



Primera evaluación de impacto del Programa Presidencial de Salud, Educación y Nutrición “Bono 10,000” en zonas rurales de la República de Honduras

I. Descripción del programa

El Programa Bono 10,000 es una intervención que consiste en transferencias monetarias condicionadas al cumplimiento de corresponsabilidades en salud, educación y nutrición por parte de los hogares beneficiarios. Su propósito es contribuir al rompimiento del ciclo inter-generacional de la pobreza incidiendo en mejores condiciones de salud y educación en los hogares que participan en él.

El programa ha focalizado sus esfuerzos para beneficiar hogares por debajo de la línea de pobreza rural que tengan el perfil que se indica a continuación, transfiriendo los siguientes montos:

- **Bono de Salud:** mujeres embarazadas o puérperas y/o niños de 0 a 5 años, a quienes se transfieren Lps. 5,000 al año para el cumplimiento de la corresponsabilidad de visitas periódicas a centros de salud para controles pre-natales y/o de peso y talla de menores.
- **Bono de Educación:** niños en edad escolar, de 6 a 18 años, transfiriendo Lps. 10,000 al año para que asistan a al menos el 80% de las clases durante el año escolar.

La normatividad del programa dispone la coordinación inter-institucional para su funcionamiento. La Coordinación Nacional del programa está adscrita a la Secretaría del Despacho Presidencial (SDP) y su organismo ejecutor es el Programa de Asignación Familiar (PRAF). La ejecución también es responsabilidad de las Secretarías de Educación y Salud, que colaboran con la oferta de servicios y la verificación de corresponsabilidades.

II. Lineamientos generales de la evaluación

Uno de los elementos centrales del Programa Bono 10,000 es la evaluación rigurosa de sus resultados, cuyo propósito principal es contribuir a la toma de decisiones informada mediante el uso de evidencia confiable sobre la efectividad del programa. Asimismo, la e-valuación también pretende brindar datos que permitan optimizar el diseño, la focalización y la implementación del programa.

Para tales efectos, el comité inter-institucional del programa decidió realizar una evaluación de impacto con los más altos estándares de rigurosidad y confiabilidad. Para ello, se asignaron aleatoriamente las aldeas participantes a grupos de tratamiento y de control. Cabe destacar que este tipo de asignación aleatoria es congruente con el mecanismo que el programa ha seguido en su implementación. En una primera etapa, se definieron las aldeas participantes en ambos grupos de la evaluación y posteriormente se determinó la elegibilidad de cada hogar al interior de estas aldeas, con base en una Encuesta de Características Socioeconómicas (ECS).

Rigurosa evaluación que sigue el estándar de oro de evidencia científica en ciencias sociales, la asignación aleatoria de aldeas a grupo de control y tratamiento.

III. Marco muestral y recolección de datos

El comité inter-institucional identificó, con ayuda del Instituto Nacional de Estadística (INE) 3,724 aldeas rurales en Honduras, de las cuales, 2,908 fueron descartadas para participar en la evaluación. 816 fueron elegidas por su nivel de pobreza y no haber recibido el bono, conformando un segmento de aldeas que no eran las más pobres del país, pero que aún se encontraban por debajo de la línea de pobreza rural.

El nueve de septiembre de 2011, en un evento público se realizó la selección aleatoria de 300 aldeas participantes –150 de ellas asignadas al grupo de tratamiento y 150 al grupo de control. Las aldeas del grupo de tratamiento comenzarían a recibir el bono después del levantamiento de datos de línea de base (2012) y las del grupo de control después del levantamiento de la línea de seguimiento (2013). Cabe mencionar que una aldea rechazó participar en el grupo tratamiento y tres rechazaron participar en el grupo control. Con el fin de determinar los hogares elegibles al interior de las 300 aldeas, se les administró la Encuesta de Condiciones Socioeconómicas, cuya información permitió conformar una prueba de representación de promedios (*proxy means test*) para determinar los hogares elegibles de cada aldea.

El levantamiento de datos de línea de base se realizó en dos rondas, la primera a 2,466 hogares en 133 aldeas entre enero y marzo y la segunda a 1,950 hogares en 130 aldeas en mayo y junio de 2012. A los hogares de la primera ronda ya se les había administrado la ECS y a los demás se les administró a principios de 2012. En general, la tasa de respuesta fue alta: 96.2% entre los hogares del grupo tratamiento y 96% entre los hogares control. Un año después, el levantamiento de línea de seguimiento se realizó únicamente en los 4,245 hogares que contestaron completamente la encuesta de evaluación en 2012. En la Ronda 1 se visitaron 2,378 hogares en 166 aldeas entre febrero y marzo de 2013 y en la Ronda 2 se visitaron 1,867 hogares en 130 aldeas entre mayo y junio. Las tasas de respuesta fueron: 88.8% entre hogares tratamiento y 85% entre hogares control.

VI. Resultados de impacto

Validez interna: comparación entre grupos

Antes de comenzar a estimar los impactos del programa, NORC verificó la validez de esta evaluación analizando las similitudes entre ambos grupos de hogares. En este sentido, la ausencia de diferencias entre los grupos control y tratamiento en la línea de base brindaría evidencia sólida sobre la validez causal del experimento aleatorio. Por ello, NORC condujo verificaciones de composición y características de ambos grupos. Algunas variables de línea de base que se verificaron son: composición de los grupos y subgrupos por edad y por sexo, consumo per cápita promedio, incidencia de pobreza, brecha de pobreza, incidencia de pobreza extrema, escolaridad y porcentaje de alfabetismo de la madre y el padre, porcentaje de miembros de grupos étnicos locales, condiciones de vivienda, entre otras. En general, no se encontraron diferencias que afectarían la validez de la evaluación.

La ausencia de diferencias en las variables que miden características de los beneficiarios entre los grupos de tratamiento y control en la línea de base brinda evidencia sólida sobre la validez causal del estudio aleatorio.

NORC también verificó las diferencias en 26 variables entre los hogares que contestaron y los que no contestaron el cuestionario de línea de base. NORC tampoco encontró diferencias considerables que pudieran afectar la validez del experimento.

Estimación de resultados

La estimación de efectos de la intervención fue estimado ocupando el principio de “diferencia en diferencias”, que es el equivalente a la diferencia entre los promedios del indicador entre el grupo de tratamiento y el de control en la línea de seguimiento, restando además la diferencia entre los promedios del indicador al momento de línea de base. Esta estimación puede resumirse de la siguiente forma:

Diferencia en diferencias = (Diferencia en L. Seg. entre T y C) - (Diferencia en L. Base entre T y C)

Resultados de impacto en pobreza

- **Pobreza.**— Entre todos los hogares en tratamiento, el programa redujo la tasa de pobreza en tres puntos porcentuales (p.p.) y el promedio del consumo per cápita de los hogares aumentó en siete p.p. con respecto a los hogares de control.
- **Brecha de pobreza.**— Entre todos los hogares en tratamiento, el programa redujo en 2.6 p.p. la brecha de pobreza en comparación con el grupo de control.
- **Pobreza extrema.**— el programa no redujo la tasa de pobreza extrema de los hogares en tratamiento con respecto al grupo de control.
- **Brecha de pobreza extrema.**— Sin embargo, el programa sí redujo la intensidad de la pobreza extrema, disminuyendo en tres puntos porcentuales la brecha de pobreza extrema entre los hogares de tratamiento con respecto a los de control.

Resultados de impacto en educación

- **Matriculación escolar 2013.**— Entre niños de 6 a 17 años de edad que viven en los hogares de tratamiento, el programa aumentó la tasa de matriculación en el año escolar 2013 en 2.8 p.p., comparado con aquellos que viven en hogares del grupo de control.
- **Asistencia escolar 2013.**— Entre niños de 6 a 17 años de edad que habitan en hogares tratamiento, el programa aumentó la tasa de asistencia, al momento de la entrevista de línea de seguimiento, en 3.2 p.p. con respecto a aquéllos miembros en ese segmento de edad de hogares del grupo de control.
- **Asistencia escolar en grupos diferenciados de niños.**— El programa previno deserción escolar y los efectos se concentraron entre los niños asistiendo a los grados de segundo y tercer ciclo.
 - ▶ **Niños fuera de la escuela en 2011.**— El efecto fue de 0.1 p.p. entre los niños de hogares en tratamiento.
 - ▶ **Niños asistiendo al primer ciclo de educación básica en 2011.**— El efecto entre niños de hogares en tratamiento fue de un incremento en 2 p.p. en asistencia escolar, en comparación de aquéllos en hogares del grupo de control.
 - ▶ **Niños asistiendo al segundo y tercer ciclo de educación básica en 2011.**— El efecto del tratamiento se vio incrementado en estos segmento de niños, ya que la intervención impactó positivamente en 6.2 p.p. entre los que asisten a segundo ciclo y en 4.3 p.p. entre los que asisten a tercer ciclo.

Resultados de impacto en salud infantil

- **Controles en centros de salud.**— Entre niños de entre cero y tres años, el programa aumentó la tasa de visitas al centro de salud que fueron para control en 2.6 puntos porcentuales (p.p.).
 - **Monitoreo de peso.**— Entre niños menores de un año, el programa aumentó el porcentaje de niños que fueron pesados en los últimos 30 días antes de la entrevista en 15 p.p.
 - **Vacunación.**— Entre niños de entre cero y tres años, el programa no demostró impacto en el porcentaje de niños vacunados (BCG y otras vacunas del esquema nacional).
- No hubo efectos en otros indicadores de salud infantil, tales como: frecuencia de diarrea, fiebre o problemas respiratorios, puntajes Z de la relación talla-edad, peso-talla y peso-edad, y niveles de hemoglobina en sangre e incidencia de anemia.

Resultados de impacto en salud materna

- No se registraron efectos significativos en el número de controles prenatales, tasa de inmunización de las madres contra el tétanos, niveles de asesoría sobre plan de parto, tasa de parto institucional ni de controles postnatales.
- Sin embargo, sí se encontraron efectos de la intervención entre algunas mujeres, particularmente las que viven en hogares en los que no había niños en edad escolar (entre 6 y 18 años de edad) al momento de la entrevista de seguimiento, mismas que representan el 24 % de la muestra:
 - ▶ **Inmunización contra el tétanos.**— Efecto positivo de 12 p.p. con respecto a mujeres en ese segmento de edad viviendo en hogares control sin niños en edad escolar
 - ▶ **Control postnatal.**— Las mujeres que viven en hogares del grupo tratamiento registraron una diferencia positiva de 22 p.p. en la participación en controles postparto. Una posible interpretación de este fenómeno es que las mujeres en edad fértil que no cohabitan con niños en edad escolar se sentían más presionadas para cumplir.

Resumen de resultados

El programa de transferencias condicionadas incidió en aumentar el consumo per cápita de los hogares en siete p.p., reducir la pobreza en tres p.p. y la brecha de pobreza en 2.6 p.p. No obstante, no registró efectos en la participación laboral de los adultos que habitan en los hogares beneficiarios. Con respecto al acceso a la educación básica, el programa aumentó la matriculación en 2.8 p.p. y la asistencia en 3.2 p.p. con respecto a los niveles de 2012. Este efecto fue mayor entre los niños que ya acudían al segundo ciclo en 2011 y que se encontraban en transición al tercer ciclo de educación básica. En cuanto a salud y nutrición infantil, el programa influyó en que los niños menores de cinco años acudieran más frecuentemente al centro de salud para controles pero no se comprobaron efectos en otros indicadores de salud, crecimiento o nutrición; cabe mencionar que esta evaluación fue realizada en un periodo aún temprano como para poder estimar efectos en estos indicadores. Finalmente, las condiciones de salud de las madres y su comportamiento en torno a los servicios de salud no mostraron diferencias significativas entre hogares de tratamiento y control. No obstante, entre las mujeres en edad fértil que habitan en hogares sin niños de entre 6 y 18 años, las tasas de inmunización contra el tétanos y de asistencia a controles prenatales fueron más elevadas entre hogares de tratamiento que entre los de control. Este fenómeno sugiere que es importante fortalecer la verificación de las corresponsabilidades en salud para incrementar el impacto.

VII. Lecciones y recomendaciones

A partir de la revisión de estos resultados, NORC ha compilado y formulado las siguientes lecciones y recomendaciones para las instituciones encargadas de la toma de decisiones y la implementación del Programa Bono 10,000:

1. **Afinar la focalización del bono.**— Es importante revisar el modelo estadístico para comprobar sus criterios de selección y mejorar el modelo estadístico que se ha ocupado para definir la elegibilidad a nivel de hogares. Este modelo está basado en la información de la ECS que se utiliza para llevar a cabo la prueba de representación de promedios (*proxy means test*).
2. Buscar la **regularización del pago del bono**, incluyendo el número de pagos por año y el monto de cada uno de ellos, así como el calendario de pagos.
3. **Fortalecer el monitoreo y verificación del cumplimiento de corresponsabilidades** de los hogares que reciben el bono.
 - a. Bono de Salud—Asistencia a controles por parte de todas las mujeres embarazadas o puerperas y todos los niños menores de cinco años de edad, con la frecuencia de visitas solicitada de acuerdo con el segmento de edad de los niños.
 - b. Bono de Educación-Asistencia a clases de niños entre 6 y 18 años de edad que no han concluido el tercer ciclo de educación básica. Verificar asistencia cotidiana y no únicamente matrícula al inicio del año escolar.
4. **Coordinación más estrecha y continua del Bono 10,000** con las Secretarías de Educación y Salud para comprobar y garantizar el acceso a los centros de salud y a los centros educativos a nivel local, especialmente en el tercer ciclo de educación básica. Asimismo, se debe realizar un esfuerzo de involucrar a los padres de familia en este proceso.
5. **Continuar con fortalecimiento e integración de los sistemas de información** a nivel de hogares para mejorar la focalización, a nivel de individuos (madres e hijos menores) para comprobar y verificar el cumplimiento de las corresponsabilidades y a nivel de las escuelas y centros de salud para coordinar la provisión de los servicios de educación y salud, así como el proceso de verificación de cumplimiento de corresponsabilidades también en este nivel.

Evaluación a mediano y largo plazo

Con el fin de continuar los esfuerzos de evaluación del Bono 10,000 en el futuro, se proponen tres líneas interrogantes sobre los efectos futuros del programa:

1. Si bien el programa aumentó el grado de contacto de los niños en edad escolar básica y los centros educativos, ¿aumentará la escolaridad de estos niños y sus aprendizajes después de varios años de ser beneficiarios del programa ?
2. Si bien el bono aumentó el grado de contacto entre los niños menores de cinco años y los servicios de salud, ¿mejorará sus condiciones de salud y de nutrición tras varios años de estar expuestos sus madres y ellos al programa?
3. ¿Cuáles son los efectos, a mediano y largo plazo, en los niveles de pobreza de los niños que hoy son beneficiados con el programa?