (Guatemala), el tema se ha levantado y los países deberán tomar una decisión al respecto. A modo de ejemplo, en Chile las instituciones de Estado tienen acceso a la información de los beneficiarios por razones de gestión, para la verificación de nacimientos, separaciones y defunciones, condiciones de ingreso y trabajo. Ello permite verificar la pertinencia de la recepción de los subsidios y del acceso preferente a la oferta de programas sociales. Sin embargo, la información no se hace pública para los otros ciudadanos.

E. Heterogeneidad de impactos

Los PTC tienen diversos impactos esperados: en los ingresos de las familias, en la distribución del ingreso, en el uso de los servicios públicos, en el estado nutricional y de salud de la población beneficiaria y en su nivel educativo. En la actualidad, los medios privilegiados para medir estos impactos son las evaluaciones experimentales o cuasi-experimentales, que examinan diversos ámbitos de los programas por medio de metodologías específicas con grupos de control, que permiten distinguir los impactos generados en los beneficiarios sólo por concepto del programa, descontando factores externos como pudiera ser variaciones del nivel de empleo o ingresos del país.

Una forma complementaria, simple y directa de visualizar el impacto en los ingresos de los hogares beneficiarios es analizar el porcentaje que constituye la transferencia monetaria relativa al valor de la línea de indigencia o de la pobreza. El cuadro 16 presenta los datos para 11 países de América Latina, donde fue posible comparar el monto de la transferencia con el valor de la línea de indigencia y pobreza para el mismo año y área geográfica en que se entregó. De los tres países analizados en el presente estudio, este ejercicio fue posible para Honduras (2003) y Nicaragua (2005), pero no para Guatemala, ya que CEPAL aun no ha calculado el valor de las líneas de pobreza para el 2008, año en que comenzó a operar Mi Familia Progresiva. En Nicaragua, el monto del bono de seguridad alimentaria de la RPS llegaba a representar casi la mitad del valor de la línea de indigencia

rural per cápita y el monto del bono escolar alrededor de un tercio de ella. En Honduras, en 2003, el bono escolar correspondía a sólo cinco dólares mensuales, valor que representa el 16% de la línea de indigencia rural.

Cabe destacar que los actuales montos de las transferencias son los siguientes: de ocho dólares en educación, 9,5 dólares en nutrición y cuatro dólares en salud mensuales por familia en el caso de Honduras (PRAF-BID fase III); en Guatemala, ambos bonos, de educación y de salud, son de 20 dólares por cada familia con hijos en edad escolar al mes; en Nicaragua, en tanto, los montos fueron en la primera fase de la RPS de 9,3 dólares mensuales por niño en la escuela y 18,7 dólares mensuales por familia por el bono de seguridad alimentaria (Moore, 2009). Sin embargo en su segunda fase, la RPS redujo ambos montos, además de hacer el de seguridad alimentaria decreciente en el tiempo (véase capítulo V).

Estos bonos, tanto en dólares como en relación a la línea de indigencia, son menores a los que reciben los beneficiarios en Brasil o México. En Brasil, el bono básico es de 30 dólares y representa el 74% de la línea de indigencia rural (2007), pudiendo aumentarse con los beneficios variables de nueve dólares por niño/a que pueden llegar a un monto máximo de 27 dólares. En México los bonos tienen valores algo menores, pero existe una batería de subsidios que puede hacer que una familia que califique para todos ellos eleve considerablemente sus ingresos mensuales: al bono de alimentación de 17 dólares por familia (20% de la línea de indigencia urbana per cápita en 2006) y el bono de educación primaria, cuyo monto inicial es de 11 dólares por niño/a (14% de la línea de indigencia urbana per cápita en 2006), se añaden los apoyos para educación secundaria y media superior (de manera creciente según el nivel académico y mayor para las mujeres) el Apoyo por Adulto Mayor (23 dólares por adulto mayor en 2006), desde el año 2007 el Apoyo energético (5 dólares mensuales por familia), y en 2008 el Apoyo Alimentario para Vivir Mejor por 11 dólares mensuales por familia, lo que en 2008 permitía a las familias que lograban captar todos los subsidios, aumentar sus ingresos mensualmente por un máximo de 203 dólares.

Los tres casos analizados, sea por su baja cobertura o sea por sus bajos montos de transferencia y aporte a los sectores, no reflejan a nivel agregado cambios significativos en los niveles de pobreza o desigualdad. En lo que respecta a los resultados provenientes de las evaluaciones de impacto en Honduras y Nicaragua, no hay evidencia concluyente respecto de los resultados de los PTC para uno de los objetivos centrales de los programas, cual es el mejoramiento del capital humano, en particular en relación con la reducción de la desnutrición infantil o el avance real en los estados de salud y educación de la población (Hoddinott y Bassett, 2008). En Guatemala, aun no se han llevado a cabo evaluaciones del impacto de MFP porque el programa ha iniciado sus operaciones recién en 2008. Esto difiere de los casos emblemáticos de México y Brasil, donde por sus magnitudes los PTC han tenido un elevado impacto en diversos ámbitos de su población objetivo (véase recuadros 13 y 14).

En general, las evaluaciones reportan que aumentó en algo la asistencia a las escuelas y a controles médicos durante la duración del programa (Honduras, Nicaragua), se presentó un alivio inmediato a la capacidad de compra de los indigentes, pero con bajo impacto en la reducción de la pobreza (Honduras). En el caso de la desnutrición, la evidencia es contradictoria (Nicaragua, Honduras). En lo que respecta a los resultados sobre la nutrición, la evaluación de la RPS de Nicaragua mostró que el programa tuvo un impacto significativo en reducir el retardo en crecimiento en los niños menores de cinco años, con un efecto persistente en el tiempo. Sin embargo, el programa no fue exitoso en reducir los altos niveles de anemia en la población beneficiaria. Algo similar se mostró en la evaluación del BID del PRAF II en Honduras (Hoddinott y Bassett, 2008).

Un elemento interesante de la evaluación de IFPRI (2005) de la RPS en Nicaragua es que mostró que el programa no afectó las decisiones de trabajo ni la participación efectiva en actividades remuneradas de los participantes, que es una crítica recurrente a los programas antes de implementarse.

CUADRO 16
AMÉRICA LATINA (11 PAÍSES): MONTO DE LAS TRANSFERENCIAS CON CORRESPONSABILIDAD
Y PORCENTAJE QUE REPRESENTAN DE LA LÍNEA DE POBREZA E INDIGENCIA
(Valores mensuales por persona)

| País | Programa | Transferencia | Año | Monto transferencia ^a | | Porcentaje de la línea de indigencia (LI) y la línea de pobreza (LP) per cápita ^b | | | | |
|------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|------|----------------------------------|-----------------|--|----|-------|-----|--------------|
| | | | | Moneda local | US\$ | Urbana | | Rural | | |
| | | | | ^c | ^d | LI | LP | LI | LP | |
| Argentina | Familias por la Inclusión Social | Ingreso no remunerativo | 2007 | 185 | 60 ^e | 134 | 67 | ... | ... | ^f |
| Bolivia | Bono Juancito Pinto | | 2007 | 17 | 2 ^g | 7 | 4 | 9 | 5 | |
| Brasil | Bolsa Família | Beneficio básico | 2007 | 58 | 30 | 65 | 26 | 74 | 34 | |
| | | Beneficio variable | 2007 | 18 | 9 | 20 | 8 | 23 | 10 | |
| Chile | Chile Solidario | Bono de protección ^h | 2006 | 12 320 | 23 | 52 | 26 | 68 | 39 | |
| | | Bono de egreso | 2006 | 5 765 | 11 | 24 | 12 | 32 | 18 | |
| | | Subsidio único familiar (SUF) | 2006 | 5 765 | 11 | 24 | 12 | 32 | 18 | |
| Ecuador | Bono de Desarrollo Humano | | 2007 | 30 | 30 | 72 | 37 | 103 | 59 | |
| Honduras | PRAF-BID fase II | Bono escolar | 2003 | 80 | 5 ⁱ | 11 | 6 | 16 | 9 | |
| | | Bono salud | 2003 | 55 | 3 | 8 | 4 | 11 | 6 | |
| México | Oportunidades | Apoyo educación | 2006 | 120 | 11 | 14 | 7 | 19 | 11 | |
| | | Útiles escolares | 2006 | 20 | 2 ^j | 2 | 1 | 3 | 2 | |
| | | Apoyo alimentario | 2006 | 180 | 17 | 20 | 10 | 29 | 16 | |
| | | Apoyo adultos mayores | 2006 | 250 | 23 | 28 | 14 | 40 | 23 | |
| Nicaragua ^k | Red de Protección Social (RPS) | Bono escolar | 2005 | 125 | 8 | 26 | 13 | 33 | 19 | |
| | | Bono de seguridad alimentaria | 2005 | 176 | 11 | 36 | 18 | 47 | 27 | |
| | | Mochila escolar | 2005 | 35 | 2 ^l | 7 | 4 | 9 | 5 | |
| | | Formación ocupacional | 2005 | 300 | 18 ^m | 61 | 31 | 79 | 45 | |
| Panamá | Red de Oportunidades | Transferencia monetaria condicionada | 2007 | 35 | 35 | 74 | 37 | 95 | 54 | |

CUADRO 16 (conclusión)

| País | Programa | Transferencia | Año | Monto transferencia ^a | | Porcentaje de la línea de indigencia (LI) y la línea de pobreza (LP) per cápita ^b | | | |
|----------------------|-------------|---|------|----------------------------------|--------------|--|----|-------|----|
| | | | | Moneda local | US\$ | Urbana | | Rural | |
| | | | | ^c | ^d | LI | LP | LI | LP |
| | | Bono familiar para la compra de alimentos | 2007 | 35 | 35 | n | n | 95 | 54 |
| Paraguay | Tekopora | Apoyo en educación y salud | 2007 | 30 000 | 6 | n | n | 14 | 8 |
| | | Soporte alimentario | 2007 | 60 000 | 12 | n | n | 29 | 17 |
| República Dominicana | Solidaridad | Comer es primero | 2007 | 550 | 17 | 30 | 15 | 34 | 19 |

Fuente: Elaboración propia en base a información oficial de cada país y CEPAL (2008b).

^a Los valores de las transferencias se refieren al monto mínimo o inicial per cápita que es transferido a las familias. Estos montos crecen según el número de beneficiarios elegibles, generalmente hasta un número de transferencias o un monto máximo. Dependiendo del programa, los montos pueden no crecer proporcionalmente con el número de beneficiarios elegibles por hogar. En estos casos ó decrecen gradualmente o se añade un monto fijo hasta llegar al monto o número tope.

^b Valores LI y LP mensual por persona del año correspondiente, según método CEPAL.

^c Monedas nacionales: Argentina, (\$) Peso; Bolivia, (Bs) Boliviano; Brasil, (R\$) Real; Chile, (Ch\$) Peso; Ecuador, (US\$) Dólar; Honduras, Lempira (Lps.); México, (MN\$) Nuevo Peso; Nicaragua, (C\$) Córdoba; Panamá, (PAB) Balboa; Paraguay, (G) Guaraní; República Dominicana, (RD\$) Peso.

^d Dólares de cada año; conversión hecha en base a serie "rf" del Fondo Monetario Internacional.

^e Transferencia se realiza a partir del segundo hijo/a.

^f Valor de LI y LP al 2do semestre de 2006.

^g Monto mensual aproximado. Transferencia se paga en una cuota anual equivalente a Bs. 200 (US\$25).

^h Monto decrece cada seis meses por un período máximo de 24 meses hasta alcanzar el valor de un SUF.

ⁱ Diez transferencias anuales equivalentes a la duración del período escolar.

^j Monto mensual aproximado. Transferencia se calcula sobre una base anual, variando entre MN\$240 (US\$22) y MN\$300 (US\$28) según nivel educacional.

^k Para Nicaragua se utilizó la siguiente fuente: Moore (2009).

^l Monto mensual aproximado. Transferencia se paga en una cuota anual equivalente a US\$25.

^m Monto mensual aproximado. Transferencia se realiza por una vez al finalizar la capacitación, equivalente a entre US\$215 y US\$245 según el número de meses de asistencia a los talleres.

ⁿ Programa opera en zonas rurales.

RECUADRO 13 IMPACTO DE *BOLSA FAMILIA*

Los resultados del programa *Bolsa Família* en tanto reducciones en la desigualdad se dan en un contexto generalizado de mejoramiento de la distribución del ingreso en Brasil. En efecto, en estudios realizados en base a la encuesta de hogares PNAD 2004, citados en Draibe (2006), se verificó que entre 2001 y 2004 se produjo en Brasil una elevada caída en la desigualdad. Medida con el índice de Gini, este bajó de 0,59 a 0,57. La relación entre el ingreso medio del 10% más rico y el del 40% más pobre se redujo de 24,6 en 1996 a 20,1 en 2004, que es el más bajo registrado históricamente.

En un trabajo reciente de Paes de Barros⁵⁷ se ha estimado que aproximadamente un tercio de la reducción en la desigualdad en el periodo 2001-2004 se debe a las transferencias gubernamentales, entre ellas el programa *Bolsa Família* y similares. Si se analizan separadamente cada programa, el autor encuentra que *Bolsa Família* ha contribuido con un 14% en la reducción de la desigualdad de ingreso entre familias, y en un 27% en la reducción de la razón entre el ingreso de los 20% más ricos y de los 20% más pobres. En el estudio de Soares et al (2007) se encuentra que el programa *Bolsa Família* es responsable por el 21% de la reducción de la desigualdad.

Se debe decir sin embargo, que para varios autores, en Brasil el impacto de los programas del tipo transferencias condicionadas es más fuerte sobre la intensidad de la pobreza que sobre la proporción de los pobres.

Por su parte, los efectos del programa en el acceso a la escuela tiene algunos datos interesantes: apenas aumenta la asistencia en un 2%, dado que ésta ya era alta. Se estima que los incentivos resultan más importantes para quienes tienen entre cinco y seis años de edad, y para jóvenes de entre 16 y 17 años, pero estos tramos etarios no son considerados por el programa, sino que básicamente están destinados a atender al grupo anterior, de siete a 14 años.

Respecto de la nutrición se produjo un impacto significativo, reduciendo la probabilidad de los niños de caer en la desnutrición crónica en un 62%.

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Draibe (2006) y Soares et al (2007).

⁵⁷ Citado en Draibe (2006).

RECUADRO 14

IMPACTO DE OPORTUNIDADES

En el caso de Oportunidades de México, numerosas evaluaciones de impacto confirman resultados positivos, tales como:

- Se ha incrementado la probabilidad de entrar en la educación secundaria de los niños de zonas rurales, de 12 y 14 años en 42% y 33% respectivamente. La eficiencia terminal de secundaria se ha elevado en un 23 % en las localidades que cuentan con Oportunidades.
- Disminución de la proporción de jóvenes entre 16 y 19 años que abandonan la escuela en zonas urbanas es de 23%.
- A dos años del inicio de las becas de educación media superior se incrementó la matrícula en este nivel en un 85%.
- Los jóvenes de 15 a 19 años en zonas rurales que recibieron ayuda de Oportunidades, incrementaron su promedio escolar en un año más.
- Se redujo la tasa de reprobación de niños de 11 años que había reprobado antes, en un 4%
- Las familias rurales incrementaron sus consultas de salud preventivas en 35%.
- Hay una reducción de la mortalidad materna e infantil del 11% y el 2% respectivamente.
- Hay un incremento de 1,42 centímetros en la talla de los niños menores de dos años en las zonas urbanas.
- La gravedad de la anemia ha disminuido en 12,8 % en niños menores de dos años en las zonas rurales y urbanas.
- Hay evidencias de una reducción de alrededor de 20% de días de enfermedad en niños menores de cinco años en zonas rurales.

Adicionalmente, se ha detectado otros resultados positivos: menor probabilidad de enfermedad infantil, mejor motricidad fina y gruesa de los niños/as, menores problemas socioemocionales en niños/as y mejoramientos en la autopercepción del estado de salud en adultos mayores, pero sin resultados concluyentes en aspectos como el desarrollo cognitivo de los niños/as.

Asimismo, no se conoce aún la calidad de los servicios de educación y salud que recibe la población, ni tampoco se han medido los aumentos en la inversión pública que se generan a partir de los PTC.

Fuente: SEDESOL (2008) y Schady (2006).

VII. Conclusiones y recomendaciones

Los PTC son herramientas útiles para otorgar mejores ingresos y condiciones de vida a una parte aún importante de la población de Guatemala, Honduras y Nicaragua que vive en la extrema pobreza. Estos programas relevan además la necesidad de aumentar la cobertura de educación y salud hacia sectores sociales y territorios que están en la actualidad desprovistos de dichos servicios, dinamizando la oferta pública de servicios asociados a las corresponsabilidades e incentivando la cooperación y coordinación de los organismos públicos involucrados.

Una primera conclusión importante es que si bien los PTC son efectivos para lograr sus objetivos inmediatos (transferencia monetaria o en especie, mayor utilización de servicios), parecen tener una efectividad reducida al evaluarlos por sus objetivos de largo plazo, a saber, la acumulación de capital humano⁵⁸ y la superación de la pobreza, rompiendo su transmisión intergeneracional. Aunque las transferencias de los PTC han tenido un impacto en el promedio de ingresos mensuales de las familias participantes, esto parece no haber sido suficiente para reducir la incidencia de la pobreza a nivel nacional, salvo en el caso de los programas que por su volumen de operaciones y los altos montos de transferencias involucradas llegan a impactar la proporción de pobreza e indigencia de sus países (por ejemplo, en México y Brasil) (León, 2008). No se puede esperar solucionar todos los problemas sociales más urgentes con este tipo de programas, por lo tanto, el diagnóstico de cuáles objetivos tiene sentido atar a corresponsabilidades y son efectivamente realizables dadas las condiciones institucionales del país, es un primer paso esencial para el diseño de un PTC.

Una segunda conclusión es que los PTC proveen una oportunidad para mejorar la coordinación de las políticas sociales, de modo de construir un sistema de protección social que lleve a la inclusión ciudadana y no a acciones aisladas y asistenciales. Bajo una perspectiva integral y de derechos, los PTC tienen que entregar a los beneficiarios no sólo soportes monetarios sino también herramientas para su independencia. Sin una adecuada dosis de políticas que incrementen la cantidad y calidad de la oferta de servicios, los recursos invertidos en los PTC pueden perder efectividad. Por lo tanto, hay que pensar que para países con bajas capacidades institucionales y dificultades en la provisión de servicios

⁵⁸ En las evaluaciones de impacto no se evidencian, por ejemplo, mejoras en pruebas estandarizadas de conocimientos (ni en el corto ni en el largo plazo).

sociales, este tipo de programas debe tener un componente importante que fortalezca y genere incentivos a la coordinación de esfuerzos entre sectores sociales.

Finalmente, uno de los desafíos más importantes que enfrentan los actuales programas en Guatemala, Honduras y Nicaragua es mantenerse dentro de una política pública equitativa y transparente, apoyando a quienes realmente lo necesitan, evitando la tentación de clientelismo y uso político de los recursos. Por lo mismo es importante no acelerar la implementación de programas que aún no logran instalar los mecanismos de registro, control, exigencias y coordinación necesarios para llevar a cabo los objetivos del programa a la práctica.

1. Sobre la focalización: política e instrumento

Desde una perspectiva de derechos, la universalidad es una recomendación obligada⁵⁹. En ese contexto, los programas focalizados tienden a evaluarse como un segundo mejor en la escala de alternativas de políticas públicas. En el caso de los PTC, mezcla indisoluble entre un subsidio monetario focalizado y la (necesaria) provisión universal de educación y salud para que las familias beneficiarias puedan cumplir sus compromisos, aparece una interesante complementariedad entre la focalización y la universalidad. Universalizar la transferencia monetaria podría ser una etapa prevista dentro de la planificación de la política social, al menos hasta un determinado corte de ingresos e ir así progresando en cobertura no solo de servicios sociales sino de transferencias de ingreso para quienes permanecen bajo la línea de la pobreza o extrema pobreza.

Guatemala, Honduras y Nicaragua en los tiempos de la RPS han definido algún tipo de focalización en dos etapas: una primera etapa geográfica, para capturar las zonas donde se concentra la extrema pobreza y una segunda por hogares, en las zonas geográficas seleccionadas. En Honduras y Guatemala, una vez seleccionadas las zonas, la selección de hogares se realiza en base a un test de medios, tal como en Nicaragua en los tiempos de la RPS. En la actualidad, Nicaragua salió de esa lógica y realiza una focalización geográfica en el área rural, con una posterior identificación de familias vulnerables por medio de una autoselección con la participación en asambleas locales y la opinión de los líderes locales de los Comités del Poder Ciudadano (CPC).

La elevada proporción de la población en situación de pobreza en las zonas rurales donde mayoritariamente operan los PTC, conduce a preguntarse sobre la utilidad de la segunda etapa de la focalización, es decir, la de hogares. La pregunta es teórica, puesto que la focalización es en una buena parte de los casos una exigencia presupuestaria al no existir los recursos necesarios para universalizar ciertas prestaciones a toda la población. Entonces, cabe preguntarse para el caso de las localidades censadas como de extrema pobreza, acerca del costo-beneficio de focalizar por hogar. Los costos políticos, administrativos y de cohesión social de discriminar entre vecinos de similares condiciones educativas, de salud, de carencias materiales, de condiciones de habitabilidad pueden ser elevados, comparados con la simpleza de implementar el programa para toda la comunidad.

2. Sobre las reglas de egreso

Las reglas de egreso de las familias beneficiarias de los PTC debieran ser consistentes con el objetivo central del programa. Por ejemplo, *Bolsa Família* nace para que a ningún brasilero le falten tres comidas al día. En ese contexto, Britto (2008) se pregunta: ¿egresar de qué? ¿del programa o de la pobreza? Desde la perspectiva de acumulación de capital humano, límites muy cortos de permanencia en los programas podrían resultar contraproducentes, especialmente si no son suficientes para cubrir totalmente el ciclo básico de educación o de controles necesarios de salud materno infantil. Cuando

⁵⁹ Incluso, es pertinente preguntar si es posible combinar la perspectiva de derechos con la mantención de las condicionalidades relativas a la escolarización y los controles de salud, en ausencia de otros programas que puedan sustentar los ingresos de los más vulnerables (Künnemann y Leohnard, 2008).

las reglas de egreso implican un bajo número de años de permanencia en el programa, no puede esperarse que las familias hayan salido de la pobreza, ni hayan mejorado su capital humano. En ese sentido, una regla que permita la permanencia de la familia al menos hasta la finalización del ciclo de educación primaria, puede tener un impacto real en los niveles educativos de la población beneficiaria, como lo está planificando Guatemala.

Algunos criterios que pueden guiar la salida de los programas tienen que ver con las distintas dinámicas de la pobreza que son propias de cada país. ¿Cómo impacta esta dinámica en las políticas de egreso de un PTC? En el caso de Chile, los programas contra la pobreza se han enfocado en los grupos que presentan mayores vulnerabilidades, y la focalización que se lleva a cabo mediante la Ficha de Protección Social busca detectar vulnerabilidad más que pobreza de ingresos. Asimismo, en algunos PTC se busca complementar las reglas de egreso con estrategias que persiguen aumentar las capacidades laborales de los jóvenes y adultos de las familias beneficiarias. La RPS de Nicaragua introdujo en su segunda fase un programa de formación para el trabajo para jóvenes. En el caso de Oportunidades de México y Chile Solidario se han diseñado esquemas de micro crédito para establecer negocios independientes. Recientemente, Honduras está estudiando la incorporación de un programa orientado a la formación laboral, mientras que Guatemala aún no ha incursionado en esta área.

Muchos de los PTC en América Latina definen un número específico de años de permanencia en el programa. Dos, tres, cinco, hasta 12 en Oportunidades, al cabo de los cuales los beneficiarios deben dejar el programa. La pregunta que surge es ¿qué pasa después con las familias? ¿Realmente han mejorado su condición? ¿pueden enfrentar su situación económica en mejor pie que antes de entrar al programa? La experiencia de Chile Solidario y de Oportunidades es que sólo una fracción menor de los beneficiarios está en condiciones de salir incluso a los seis o 12 años de permanencia, es decir, han superado un cierto nivel de ingresos, o cumplido ciertas condiciones mínimas. En Chile, los beneficiarios dejan de recibir el apoyo familiar y el bono solidario luego de 24 meses (aunque ya desde los seis meses el bono es decreciente), pero mantienen la preferencia en el acceso a subsidios estatales hasta completar los cinco años. Luego de ese período las familias que aún mantienen condiciones mínimas sin cumplir, son invitadas a programas de capacitación para el trabajo independiente, mejoramiento de la empleabilidad juvenil, generación de ingresos, apoyo para la formación de micro emprendimientos, actividades de emprendimiento social, como el establecimiento de guarderías infantiles comunitarias u otras actividades de servicio público. También existen otros programas sociales que los apoyan para enfrentar los diversos riesgos a los que están expuestos y no han podido superar durante el programa (violencia intrafamiliar, deserción estudiantil, riesgos de salud, etc.). Se espera que estos programas permitan a las familias, a mediano plazo, generar su sustento con mayor autonomía.

3. Una gestión social coordinada y centrada en los más vulnerables

Al margen de las debilidades que puedan tener los programas o de su bajo impacto en las cifras de pobreza, los PTC dejan una herencia muy importante en materia de gestión pública. En efecto, los programas maduros han implementado una forma de gestión basada en una mirada integral de las causas de la pobreza que ha llevado a adoptar mecanismos de coordinación, comunicación y traspaso de información que no son habituales en los sectores públicos latinoamericanos. Una de las lecciones que nos han dejado programas como Oportunidades y Chile Solidario, es que esto se puede hacer situando el foco de los programas en las familias vulnerables, de manera que todos los servicios reorienten sus esfuerzos hacia ellas. Los objetivos de estos PTC y su forma de gestión, dinamizan por tanto la oferta pública de los servicios de educación, salud, nutrición y otros.

RECUADRO 15

LA PERMANENCIA DE LOS BENEFICIARIOS EN OPORTUNIDADES

Yaschine y Dávila (2008) relatan que los beneficiarios del programa Oportunidades de México, en un principio, podían permanecer en él en la medida que mantuvieran las condiciones de elegibilidad, siendo reevaluados cada tres años. Aquellos que estuvieran por sobre la línea de elegibilidad debían pasar a una segunda etapa del programa, en un “esquema diferenciado”, permaneciendo en el programa por tres años más para luego dejarlo. En ese tiempo se reducían los beneficios. Sin embargo, al evaluar el programa a los tres años, el 98% de los hogares no sobrepasaban aún el umbral de elegibilidad y después de seis años sólo el 20% de los hogares superaba el umbral. Los hogares más vulnerables eran aquellos compuestos sólo por adultos mayores, enfermos crónicos, jefes de hogar jóvenes con alto número de dependientes y hogares de migrantes recientes. De los que cruzaron el umbral, el 42% volvió a caer bajo el mismo y solo el 4% de los hogares permanecieron fuera de la pobreza. Estos resultados obligaron a revisar los criterios de salida. Actualmente, la primera evaluación se realiza a los seis años de haber ingresado al programa Oportunidades. Si en esa evaluación los hogares –sean ellos urbanos o rurales– cruzan el umbral de elegibilidad, se los transfiere a la etapa diferenciada por seis años más; después de 12 años deben abandonar el programa⁶⁰. Los hogares que dejan el programa pueden ser re-admitidos si su condición se deteriora demasiado. Los hogares que siguen siendo elegibles después de seis años, se los vuelve a evaluar a los ocho o nueve años de haber ingresado. Si están por sobre el umbral de elegibilidad se los transfiere a la etapa diferenciada y deben dejar el programa dentro de tres años. La última evaluación realizada muestra que menos del 12% de los hogares pueden dejar el programa. Esto es consistente con que se trata de un programa focalizado en los más pobres, con objetivos de largo plazo. Ahora bien, los hogares siguen egresando de Oportunidades según criterios de ingreso en un momento en el tiempo y no según criterios de formación de capital humano, lo que implica que quienes traspasan del umbral de elegibilidad no necesariamente dejaron de ser pobres en el largo plazo.

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Yaschine y Dávila (2008).

Pero la dinamización de la oferta de servicios y la coordinación interinstitucional siguen siendo unos de los desafíos más importantes en la implementación de los PTC, como se vio a través de los casos analizados. Éstas no se dan de manera espontánea y requieren esfuerzos importantes. Tal como lo plantean Garrett, Bassett y Marini (2009), si los proveedores de servicios asociados a los PTC son poco efectivos, el impacto de los programas se ve enormemente debilitado. Los proveedores deben tener capacidades fuertes de planificación, coordinación y provisión de servicios. Ellos además deben tener infraestructura y llegada a los lugares remotos donde se requieren los aumentos de cobertura.

Es importante entonces, que el diseño de los PTC considere estas dificultades e introduzca los incentivos necesarios (como el aumento de recursos para los sectores) para que la coordinación ocurra. El gran riesgo es la creación de estructuras estatales paralelas que aumenten la descoordinación institucional y la duplicación de esfuerzos.

4. Fortalecer la interculturalidad en los programas

Con respecto al enfoque de los PTC en los grupos más vulnerables al interior de los países incluidos en este estudio, llama particularmente la atención la ausencia en la formulación de los programas de una mención más específica sobre los distintos pueblos indígenas y afrodescendientes que, especialmente en el caso de Guatemala, constituyen un porcentaje significativo de la población total (véase cuadro 5). Quienes pertenecen a pueblos indígenas, exhiben los peores indicadores en cada una de las dimensiones comprendidas por los PTC –salud, educación, nutrición e ingreso (Hall y Patrinos, 2006)– y su situación desigual frente a la población no indígena se ha puesto de relieve como materia

⁶⁰ En los hogares compuestos sólo por adultos mayores esta condición no se da.

prioritaria de políticas para la protección social en una serie de estudios (Hall y Patrinos, 2006; Patrinos y Skoufias, 2007, Renshaw, 2001; Stewart, 2008), declaraciones de organismos multilaterales (Banco Mundial, 2005; BID, 2006) y convenciones de derechos humanos e indígenas (ILO 1989, Naciones Unidas 2007, HRC 2008).

Debido a su intervención focalizada en dimensiones centrales de capital y desarrollo humano, los PTC podrían tener un rol clave tanto en la reducción de las brechas como en el mejoramiento de los indicadores de salud, educación y nutrición de los pueblos indígenas en estos países, con ganancias claras para la cohesión social interna (Feres y Vergara, 2007). Lo anterior es particularmente relevante para el caso de Guatemala, país fuertemente afectado por conflictos de tipo étnico en el pasado reciente y donde poder unir los resultados de una política social de esta naturaleza con el mejoramiento del bienestar de poblaciones tradicionalmente excluidas y discriminadas puede ser crucial para la construcción de un futuro común. Para poder abordar más enfáticamente la dimensión étnica en los PTC⁶¹, es necesario generar sistemas de diseño, focalización y gestión con pertinencia y que, por ejemplo, integren a los mecanismos operativos de los programas procedimientos de participación y consulta que consideren las estructuras de autoridad y toma de decisiones de estos pueblos, así como variables de interculturalidad en la planificación de las corresponsabilidades exigibles.

5. Avanzar hacia una perspectiva de derechos en las políticas sociales

La perspectiva de derechos sitúa al ser humano en el centro de la elaboración de las políticas públicas. Desde esta perspectiva, no se considera a los pobres como personas con necesidades a las cuales hay que asistir con un conjunto de bienes o servicios, sino que como ciudadanos que tienen derecho a demandar de parte de la sociedad esos bienes o servicios. El Estado se erige así en garante de que esos derechos se cumplan. Las dimensiones que el Estado tendría que garantizar son las de acceso, protección financiera, permanencia, calidad, oportunidad, exigibilidad, actualización y participación (Rajevic, 2007) de aquellos bienes y servicios que se consideren como derechos de cada ciudadano. En algunos países se ha avanzado con el concepto de “garantías sociales”, como una forma de anclar el concepto de derechos a bienes específicos y buscar formas concretas para hacerlos efectivos. El establecimiento de garantías permite fijar estándares y umbrales de satisfacción, formaliza los procedimientos para hacer valer los derechos e implica precisar cómo se proveerá de estos derechos, redefiniendo en algunos casos la relación público-privada de la prestación de servicios (Sojo, 2007b).

La pregunta que cabe tanto a los PTC de Guatemala y Honduras como a los programas productivos de Nicaragua es si en estos países se puede avanzar hacia un enfoque de derechos en que se fijen ciertos umbrales mínimos de satisfacciones materiales de una familia y el Estado en consecuencia se organice para proveerlos. Ello requeriría una reorganización de los presupuestos y de las formas de proveer los servicios que se consideren de pleno derecho o que el Estado pueda garantizar. ¿Cuáles son estos bienes y servicios? ¿A qué fracción de la población puede garantizarse en una primera etapa? ¿Cuáles son los grupos etarios prioritarios? Los programas en curso ya han avanzado en esas primeras definiciones al focalizar los esfuerzos en ciertas poblaciones más vulnerables. Sin embargo, al ser programas, son concebidos como temporales, tanto para los beneficiarios como para las obligaciones o corresponsabilidades del Estado. Otra manera de avanzar es priorizar las necesidades específicas de cada etapa del ciclo de vida de las personas, definiendo en cada país según sus necesidades a qué segmentos sociales y de edad otorgar garantías de ciertas prestaciones mínimas. Luego, comprometer el apoyo fiscal y posiblemente de la cooperación internacional, combinando políticas y programas para abordar diversas causas de las vulnerabilidades

⁶¹ Es posible que los PTC y programas afines en estos tres países ya estén cubriendo un porcentaje mayoritario de población indígena en su implementación debido a la coincidencia entre ésta y los grupos más pobres. Sin embargo, no contamos con información detallada al respecto.

a que están expuestas las personas y las familias, aprovechando la oferta institucional existente o expandiéndola hacia la población más vulnerable.

El requisito inicial para que se pueda avanzar en el establecimiento de garantías sociales es una decisión política de alto nivel y especialmente consensuada entre todas las fuerzas políticas. La envergadura del compromiso debe poder traspasar períodos de gobierno y períodos legislativos y requiere de la mayor transparencia y responsabilidad en el uso de los recursos públicos. En esta tarea también pueden apoyar donantes que requieren por una parte compartir el enfoque de derechos y por otra, contar con los compromisos de rendición de cuentas de los recursos aportados de los países.

Bibliografía

- Abramovich, Víctor (2006), “Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo”, Revista de la CEPAL, N° 88 (LC/G.2289-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), abril.
- Adato, Michelle (2004), “Programas CCT, participación comunitaria y poder de decisión”, documento presentado en el Segundo Taller Internacional sobre los Programas de Transferencia Condicional de Dinero en Efectivo, Sao Paulo, abril. [en línea] <http://siteresources.worldbank.org/SAFETYNETSANDTRANSFERS/Resources/281945-1131468287118/1876750-1140119752568/Adato_Sp.pdf>.
- Banco Mundial (2007), Taller de experiencias operativas de los PTC [en línea] <<http://www.iadb.org/res/files/ResumenEjecutivoSPAN.pdf>>.
- ____ (2006a), Honduras. Evaluación de la pobreza: logrando la reducción de la Pobreza, Informe N° 35622-Hn, marzo.
- ____ (2006b), “Nicaragua: componente de atención a crisis”, documento presentado en la Tercera Conferencia Internacional sobre Transferencias en Efectivo Condicionadas, Estambul, 26-30 de junio. [en línea] <http://siteresources.worldbank.org/SAFETYNETSANDTRANSFERS/Resources/281945-1131738167860/1898367-1150829758165/Nicaragua_AtencionCrisis_Sp.pdf>.
- ____ (2005), Operational Policy/Bank Policy 4.10 and Operations Directive 4.20. 2005. [en línea] <<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALDEVELOPMENT/EXTINDPEOPLE/0,,menuPK:407808~pagePK:149018~piPK:149093~theSitePK:407802,00.html>>.
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2008), Honduras. Programa de apoyo integral a la Red de protección Social. Línea de crédito condicional para proyectos de inversión (HO-X1012) y primer programa (HO-L1032) [en línea] <<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=1906166>>.
- ____ (2006), Operational policy on indigenous peoples, Washington D.C., julio [en línea] <<http://www.iadb.org/sds/doc/ind-111PolicyE.pdf>>.
- ____ (1998), La Utilización de fondos de inversión social como instrumento de lucha contra la pobreza. Documento de estrategia del Banco, Washington, D.C., diciembre.
- Borges David, M. Andréa (2008), “Experiência do Governo Brasileiro”, presentado en el seminario La contribución de los programas sociales al logro de los objetivos de desarrollo del Milenio, CEPAL, Santiago de Chile, 8 y 9 de septiembre.
- Britto, Tatiana (2008), “Brazil’s Bolsa Família: Understanding its origins and challenges” Poverty in Focus, N° 15 “Cash transfers. Lessons from Africa and Latin America”, Brasilia, International Poverty Centre (IPC), agosto.

- Cabezas, Maritza (2006), Honduras: Presupuestar la ERP, Evaluación de Estrategias de Reducción de Pobreza en América Latina – 2005, Institute of Social Studies/Asdi.
- Castro, Olga Doris (2008), “Evolución de los programas de transferencias condicionadas en Honduras” presentado en el seminario La contribución de los programas sociales al logro de los objetivos de desarrollo del Milenio, CEPAL, Santiago de Chile, 8 y 9 de septiembre.
- Castro, Leslie y Martí Caldera (2002), La Red de Protección Social de Nicaragua [en línea], Managua <http://siteresources.worldbank.org/SAFETYNETSANDTRANSFERS/Resources/281945-1131468287118/1876750-1140107387177/NicaraguaCCT_PPT.pdf>.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2009a), Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2008 (LC/G.2399-P), Santiago de Chile, febrero. Publicación de Naciones Unidas, N° de venta: S.09.II.G.1.
- _____ (2009b), América Latina y el Caribe: Crecimiento estimado para el 2009, [en línea], Santiago de Chile, http://www.eclac.cl/prensa/noticias/comunicados/7/35627/crecimientoAL2009_CP010409.pdf.
- _____ (2009c) Enfrentando la crisis. Istmo Centroamericano y República Dominicana: evolución económica en 2008 y perspectivas para 2009 (evaluación preliminar) (LC/MEX/L.904) México D.F., abril.
- _____ (2008a), “Superar la pobreza mediante la inclusión social”, documento preparado para la V Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno de América Latina y el Caribe-Unión Europea, Lima, mayo.
- _____ (2008b), Panorama social de América Latina 2008, [en línea], Santiago de Chile, <<http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/2/34732/P34732.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xsl>>.
- _____ (2008c): Istmo centroamericano y República Dominicana: evolución económica durante 2007 y perspectivas para 2008 (evaluación preliminar) (LC/MEX/L.854), México D.F., abril.
- _____ (2007a), Panorama Social de América Latina 2007 (LC/G.2351-P), Santiago de Chile. Publicación de Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G.124.
- _____ (2007b), “Los objetivos de desarrollo del Milenio y los desafíos para América Latina y el Caribe para avanzar en mayor bienestar, mejor capital humano y más igualdad de oportunidades”, documentos de proyectos, N° 143 (LC/W.143), Santiago de Chile.
- _____ (2006), La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad (LC/G.2294(SES.31/3)), Santiago de Chile.
- _____ (2005), Panorama social de América Latina 2005 (LC/G.2288-P), Santiago de Chile. Publicación de Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.161.
- CEPAL-UNICEF (2009), “Trabajo infantil en América Latina y el Caribe: su cara invisible”, Boletín Desafíos, N° 8, enero.
- Chile, Ministerio de Educación (2006), Informe Final Subvención Pro-Retención 2006, Santiago de Chile.
- Cohen, Ernesto y Rolando Franco (coords.) (2006), Transferencias con Corresponsabilidad: Una mirada latinoamericana, México D.F., SEDESOL/FLACSO.
- Coordinadora Nacional de Organizaciones de Extensión de Cobertura (CONEC) (2008), Importancia y Logros del Programa de Extensión de Cobertura, Guatemala, septiembre.
- Del Cid, José Rafael (1994), “Emigración interna y emigración internacional en Centroamérica” Políticas de población en Centroamérica, el Caribe y México, R. Benítez y E. Ramírez (coords.), México D.F., Ediciones de Buena Tinta.
- Del Popolo, Fabiana y Ana María Oyarce (2006), “Población Indígena de América Latina: perfil sociodemográfico en el marco de la Conferencia Internacional sobre la población y el Desarrollo y de las metas del Milenio” en “Pueblos Indígenas y Afrodescendientes de América Latina y el Caribe: información sociodemográfica para políticas y programas”, documento de proyectos, N° 72 (LC/W.72), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Draibe, Miriam (2006), “Brasil: Bolsa Escola y Bolsa Família” Transferencias con Corresponsabilidad: Una mirada latinoamericana, Ernesto Cohen y Rolando Franco (coords.), SEDESOL/FLACSO, México D.F.
- Feres, Juan Carlos y Carlos Vergara (2007), “Hacia un Sistema de Indicadores de cohesión social en América Latina. Avance de Proyecto” en “Cohesión Social en América Latina: una revisión perentoria de algunas de sus dimensiones”, Ana Sojo y Andras Uthoff (eds.), documentos de proyectos, N° 120 (LC/W.120), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Franco, Rolando (2008), Protección Social en Honduras: El Papel de los Programas de Transferencias Condicionadas: PRAF I, II y III, Sao Paulo/Santiago de Chile, iFHC/CIEPLAN.

- Fundación Nicaragüense para el Desarrollo Económico y Social (FUNIDES) (2008), Herramientas para Fortalecer Programas de Protección Social. Nicaragua, [en línea] <http://www.funides.com/documentos/herramientas_para_fortalecer_programas_de_proteccion_social.pdf>.
- Garrett, James, Lucy Bassett y Alessandra Marini (2009), Designing CCT Programs to Improve Nutrition Impact: Principles, Evidence, and Examples, [en línea] <<http://www.rlc.fao.org/es/prioridades/seguridad/ingreso3/pdf/designig.pdf>>.
- Glewwe, Paul, Pedro Olinto y Priscila Z. de Souza (2003). Evaluating the Impact of Condicional Cash Transfers on Schooling in Honduras: An experimental approach, [en línea] <<http://epge.fgv.br/pt/files/1124.pdf>>.
- Gobierno de Honduras (2007): Ejecución presupuestaria programa de Asignación Familiar (PRAF). IV trimestre, Secretaría de Finanzas.
- Gobierno de Nicaragua (2009), Informe del Presidente de la República de Nicaragua.
- Comandante Daniel Ortega Saavedra, Gestión 2008, Sistema Nacional para el Bienestar Social, Managua.
- _____ (2008), Plan Nacional de Desarrollo Humano 2008-2012, documento borrador para discusión, Managua, abril.
- Guatemala, Ministerio de Educación (MINEDUC) (2008), Inclusión Educativa: El camino del futuro, un desafío para compartir. Informe nacional, Guatemala, octubre, [en línea] <http://www.ibe.unesco.org/National_Reports/ICE_2008/guatemala_NR08_sp.pdf>.
- Guerreiro Osorio, Rafael (2008), “The Recent impact of government transfers on poverty in Honduras and alternatives to enhance their effects” Working Paper, N° 47, Brasilia, International Poverty Centre (IPC), agosto.
- Hall, Gillette y Harry Anthony Petrinos (eds.) (2006), Indigenous Peoples, poverty and human development in Latin America, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Hoddinott, John y Lucy Bassett (2008), “Conditional Cash Transfer Programs and Nutrition in Latin America: Assessment of Impacts and Strategies for Improvement”, Washington D.C., International Food Policy Research Institute (IFPRI), noviembre [en línea] <<http://www.rlc.fao.org/es/prioridades/seguridad/ingreso3/pdf/ifpri.pdf>>.
- Human Rights Council (HRC) (2008), Report of the Independent Expert on the question of human rights and extreme poverty (A/63/274), agosto.
- Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (ICEFI) (2007), “Más y Mejor Educación en Guatemala, Cuánto nos cuesta?”, documento preparado para el proyecto Diálogo para la Inversión Social en Guatemala, USAID-AED, Guatemala, noviembre.
- Instituto de Estudios Estratégicos y Políticas Públicas (IEEPP) (2008), “Programa Productivo Alimentario ‘Hambre Cero’. Presupuesto Ciudadano”, Boletín, N° 3, año 2.
- International Food Policy Research Institute (IFPRI) (2005), Informe Final Sistema de Evaluación de la Red de Protección Social (RPS) – Mi Familia, Nicaragua: Evaluación del Impacto: 2000–04. Informe final, Washington D.C.
- _____ (2004), Sistema de Evaluación de la Red de Protección Social de Nicaragua: Un Análisis Social de la Red de Protección Social (RPS) en Nicaragua diciembre de 2004.
- _____ (2001), Análisis de la línea basal del proyecto PRAF/BID Fase II Proyecto PRAF/BID Fase II: Análisis de la situación encontrada luego del arranque del proyecto. Cuarto Informe, Washington, D.C., septiembre.
- International Labour Organization (ILO) (1989), Convention 169, Concerning Indigenous and Tribal Peoples in Independent Countries, [en línea] <<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/62.htm>>.
- Künnemann, Rolf y Ralf Leonhard (2008), A human rights view of social cash transfers for achieving the millennium development goals, in cooperation with the Working group “Social cash transfers”, Brot für die welt, EED, FIAN International, Medico International.
- León, Arturo (2008), Progresos en la reducción de la pobreza extrema en América Latina. Dimensiones y políticas para el análisis de la primera meta del Milenio (LC/R.2147), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Maluccio, John y otros (2005), Nicaragua. Red de Protección Social Mi Familia. Rompiendo el ciclo de la pobreza, Washington D.C., Internacional Food Policy Research Institute (IFPRI).
- Macours, Karen, Norbert Schady y Renos Vakis (2008), “Cash Transfers, Behavioral Changes, and Cognitive Development in Early Childhood. Evidence from a Randomized Experiment (Nicaragua)”, Policy Research Working Paper 4759, Impact Evaluation Series N° 25, Banco Mundial.

- Martínez, Rodrigo y Andrés Fernández (2007), “El costo del hambre: impacto social y económico de la desnutrición infantil en Centroamérica y República Dominicana”, Documentos de proyectos, N° 144 (LC/W.144/Rev.1), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Mazariegos Rodas, Mónica Rocío (2008), “Guatemala. Régimen jurídico municipal: del centralismo a la participación ciudadana”, Régimen Jurídico Municipal en Iberoamérica, David Cienfuegos Salgado (coord.), México D.F., Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- Moore, Charity (2009), “Nicaragua's Red de Protección Social”, Country Study, N° 17, Brasilia, International Poverty Centre (IPC), enero.
- ____ (2008), “Assessing Honduras' CCT Programme PRAF, Programa de Asignación Familiar: Expected and Unexpected Realities”, Country Study, N° 15, Brasilia, International Poverty Centre (IPC).
- Morais de Sa e Silva, Michelle (2008), “New York's Brand-new Conditional Cash Transfer Programme: What if it Succeeds?”, One Pager, N° 60, Brasilia, International Poverty Centre (IPC), julio.
- Naciones Unidas (2008), Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2008, Nueva York.
- ____ (2007), United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples (A/RES/61/295) [en línea] <<http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/512/07/PDF/N0651207.pdf?OpenElement>>.
- Nun, Eleonora y Daniela Trucco (2008), “Informe de sistematización de evaluaciones cualitativas del Programa Puente y Sistema de Protección Chile Solidario”, Revista Latinoamericana de Desarrollo Humano, [en línea] <<http://www.revistadesarrollohumano.org/temas125.asp>>.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2006), Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo, [en línea], Nueva York/ Ginebra, <<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FAQsp.pdf>>.
- Oficina de Apoyo Técnico de la Red Solidaria (2006). Informe de Focalización, Tegucigalpa, julio.
- Pineda, Claudia y Nils-Sjard Schulz, (2008). “El reto nicaragüense. Armonización de los donantes: Entre la eficacia y la democratización. Estudio de caso II”, documentos de trabajo FRIDE, n° 48, Fundación para las Relaciones Internacionales y el Diálogo Exterior (FRIDE).
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2002), Informe Nacional de Desarrollo Humano en Honduras. Por una democracia incluyente, Tegucigalpa.
- ____ (2005), Informe Nacional de Desarrollo Humano de Guatemala. Diversidad étnico-cultural: La ciudadanía en un Estado plural, Guatemala.
- Presidencia de la República de Honduras (2008a), Política de Protección Social, documento final de trabajo de la Mesa de Protección Social, Tegucigalpa, junio.
- ____ (2008b), La Red Solidaria como estrategia para reducir la pobreza extrema, Tegucigalpa, marzo.
- Psacharopoulos, George y Harry Anthony Patrinos (eds.) (1994), Indigenous People and Poverty in Latin America: an empirical analysis, Washington D.C., Banco Mundial, [en línea] <http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2000/02/23/000009265_3970311123315/Rendered/PDF/multi_page.pdf>.
- Rajevic, Enrique (2007), “Proyecto Garantías Sociales para la Superación de la Pobreza en Chile”, ponencia presentada en el Taller sobre Garantías Explícitas en la Implementación de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, 2-4 de abril.
- Regalía, Ferdinando y Leslie Castro (2007), “Performance based incentives for health: Demand and supply side incentives in the Nicaraguan Red de Protección Social” CGD Working Paper, N° 119, Centre for Global Development, abril.
- Renshaw, Jonathan (2001), Social Investment Funds and Indigenous Peoples, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo.
- República de Guatemala (2008), Informe del Estado de Guatemala. Respuestas al cuestionario “Programas de transferencia del efectivo”, Comisión Presidencial Coordinadora de la Política del Ejecutivo en materia de Derechos Humanos (COPREDEH), Guatemala, diciembre, [en línea] <<http://www2.ohchr.org/english/issues/poverty/expert/docs/responses/Guatemala.pdf>>.
- República de Honduras (2008), Informe de logros del poder ejecutivo 2008, Presidencia de La República, Unidad de Apoyo Técnico (UNAT), Tegucigalpa, febrero.
- ____ (2006), Estrategia para la Reducción de la Pobreza, Versión Actualizada 2006, documento para discusión, Tegucigalpa [en línea] <<http://www.sierp.hn/sierp.web/Biblioteca/erp-008.pdf>>.
- ____ (2001), Estrategia de Reducción de la Pobreza, Tegucigalpa.
- Schady, Norbert (2006), “Programas de transferencias en efectivo condicionadas: repaso de la información disponible”, ponencia presentada en la Tercera conferencia internacional sobre transferencias en efectivo condicionadas, Estambul, 26 al 30 de junio.

- Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) (2008), Oportunidades, un programa de resultados, Estados Unidos Mexicanos, Gobierno Federal, México D.F., septiembre, [en línea] <http://www.oportunidades.gob.mx/e_oportunidades/publicaciones/Oportunidades_un_programa_2008_PDF.pdf>.
- Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN) (2008), Estrategia nacional para la reducción de la desnutrición crónica, Guatemala.
- Secretaría de Planificación y Programación (SEGEPLAN) (2009), Primer Informe Presidencial al Congreso de la República, Guatemala, enero.
- _____ (2007), Política Social, ¿De qué debemos hablar?, Guatemala, julio.
- Serrano, Claudia (2005), Claves de la Política Social para la Pobreza, Santiago de Chile, Asesorías para el Desarrollo, [en línea] <<http://www.asesoriasparaeldesarrollo.cl>>.
- Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) (2000), Informe de Avance del programa de Extensión de Cobertura, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala.
- Sojo, Ana (2007a), “La trayectoria del vínculo entre políticas selectivas contra la pobreza y políticas sectoriales”, Revista de la CEPAL, N° 91 (LC/G.2333-P), Santiago de Chile, abril.
- _____ (2007b), “Los derechos sociales: Un enfoque desde las políticas públicas y la cohesión social en la región” ponencia presentada en el Taller sobre Garantías Explícitas en la Implementación de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, 2-4 de abril.
- Schongarth, Roberto (2009): “La desnutrición infantil. El mayor problema de la niñez de honduras” [en línea] <http://www.websolidaridad.org/articulo_desnutricion.html>.
- Soares, Sergei y otros (2007), “Conditional Cash Transfers in Brazil, Chile and Mexico: Impacts Upon Inequality”, Working Paper, N° 35, Brasilia, International Poverty Centre (IPC), abril.
- Standing, Guy (2007), “Conditional cash transfers: why targeting and conditionalities could fail” One Pager, N° 47, International Poverty Centre (IPC), diciembre.
- Stewart, Frances (2008), Horizontal Inequalities and Conflict: understanding group violence in multiethnic societies, Basigstoke: Palgrave Macmillan.
- Tendler, Judith (2004), “Why Social Policy is Condemned to a Residual Category of Safety Nets and What to Do about it”, Social Policy in a Development Context, Thandika Mkandawire (coord.), Houndmills, Palgrave Macmillan.
- Torres Rivas, Edelberto, (2001a), “La pacificación de la guerra” Foreign Affairs, vol.1, N° 2, México D.F.: Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM).
- _____ (2001b), “El Estado después de los conflictos. Hacia un estado moderno en Centroamérica” Sociología del desarrollo, políticas sociales y democracia, R. Franco (coord.), México D.F., Siglo XXI/Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- United Nations International Children Emergency Fund (UNICEF), (2008). La niñez Guatemalteca en cifras. Compendio estadístico sobre las niñas, niños y adolescentes guatemaltecos. UNICEF/Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Guatemala, abril.
- Vargas, Jean Paul (2003), “De la representatividad a la participación ciudadana: el camino hacia la consolidación democrática en Centroamérica” Anuario de Estudios Centroamericanos, vol. 29 (1-2), San José, Universidad de Costa Rica.
- Vergara, Pilar (1990), Políticas Hacia la Extrema Pobreza en Chile 1973-1988, Santiago de Chile, FLACSO.
- Villatoro, Pablo (2008), “CCTs in Latin America: Human Capital Accumulation and Poverty Reduction”, Poverty in Focus, N° 15 “Cash Transfers. Lessons from Latin America”, Brasilia, International Poverty Center (IPC).
- _____ (2007), “Las transferencias condicionadas en América Latina: luces y sombras” documento de la CEPAL para el Seminario Internacional Evolución y Desafíos de los programas de transferencias condicionadas, Brasilia, 20 y 21 de noviembre.
- _____ (2005), “Los nuevos programas de protección social asistencial en América Latina y el Caribe”, documento de la CEPAL para la reunión de expertos Políticas hacia las familias, protección social e inclusión, Santiago de Chile, 28 y 29 junio.
- Veras, Fábio y Tatiana Britto (2008), “Confronting Capacities constraints on Conditional Cash Transfers in Latin America: The cases of El Salvador and Paraguay” Working Paper, N° 38, Brasilia, International Poverty Centre (IPC).
- Wielandt, Gonzalo (2005), “Hacia la construcción de lecciones del posconflicto en América Latina y el Caribe. Una mirada a la violencia juvenil en Centroamérica”, serie Políticas Sociales, n°115 (LC/L.2451-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de Naciones Unidas. N° de venta: S.05.II.G.197.
- Yaschine, Iliana y Laura Dávila (2008), “Why, when and how should beneficiaries leave a CCT Programme?” Poverty in Focus, N° 15 “Cash transfers. Lessons from Africa and Latin America”, Brasilia, International Poverty Centre (IPC), agosto.

Anexos

Anexo 1

Entrevistas sostenidas en septiembre y octubre de 2008

Guatemala

| Institución / Programa | Personas entrevistadas |
|---|---|
| Consejo de Cohesión Social | Lic. Ana de Méndez y Lic. Cecilia Palomo |
| Programa Mi Familia Progresa | Lic. Ekaterina Parrilla |
| Programa Creciendo Bien | Lic. Cecilia Palomo |
| Ministerio de Educación, Consejo Técnico del Programa Mi Familia Progresa | Lic Jorge Calvo, Lic Jorge de León, Arq. Rodolfo González |
| Ministerio de Salud, Consejo Técnico del Programa Mi Familia Progresa | Dr. Lisandro Moran y Dra. María Marta Tuna |
| Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN) de la Presidencia | Dr. Juan Aguilar |
| Secretaría de Coordinación Ejecutiva de la Presidencia (SCEP) | Lic. Salvador Gándara |
| Fundación de la caficultora para el desarrollo rural (Funcafé) | Lic. Irene Monzón |
| Instituto Nacional de Estadística (INE) | Ing. Marciano Castillo, Lic. Jaime Mejías, Lic. Gustavo Hernández, Lic. Carlos Macías y Lic. Marco Antonio Martínez |
| Acción Ciudadana | Lic. Manfredo Marroquín |
| Fundación Juan Bautista Gutiérrez | Lic. Tania Azurdía de Zedan |
| Asociación Puente | Lic. Wendy de Berger, Lic. Edna Lima de Morales |
| PNUD | Lic. Abelardo Quezada |
| BID | Lic. Nohora Alvarado y Lic Horacio Álvarez. |
| Banco Mundial | Lic. Manuel Salazar, Lic. Sara Gianozzi y Lic. Juan Luis Córdova |
| Embajada Sueca | Lic. Martin Holmberg |

Honduras

| Institución / Programa | Personas entrevistadas |
|---|---|
| Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS) | Lic. Cesar Salgado |
| Programa Raíces | Lic. Julio Eguigurens |
| Programa Integral de Protección Social (PIPS), PRAF/BID | Lic. Norma Pérez, Lic. María Teresa Rodríguez, Lic. Pablo Ulloa, Lic. Carla Portillo, Lic. Ángel Altamirano |
| PRAF | Lic. Olga Lydia Díaz |
| Unidad de Apoyo Técnico (UNAT) de la Presidencia | Lic. Francisco Saravia y Lic. Miguel Ramos |
| Comisión Presidencial para la Reducción de la Pobreza | Lic. Fernando García |
| Consejo Consultivo del Gabinete Social | Lic. Ernesto Gálvez |
| Banco Nacional de Desarrollo Agrícola (BANADESA) | Lic. Roy Bautista |
| Secretaría de Educación | Lic. Belinda Ponce |

| | |
|--|---|
| Secretaría de Finanzas | Lic. David Carías |
| Ministerio de Salud | Dra. Nora Rodríguez |
| Cooperación Canadiense en Honduras | Lic. Julio Cesar Raudales |
| Consultores ESA | Lic. Helmis Cárdenas y Lic. Marco Moncada |
| Foro Social para la Deuda Externa de Honduras (FOSDEH) | Lic. Raf Flores |
| Pro Reforma | Dr. Mauricio Mendoza |
| Programa Mundial de Alimentos (PMA) | Lic. Francisco Salinas |
| PNUD | Lic. Rocío Tábora |
| BID | Lic. Olga Patricia Falk |
| Banco Mundial | Lic. Dante Mossi Reyes |
| Cooperación Sueca | Lic. Ann Stodberg |

Nicaragua

Institución / Programa

Gabinete Social
 Ministerio de Políticas Públicas
 Sistema Nacional de Inversiones (SNIP)
 Ministerio de la Familia
 Ministerio de Agricultura y Fomento Rural (MAGFOR)
 Ministerio de Educación
 Programa Usura Cero
 Ministerio de Salud
 Programa Gobernanza y Desarrollo
 Red de Protección Social
 Organización de Estados Iberoamericanos (OEI)
 ICEFI
 PNUD
 BID
 Banco Mundial

Personas entrevistadas

Lic. Orlando Nuñez
 Dr. Paul Oquist
 Lic. Ivania Portocarrero
 Lic. Isabel Muñoz
 Lic. Gustavo Moreno, Lic. Luis Tercero y Lic. Patrick Dumazert
 Lic. Amelia Tiffer, Lic. Lilian Torres, y Lic. Ulises González.
 Lic. Leonor Corea
 Dr. Marielos Boedeker Herrera y Dr. Luis Carvallo
 Lic. Claudia Pineda
 Lic. Mirelle Vijil
 Lic. Carmen Largaespada
 Lic. Julio Francisco Báez
 Lic. Leslie Castro
 Lic. Emmanuelle Sanchez- Monin
 Lic. Miriam Montenegro

Anexo 2

CUADRO A-1 PROGRAMAS DE TRANSFERENCIAS CON CORRESPONSABILIDAD EN AMÉRICA LATINA

A) DURACION, POBLACION OBJETIVO Y COMPONENTES

| País | Nombre del Programa | Duración | Población objetivo | Componentes de capital humano y corresponsabilidades | | | |
|-----------|----------------------------------|----------|--|---|----------------------------|--|---|
| | | | | Educación | Alimentación/ Nutrición | Salud | Otros |
| Argentina | Familias por la Inclusión Social | 2005- | Familias en riesgo social con niños/as entre 0 y 19 años y/o mujeres embarazadas Discapacitados/as | Matricula y asistencia regular a la escuela | -- | Cumplimiento Plan Nacional de Vacunación (bimensual) Control bimestral embarazadas | Asistencia a programas de formación profesional y talleres comunitarios |
| Bolivia | Bono Juancito Pinto | 2006- | Niños/as cursando entre 1º y 6º de primaria en escuelas públicas | Asistencia regular a la escuela (80% aprox.) | -- | -- | -- |
| Brasil | Bolsa Família | 2003- | Familias en extrema pobreza Familias pobres con niños/as entre 0 y 15 años Familias pobres con adolescentes entre 16 y 17 años | Mantener asistencia regular de niños/as y adolescentes a la escuela | -- | Cumplimiento calendario de vacunación (niños/as entre 0 y seis años) Cumplimiento agenda pre y post natal para madres embarazadas y dando lactancia | -- |

CUADRO A-1, A (continuación)

| País | Nombre del Programa | Duración | Población objetivo | Componentes de capital humano y corresponsabilidades | | | |
|------------|---------------------------|----------|--|---|----------------------------|--|---|
| | | | | Educación | Alimentación/ Nutrición | Salud | Otros |
| Chile | Chile Solidario | 2002- | Familias en situación de pobreza extrema | Depende de acuerdos en el contrato familiar sobre cumplimiento de 53 mínimos en educación, salud, identificación, habitabilidad, dinámica familiar, ingresos monetarios y trabajo. Promueve acceso a otros programas públicos de asistencia social y subsidios | | | |
| Colombia | Familias en Acción | 2001- | Familias en extrema pobreza con hijos/as menores de 18 años Familias indígenas con hijos/as menores de 18 años Familias desplazadas | Asistencia regular a clases (80% de asistencia) | -- | Asistencia controles de crecimiento y desarrollo | Asistencia espacios de encuentro y capacitación y a jornadas de atención programadas por el municipio |
| Costa Rica | Avancemos | 2006- | Familias pobres con hijos/as entre 13 – 21 años cursando secundaria en establecimientos públicos | Permanencia en sistema educativo | -- | -- | -- |
| Ecuador | Bono de Desarrollo Humano | 2001- | Familias en situación de extrema pobreza con hijos/as hasta 16 años Adultos mayores en situación de extrema pobreza (65 años o más) Discapacitados en situación de extrema pobreza (40% o más de discapacidad) | Asistencia a la escuela ^a | -- | Asistencia a los centros de salud y seguimiento calendario vacunación ^a | -- |

CUADRO A-1, A (continuación)

| País | Nombre del Programa | Duración | Población objetivo | Componentes de capital humano y corresponsabilidades | | | |
|-------------|--|----------|--|--|----------------------------|--|---|
| | | | | Educación | Alimentación/ Nutrición | Salud | Otros |
| El Salvador | Red Solidaria | 2005- | Familias en situación de extrema pobreza con niños/as menores de 15 años y/o mujeres embarazadas | Inscripción en escuela | -- | Cumplimiento esquema de vacunación Asistencia a controles de peso y talla Asistencia a controles pre-natales | Asistencia a capacitaciones y talleres de apoyo familiar y desarrollo profesional |
| Jamaica | Programa de Avance mediante la Salud y la Educación (PATH) | 2002- | Niños/as menores de 17 años Adultos mayores (60 años y más) Discapacitados/as Mujeres embarazadas y dando lactancia Adultos pobres sin empleo (entre 18 y 64 años) | Asistencia a la escuela (85% de asistencia) | -- | Asistencia a los centros de salud (frecuencia diferenciada según categoría de población) | -- |

CUADRO A-1, A (continuación)

| País | Nombre del Programa | Duración | Población objetivo | Componentes de capital humano y corresponsabilidades | | | |
|----------|--------------------------------|----------|---|--|--|--|-------|
| | | | | Educación | Alimentación/ Nutrición | Salud | Otros |
| México | Oportunidades (Ex-PROGRESA) | 1997- | Familias pobres | Asistencia a la escuela (85% de asistencia) | Destinar apoyos correspondientes a alimentación del hogar y consumir suplementos nutricionales | Asistencia a controles médicos programados Asistencia sesiones de orientación para la salud | -- |
| Panamá | Red de Oportunidades | 2006- | Familias en situación de extrema pobreza | Asistencia a la escuela | -- | Seguimiento calendario de vacunaciones Asistencia controles de salud | -- |
| Paraguay | Tekoporâ | 2005- | Familias en situación de extrema pobreza con hijos/as hasta 14 años, que viven en zonas rurales | Asistencia a la escuela (85% de asistencia) | -- | Asistencia controles de salud Asistencia talleres informativos | -- |
| Perú | Juntos | 2005- | Familias en situación de extrema pobreza con mujeres embarazadas, padres viudos, adultos mayores y/o niños/as hasta los 14 años | Asistencia a la escuela (85% de asistencia) | Consumo suplementos nutricionales | Asistencia a controles médicos e inmunización al día Asistencia a charlas informativas (nutrición, salud reproductiva, preparación alimentos) | -- |

CUADRO A-1, A (conclusión)

| País | Nombre del Programa | Duración | Población objetivo | Componentes de capital humano y corresponsabilidades | | | |
|----------------------|---------------------------|-----------|---|--|----------------------------|---|--|
| | | | | Educación | Alimentación/ Nutrición | Salud | Otros |
| República Dominicana | Programa Solidaridad | 2005- | Familias en extrema pobreza con hijos/as menores de 16 años y/o mujeres embarazadas Toda la población sin documentación (acta de nacimiento, cédula de identidad y electoral) | Asistencia a la escuela (85% de asistencia) | -- | Asistencia a centros de salud para actividades de prevención (controles y vacunas) Asistencia a charlas informativas programadas | -- |
| Uruguay | Ingreso Ciudadano (PANES) | 2005-2007 | Población en pobreza extrema | Asegurar permanencia de niños/as en la escuela | | Asistencia a controles médicos | Realizar tareas comunitarias Participación en actividades de capacitación |

Fuente: Elaboración propia en base a información oficial de los países y CEPAL, Panorama Social de América Latina, 2007.

^a Sin condiciones para adultos mayores y discapacitados.

B) MONTO DE LAS TRANSFERENCIAS, POBLACIÓN CUBIERA Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO

| País | Monto de las transferencias ^a | | | | Población cubierta como % población total | Fuentes de financiamiento |
|-----------|--|--|----------------------------|--|---|---|
| | Educación | Salud | Alimentación/ Nutrición | Otros | | |
| Argentina | | Ingreso no remunerativo: US\$60 por hijo/mes (2007) Máx. US\$99 por familia ^b Más de siete hijos/as: puede acceder a una pensión no contributiva | | Beca de estudio y formación: US\$16 (2007) | 4,80 (2007) x | BID |
| Bolivia | US\$2,12 por hijo/mes (2007) ^c | -- | -- | -- | 12,27 (2006) x | Ingresos provenientes de la nacionalización de los hidrocarburos |
| Brasil | | Beneficio Básico: US\$35 (2008) (familias en extrema pobreza, bono por familia/mes) Beneficio Variable: US\$11 (2008) por hijo/mes Máx. 3 por familia Variable vinculado a adolescente: US\$17 (2008) por hijo/mes Máx. 2 por familia | | | 22,72 (2008) ^d | Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre, Banco Mundial |
| Chile | Decreciente entre US\$23 y el equivalente a un SUF por familia/mes (2006) Máx. 24 meses Bono Egreso: equivalente a un SUF por familia/mes (2006) Máx. 36 meses | Bono Protección: Decreciente entre US\$23 y el equivalente a un SUF por familia/mes (2006) Máx. 24 meses | | Subsidio Único Familiar (SUF): US\$11 por hijo/mes (2008) Máx. 36 meses Subsidio a la Cédula de Identidad: US\$6 por persona (2008) Subsidio al Agua potable (SAP): US\$17-44 (2008) por familia/mes Pensión Básica Solidaria (PBS): US\$118 por adulto mayor/mes (2008) | 6,84 (2008) x | MIDEPLAN – FOSIS |

CUADRO A-1, B (continuación)

| País | Monto de las transferencias ^a | | | | Población cubierta como % población total | Fuentes de financiamiento |
|-------------|--|---|---|-------|---|---|
| | Educación | Salud | Alimentación/ Nutrición | Otros | | |
| Colombia | US\$8 - US\$31 por hijo/mes (2008) ^{e, f} | -- | US\$10 – US\$26 por familia/mes (2008) ^g | -- | 6,67 (2007) x | Banco Mundial, Gobierno de Colombia |
| Costa Rica | US\$29 – US\$96 por hijo/mes (2008) ^h Máx. US\$153 por familia | -- | -- | -- | 2,99 (2008) † | |
| Ecuador | | US\$30 por familia/mes (2007) US\$30 por adulto mayor/mes (2007) US\$30 por discapacitado/mes (2007) | | | 9,42 (2008) x | BID, Banco Mundial |
| El Salvador | US\$15 - US\$20 por familia/mes (2008) | US\$15 - US\$20 por familia/mes (2008) | -- | -- | 10,90 (2009) † | Banco Mundial, BID y otras fuentes bilaterales y multilaterales |
| Jamaica | | US\$8 – US\$15 (2008) ⁱ Máx. 20 por familia | | | 6,63 (2007) * | |
| | | Bonus: US\$17 por beneficiario que termina la secundaria y se inscribe en la educación superior ^j | | | | |

CUADRO A-1, B (continuación)

| País | Monto de las transferencias ^a | | | | Población cubierta como % población total | Fuentes de financiamiento |
|----------|--|-------|--|--|---|--|
| | Educación | Salud | Alimentación/ Nutrición | Otros | | |
| México | <p>Apoyo educación: US\$12 - US\$77 por hijo/mes (2008)^k</p> <p>Útiles escolares: US\$2 por hijo/mes (2008)^l</p> | -- | <p>Apoyo alimentario: US\$18 por hijo/mes (2008)</p> | <p>Apoyo Adulto Mayor: US\$25 al mes (2008)</p> <p>Apoyo Energético: US\$5 por familia/mes</p> <p>Apoyo Alimentario para Vivir Mejor: US\$11 por familia/mes (2008)</p> <p>Jóvenes con Oportunidades: US\$3 – US\$27 por joven/mes (2008)^m</p> <p>Máx. todos los apoyos: US\$106 - US\$170 por familia/mes (2008)ⁿ</p> | 23,75 (2006) ^o | |
| Panamá | | | US\$50 por familia/mes (2008) | | 3,73 (2007) x | Banco Mundial y BID |
| Paraguay | US\$6 por hijo/mes (2007) Máx. 4 por familia | | US\$12 por familia/mes (2007) | -- | 0,89 (2006) x | |
| Perú | | | US\$30 por familia/mes (2005) | | 1,49 (2008) x | República del Perú, y otras fuentes |

CUADRO A-1, B (conclusión)

| País | Monto de las transferencias ^a | | | | Población cubierta como % población total | Fuentes de financiamiento |
|----------------------|--|-------------------------------|-------------------------------|--|---|---------------------------|
| | Educación | Salud | Alimentación/ Nutrición | Otros | | |
| República Dominicana | US\$9 – US\$17 por hijo/mes (2008) Máx. 4 por familia | -- | US\$20 por familia/mes (2008) | BonoGas hogar: US\$7 por familia/mes (2008) | 8,01 (2008) x | |
| Uruguay | | US\$58 por familia/mes (2007) | | | 9,19 (2007) ^o | |

Fuente: Elaboración propia en base a información oficial de los países y CEPAL, Panorama Social de América Latina 2007.

* Cobertura estimada.

† Cobertura programada.

x Cobertura efectiva.

^a Dólares de cada año; Conversión hecha en base a serie "rf" del Fondo Monetario Internacional.

^b Transferencia comienza a partir del segundo hijo y monto decrece hasta el sexto hijo/a.

^c Monto mensual aproximado. Transferencia se paga en una cuota anual equivalente a Bs. 200 (US\$25).

^d Estimado a partir de número de familias beneficiarias y tamaño medio de los hogares urbanos del quintil más pobre, año 2007 (base de datos BADEINSO de CEPALSTAT).

^e Los montos varían según el área de residencia y el grado cursado. Se establecen cuatro áreas de residencia: Grandes ciudades 1 (Cali, Medellín, Soacha), Grandes ciudades 2 (Ibagué, Neiva, Popayán, Santa Marta, Sincelejo), Grandes ciudades 3 (Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Montería, Pasto, Pereira, Villavicencio, Yopal), y una cuarta área donde se incluye a la población no perteneciente a las grandes ciudades y la población desplazada. Del mismo modo se establecen tres grupos de grados escolares: 1) 6º, 7º y 8º; 2) 9º y 10º; 3) 11º.

^f Diez transferencias anuales, equivalentes a la duración del período escolar.

^g Montos varían según edad de los beneficiarios (0-6 años y 7-11 años). Subsidio de nutrición adicional para grandes ciudades grupo 2 y 3.

^h Monto creciente según grado escolar (desde 7º a 12º).

ⁱ Monto para niños/as en edad escolar es 10% mayor para los hombres, crece en 50% para secundaria y en 75% para los niveles más altos de la secundaria.

^j Monto mensual aproximado. Transferencia se realiza por una vez, equivalente a J\$15.000 (US\$207).

^k Transferencia se incrementa con el grado escolar (primaria, secundaria y media-superior) y para las mujeres.

^l Monto mensual aproximado considerando 12 cuotas. Transferencia se realiza por una sola vez al terminar la educación media-superior en el tiempo correspondiente.

^m Monto mensual aproximado. Transferencia se calcula sobre una base anual, variando entre MN\$265 (US\$24) y MN\$330 (US\$30) según nivel educacional.

ⁿ Monto máximo depende de la existencia o no de estudiantes en el nivel medio-superior.

^o Estimado a partir del número de familias beneficiarias y tamaño medio de los hogares urbanos del quintil más pobre del mismo año (base de datos BADEINSO de CEPALSTAT).