

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
POSGRADO EN SALUD PÚBLICA**



**TRANSFERENCIAS CONDICIONADAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS  
CON Y SIN RETRASO DEL CRECIMIENTO. MUNICIPIO DE SANTA MARÍA,  
DEPARTAMENTO DE LA PAZ, TERCER TRIMESTRE 2019**

**PRESENTADO POR:**

**WENDY KARINA GÁMEZ AGUILAR**

**PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE  
MASTER EN SALUD PÚBLICA**

**ASESOR (A):**

**DRA. ASTARTÉ ASTIDAMIA ALEGRIA**

**TEGUCIGALPA, M.D.C.**

**NOVIEMBRE, 2021 HONDURAS, C.A**

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

**UNAH**

---

**RECTOR**

**DR. FRANCISCO JOSÉ HERRERA ALVARADO a.i.**

**VICE RECTORA ACADÉMICA**

**MSc. BELINDA FLORES**

**VICE RECTOR DE ORIENTACIÓN Y ASUNTOS ESTUDIANTILES**

**Abg. AYAX IRIAS COELLO**

**VICE RECTOR DE ASUNTOS INTERNACIONALES**

**Dr. JULIO RAUDALES**

**SECRETARIA GENERAL**

**Abg. ENMA VIRGINIA RIVERA**

**DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA**

**Dr. SANTIAGO JAIME RUIZ AVAREZ**

**DIRECTOR DEL SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**Dr. ARMANDO EUCEDA**

**DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**Dr. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO a.i.**

**SECRETARIA ACADÉMICA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**Dra. BETTY YAMILETH ÁVILA ALVARADO**

**COORDINADOR GENERAL POSGRADOS FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS**

**Dr. ARNOLDO ZELAYA**

**COORDINADOR ACADÉMICO DEL POSGRADO EN SALUD PÚBLICA**

**Dra. NORA C. RODRIGUEZ COREA**

## **DEDICATORIA**

### **A DIOS TODOPODEROSO**

Por haberme brindado la vida, por llevarme siempre de su mano; por permitirme el haber llegado hasta este momento de mi vida, tan importante como es mi formación profesional y culminar con éxito el esfuerzo de estos años de estudio. Para Él mi agradecimiento infinito ya que sin El no soy nada.

### **A MIS AMADOS PADRES**

Uvence Gámez, Martha Dilia Aguilar gracias por iluminarme y darme sabiduría, fuerzas y caminar por tu sendero, por mantenerme siempre en todas sus oraciones y bendiciones.

### **A MI ESPOSO E HIJAS**

A mi esposo: Demsyl Jafet Martínez Acosta, por el apoyo que me ha brindado,

A mis hijos: Samara Elizabeth Martínez Gámez, Hanna Rachell Martínez Gámez, por ser lo más grande y valioso que Dios me ha regalado, quienes son mi mayor motivación y la razón que me alienta a salir adelante.

### **A MI HERMANO Y HERMANAS**

Por su confianza y apoyo incondicional que me brindaron en todo momento, que de una u otra manera contribuyeron para que alcanzara este triunfo profesional.

## AGRADECIMIENTO

Al nombre que está sobre todo nombre, El Nombre de **JESÚS**, que me llamó en el desierto de mi vida. Gracias por su sangre preciosa.

A las autoridades de la Región Departamental de Salud de La Paz, por su confianza en mí y brindarme su apoyo de igual forma al Equipo Coordinador (ECOR) Santa María por su valiosa colaboración y oportunos aportes.

A la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, a mi maestro y maestras del Posgrado en Salud Pública (POSAP) con afecto, respeto y admiración. Por compartir sus conocimientos. A la asesora de esta tesis porque siempre fue optimista en que podía alcanzar este logro, por no rendirse hasta llegar a la meta que hoy se cumple.

A mis compañeros y amigos por superar los obstáculos y llegar hasta el fin

## **INDICE**

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	6
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	11
<b>2.1 Objetivo General</b> .....	11
<b>2.2 Objetivo Especifico</b> .....	11
<b>3 MARCO TEÓRICO</b> .....	12
<b>3.1 El Desarrollo en el niño menor de cinco años</b> .....	12
<b>3.1.1 Crecimiento en el niño menor de 5 años</b> .....	15
<b>3.1.2 Estado nutricional en el menor de cinco años</b> .....	18
<b>3.1.3 Retraso del crecimiento del niño menor de 5 años a nivel mundial</b> .....	25
<b>3.2. Transferencias condicionadas en Honduras</b> .....	28
<b>3.2.1 Características de los Programas de Transferencia Condicionada (PTC)</b> .....	30
<b>3.2.2 El legado de las transferencias condicionadas</b> .....	33
<b>3.2.3 Transferencias Monetarias Condicionadas como Política Social</b> .....	35
<b>3.2.4 Política pública para el desarrollo integral de la primera infancia</b> .....	41
<b>3.3. Reseña histórica del municipio de Santa María, La Paz</b> .....	52
<b>4. HIPOTESIS</b> .....	56
<b>5. DISEÑO METODOLOGICO</b> .....	57
<b>6. RESULTADOS</b> .....	63
<b>7. ANALISIS DE RESULTADOS</b> .....	74
<b>8 CONCLUSIONES</b> .....	83
<b>9. RECOMENDACIONES</b> .....	85
<b>10. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	87
<b>11. ANEXO</b> .....	89

## 1. INTRODUCCIÓN

El periodo con mayor crecimiento de la vida: de 1 célula se pasa a 500 millones de células, En los primeros años de vida el peso se triplica y la talla aumenta un 50%. Es clave una buena nutrición durante el embarazo y primera infancia para optimizar el crecimiento prenatal y temprano. La nutrición en el embarazo y dos primeros años condiciona la obesidad futura y enfermedades asociadas: diabetes, hipertensión, arterioesclerosis. Evitar esta etapa los errores por defecto (carencias nutricionales) y también por exceso (demasiadas proteínas).

Un desarrollo infantil pleno, principalmente durante los primeros años de vida, sentará las bases para la formación de un sujeto con todo su potencial y con posibilidades de volverse un ciudadano con mayor poder de resolución. Él mismo será capaz de enfrentar las adversidades que la vida le presente, contribuyendo a reducir las disparidades sociales y económicas dentro de la sociedad. El seguimiento del desarrollo de los niños durante los primeros años de vida extrauterina es fundamental, ya que es en esta etapa que el tejido nervioso crece y madura y está, por lo tanto, más expuesto a sufrir daño. Debido a su gran plasticidad, es también en esta época cuando el niño responde más a los estímulos que recibe del medio ambiente.

Es fundamental que en este período el profesional de salud, junto con la familia y la comunidad en la que está inserto, realice la vigilancia del desarrollo de todos los niños. Por lo tanto, para que se pueda realizar la vigilancia del desarrollo

infantil en la atención primaria de la salud es necesario que los profesionales tengan conocimiento básico sobre el mismo. Es importante que conozca las competencias de un niño normal, los factores de riesgo que pueden contribuir a alterar el desarrollo y reconocer los comportamientos que puedan sugerir la existencia de algún problema. La vigilancia del desarrollo comprende todas las actividades relacionadas a la promoción del desarrollo normal y a la detección de problemas durante la atención primaria de la salud del niño.

Aunque se realizan varios esfuerzos por los diferentes organismos e instituciones por mejorar y evitar el retraso del crecimiento no se logra ver la mejora en el menor de 5 años. Una de las maneras de amortiguar el déficit es a través de las transferencias condicionadas ya que su estructura básica consiste en la entrega de recursos monetarios y no monetarios a familias en situación de pobreza o pobreza extrema que tienen hijos menores de edad, con la condición de que estas cumplan con ciertos compromisos asociados al mejoramiento de sus capacidades humanas. Dentro de la población objeto se encuentran los niños menores de 5 años con discapacidad o riesgo de desnutrición.

En Honduras en el año 2000 junto al resto de países miembros de la ONU acordaron cumplir una serie de Objetivos del Milenio encaminados a reducir los niveles de pobreza y pobreza extrema, así como a la mortalidad infantil. Para lograr cumplir estos objetivos, varios gobiernos de América Latina y el Caribe empezaron a implementar políticas sociales como estrategias estatales de

atención a la pobreza basadas en Transferencias Monetarias Condicionadas (PTC por sus siglas en ingles). Los programas pioneros en este tipo de política social fueron Oportunidades (México) y Bolsa Familia (Brasil), y su éxito ha llevado a que se hayan expandido y mantenido en más de 18 países de la región, incluyendo a Honduras.

Los beneficiarios del subsidio deben cumplir con una serie de condiciones de interés público orientados a la formación de capital humano, acceso a servicios de salud, aumento en los niveles de nutrición y finalmente reducción de la pobreza monetaria. Estos programas han tenido bastante acogida política, ya que combinan la forma tradicional de asistencia social en programas públicos con el nuevo rol del gobierno de inversión social. En el corto plazo, incrementan los ingresos de la población más vulnerable a través de dinero, bienes y servicios; y en el largo plazo incentivan la inversión en los 3 componentes clásicos de capital humano: educación, salud y nutrición.

En el municipio de Santa María en el departamento de La Paz, el Equipo Coordinador de Salud (ECOR) en aras de la necesidad institucional de una base de datos completa de los niños menores de 5 años según su crecimiento y desarrollo, tomo la decisión de conformar un equipo de profesionales para realizar un estudio nutricional del grupo de niños en mención, previamente se realizó estandarización procedimiento mediante el cual se busca uniformar



técnicas y evaluar la competencia del personal que toma medidas antropométricas.

Esta estandarización nos permite evaluar la variabilidad de las medidas tomadas por diferentes personas a un mismo individuo del recurso humano sobre peso y talla, también gestión para obtener la logística necesaria para la ejecución de las actividades propuestas, las cuales tuvieron una duración de tres meses y se llevó a cabo en el tercer trimestre del año 2019. El estudio de evaluación nutricional del menor de 5 años tenía una población 1429 niños de los cuales se obtuvo una asistencia de 821 niños, el cual fue realizado en las comunidades del municipio, concentrando a los niños en los salones comunales.

El propósito de esta investigación, fue caracterizar el tipo de transferencia condicionada que reciben las madres de los niños menores de 5 años con y sin retraso del crecimiento, en el municipio de Santa María, en el tercer trimestre del 2019. De igual manera, realizar un análisis de variables descriptivas para comparar entre los hogares beneficiarios del programa y los no beneficiarios y asociar las transferencias condicionadas recibidas por la madre de familia con la presencia o ausencia de retraso de crecimiento en sus hijos menores de 5 años.

El universo-muestra fue de 821 niños menores de 5 años con o sin retraso en el crecimiento, se encontraron 262 (32%) niños en edades de 6 a 23 meses, y 201(24%) niños en edades de 48-60 meses. de acuerdo con el sexo el predominante fue el de las mujeres (54%) a diferencia de los niños. Ello difiere

con las últimas proyecciones para el 2012 del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), revelan que los niños entre 0 y 5 años en Honduras representan el 12.1% (972,293) de la población total, de los cuales un 52.4% son niños (509,033) y 47.6% son niñas (463,260).

El retraso del crecimiento en la niñez es uno de los obstáculos más significativos para el desarrollo humano, además tiende a presentar efectos a largo plazo para los individuos y las sociedades, en esta investigación el 64% de los niños menores de 5 años se encontraron con retraso en el crecimiento, de estos el 32% eran niñas similar a los niños con un 31%, no así los que están sin retraso en el crecimiento que el 22% son niñas y el 14% son niños.

De las Transferencias Condicionadas que mayor porcentaje recibieron los niños se encontró el NUTRILITE, alimento del PMA, bolsa solidaria y bono 10,000 y el resto de los beneficios que recibieron representaron un 23% que fue la minoría De los niños evaluados el 77% no recibieron ningún beneficio de las Traserencias Condicionadas que se entregan en el municipio, se identificó que el 15% de los beneficios recibidos por las Transferencias Condicionadas fue distribuido a niños con retraso en el crecimiento y el 8% a niños que están sin retraso en el crecimiento.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo General**

Determinar la asociación de la(s) transferencias condicionadas que reciben las madres de los niños menores de 5 años con la presencia o ausencia de retraso del crecimiento en el municipio de Santa María, departamento de La Paz, tercer trimestre de 2019.

### **2.2 Objetivo Especifico**

1. Describir la situación sociodemográfica de las familias del niño menor de 5 años con y sin retraso del crecimiento, en el municipio de Santa María, en el tercer trimestre de 2019.
2. Identificar las transferencias condicionadas que reciben las madres de familia de niños menores de 5 años con y sin retraso del crecimiento, en el tercer trimestre de 2019.
3. Asociar el número de transferencias condicionadas recibidas por la madre de familia con la presencia o ausencia de retraso de crecimiento en menores de 5 años.

### **3 MARCO TEÓRICO**

#### **3.1 El Desarrollo en el niño menor de cinco años**

El desarrollo integral en la infancia es fundamental para el desarrollo y la construcción de capital humano y social. Estos elementos son considerados necesarios para romper el ciclo vicioso e intergeneracional de la pobreza y reducir las brechas de inequidad, igualando oportunidades no solo a nivel socioeconómico, sino también de género y de ser humano. El desarrollo infantil es un proceso que comienza desde la concepción y envuelve aspectos que van desde el crecimiento físico, hasta la maduración neurológica, de comportamiento, cognitiva, social y afectiva del niño. El resultado es un niño competente para responder a sus necesidades y a las de su medio, considerando su contexto de vida.

Siendo el desarrollo del niño, el resultado de una interacción entre las características biológicas y las experiencias ofrecidas por el medio ambiente, factores adversos en estas dos áreas pueden alterarlo y producir un daño, la falta de afecto y de amor en los primeros años de vida dejará marcas definitivas, constituyendo uno de los riesgos más importantes para un buen desarrollo. Las experiencias adversas de la vida ligadas a la familia, al medio ambiente y a la sociedad, son consideradas como riesgos ambientales. Como ejemplos de estos estarían las malas condiciones de salud, la falta de recursos sociales y educacionales, la desintegración familiar y las prácticas inadecuadas de cuidado, entre otros.

Los niños bien nutridos y sanos que no presentan manifestaciones clínicas de retraso de desarrollo, pero por no estar recibiendo los estímulos adecuados, pueden no alcanzar su pleno potencial. Por eso, no solo es importante diagnosticar el problema, sino también promover las bases para un completo desarrollo del niño. Para que el niño logre todo su potencial de desarrollo es necesario estar atento a su evolución normal y a los factores que puedan intervenir en esta evolución, por lo tanto, es necesaria la intervención no solo de los familiares, sino también de los profesionales que pueden ayudar a su identificación y hacer su referencia lo antes posible para su tratamiento.

Cuando el desarrollo en la primera infancia se estanca, existen intervenciones críticas de mitigación en los sectores de salud, nutrición, educación, protección infantil y protección social, que deben ser accesibles para todas las familias y los niños pequeños. Sin embargo, se sigue viendo un énfasis excesivo en las políticas y programas para la preparación escolar, a expensas de las intervenciones integrales que deberían recibirse durante el transcurso de su vida, especialmente en los primeros 1,000 días de vida de un niño. Si se quiere avanzar en convertir la ciencia en práctica, las políticas y los programas deben adoptar una perspectiva que abarque el ciclo vital la asignación de recursos debe seguir este enfoque. (OPS, 2017, pág. 9)

Los servicios de salud en la atención del desarrollo en el menor de cinco años no pueden estar desligados de diferentes sectores, sino que debe proporcionarse intervenciones integradas y multisectoriales con una mayor integración tanto del sector de la salud con otros sectores, como la nutrición, la educación, la protección infantil, la protección social, el agua y el saneamiento, reuniendo a socios multisectoriales y combinando mecanismos innovadores de financiamiento y rendición de cuentas para ayudar a lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible. La voluntad política es fundamental para promover de esta manera el desarrollo en la primera infancia. La inversión en el desarrollo de la primera infancia, integrado con las funciones básicas de salud y nutrición de la familia y el niño, y hacerlo pronto, permitirá que los individuos y las naciones superen la pobreza y la exclusión y avancen hacia el logro de sus metas de desarrollo.

### **3.1.1 Crecimiento en el niño menor de 5 años**

El crecimiento es la evolución de las dimensiones corporales del niño o niña de acuerdo con su edad y está relacionada directamente con la nutrición, la morbilidad, el medio ambiente y la pobreza. Es una manifestación física de la adecuación/inadecuación del estado nutricional. Pueden generarse indicadores del estado nutricional y del crecimiento usando métodos antropométricos y comparándolos contra patrones ya sea de referencia o normativos, el crecimiento puede ser alcanzado con alimentación y cuidados de salud recomendados independiente de las diferencias genéticas o étnicas. Es el fenómeno biológico complejo a través del cual los seres vivos, al mismo tiempo que incrementan su masa, maduran morfológicamente y adquieren progresivamente su plena capacidad funcional.

El crecimiento y desarrollo del niño se sustenta en dos pilares fundamentales: el patrón genético, esto es el total de genes que a través de los padres le han sido transferidos y los factores ambientales que inciden en que aquellos se expresen libre y plenamente, o no lo hagan; entre estos últimos distinguimos dos grupos, de un lado, los que conocemos como factores ambientales externos, entre ellos la alimentación apropiada para satisfacer sus necesidades en cada etapa de su vida... por otro lado están los factores ambientales internos, es decir, el equilibrio del medio interno, tan importante para las funciones de

asimilación nutricional, para la óptima respuesta inmunológica así como su capacidad metabólica. (Arce, 2015, pág. 577)

El crecimiento y desarrollo del niño comienzan desde el momento de la fecundación y no se detienen hasta completar la adolescencia, cuando se detiene el crecimiento continúa el proceso de desarrollo. Entender el momento de desarrollo que vive el niño nos permite acercarnos a él, comprenderlo y poderle dar un apoyo tanto a él como a su familia. El crecimiento y desarrollo del lactante es la época de mayor dependencia y vulnerabilidad del niño. El crecimiento y desarrollo en esta etapa son acelerados en todos los campos. Se establecen los primeros vínculos afectivos, el desarrollo psicomotor es impresionante, pasando el niño de una dependencia absoluta a una independencia relativa respecto a sus padres y otros adultos.

El propósito de la vigilancia del crecimiento es el monitoreo periódico y sistemático del peso y de la talla de la niña y del niño menor de 5 años de manera integral a través del análisis de los indicadores de crecimiento, para intervenir las múltiples causas que ocasionan los problemas de crecimiento del niño o niña en el momento de la evaluación y prevenir problemas nutricionales. La consolidación de la información obtenida de los individuos atendidos en los servicios permite evaluar el estado y evolución del crecimiento y problemas nutricionales presentes en las poblaciones atendidas, esto para poder brindar un acompañamiento de manera más adecuada y personalizada.



La vigilancia del crecimiento debe garantizar que el personal de salud monitoree periódicamente el crecimiento y del estado nutricional en todo niño y niña, determine si existe algún problema nutricional y ofrecer manejo oportuno, correlacione los resultados de la evaluación del crecimiento del niño o niña con otros determinantes de salud y nutrición, brinde recomendaciones para la alimentación del niño y la niña a través de sesiones de consejería individualizada, intensifique las intervenciones nutricionales en los primeros dos años de vida, períodos de enfermedad y en situaciones de emergencias, promueva y brinde atención integral a la madre, padre o encargado del niño o niña.

Los primeros dos años de vida del ser humano representa una “ventana de oportunidad” crucial ya que en este periodo se puede prevenir el daño irreversible que sigue a la desnutrición infantil. Los niños que no reciben una nutrición adecuada en sus primeros 1.000 días de vida pueden sufrir daños irreversibles en su organismo. Los que sobreviven a la edad adulta es probable que sean menos productivos y capaces de alimentar a sus propias familias, una nutrición adecuada desde la infancia asegura una mejor salud y un desarrollo físico apropiado. Lograr estas intervenciones de manera oportuna, representa un logro significativo para la salud de la población infantil.

La ventana de oportunidades de los 1000 días se refiere a la etapa que inicia con el embarazo y termina cuando la niña o el niño cumplen dos años. Incluyendo los 270 días del embarazo, 365 días del primer año y 365 días del segundo año. Se ha demostrado que la adecuada atención en salud y una buena alimentación durante este periodo brinda beneficios para toda la vida y tiene un impacto significativo en la persona y la sociedad. (INCAP;USAID, 2018, pág. 2).

### **3.1.2 Estado nutricional en el menor de cinco años**

El país y en especial el sector salud, han realizado esfuerzos importantes para reducir las tasas de desnutrición infantil, desde la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, proyectos de generación de ingresos, la normalización y reglamentación de la fortificación de los alimentos de alto consumo, el manejo intrahospitalario del niño severamente desnutrido, el manejo ambulatorio del niño con desnutrición leve y moderada y la suplementación con micronutrientes hasta llegar a la más reciente estrategia conocida como Atención Integral a la Niñez con base comunitaria, AIN-C, entre otros. Todas estas intervenciones han conducido a la disminución de la desnutrición crónica en Honduras.

Estado Nutricional: es la situación biológica en que se encuentra un individuo como resultado de la ingesta de nutrientes y alimentación adecuada para sus condiciones fisiológicas y de salud. Se relaciona directamente con la salud, el desempeño físico, mental y productivo, con repercusiones importantes en todas las etapas de la vida, ya sea por desnutrición o por sobrepeso en las etapas tempranas de la vida (SESAL, PAIN, OPS, INCAP, 2012, pág. 15)

Nutrición es un proceso mediante el cual el organismo recibe, absorbe y utiliza todas las sustancias de los alimentos para cumplir con sus funciones mientras que la desnutrición es la enfermedad provocada por el insuficiente aporte de combustibles (hidratos de carbono - grasas) y proteínas.

Reconociendo que la malnutrición, incluidas la desnutrición y las carencias nutricionales, sigue siendo una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en muchas partes del mundo, en especial en los países en desarrollo, y que esta estrategia complementa la importante labor que la OMS y sus Estados Miembros llevan a cabo en la esfera general de la nutrición. (OMS, 2004, pág. 18)

Los Indicadores del estado nutricional para niños menores de 5 años de acuerdo a la OMS y la SESAL Honduras, utiliza medición de las dimensiones corporales (antropometría=peso y talla) en un momento dado y con las medidas obtenidas se construyen los indicadores de desnutrición global con el índice de peso para

edad (P/E), desnutrición crónica con el índice de talla o longitud para edad (T/E) y desnutrición aguda con el índice de peso para talla o longitud (P/T), dichos indicadores están representados en el Cuadro 1 en el que se muestran a las Desviaciones Estándar (DE) o puntaje Z que indica qué tan lejos de la mediana se ubica una medición. Las líneas de referencia de las curvas de crecimiento (etiquetadas +1, +2, +3, -1, -2, -3) son llamadas líneas de puntuación Z e indican cuántos puntos arriba o debajo de la mediana se ubica una medición en las gráficas del niño y gráficas de la niña

**Cuadro 1**

Puntaje Z	Indicadores de estado nutricional		
	Longitud o talla para edad (L-T/E)	Peso para edad (P/E)	Peso para longitud o talla*
Espacio que está arriba de la línea de +3DE	Muy alto	(Ver nota 2)	Obeso
Espacio que está arriba de la línea de +2DE hasta la línea de +3DE			Sobrepeso
Espacio que está desde la línea de +2DE hasta la línea de -2DE	NORMAL		
Espacio que está debajo de la línea de -2DE hasta la línea de -3DE	Baja talla (Desnutrición crónica moderada)	Bajo peso	Emaciado (Desnutrición aguda moderada)
Espacio que está debajo de la línea de -3DE	Baja talla severa (Desnutrición crónica severa)	Bajo peso severo	Severamente emaciado (Desnutrición aguda severa)

Fuente: Indicadores del estado nutricional para | menores de 5 años de edad de acuerdo a la OMS y la SESAL Honduras.

## **Desnutrición aguda**

Indicador de peso para la longitud o talla (P/L-T): Severamente emaciado, Emaciado, Sobre peso y Obesidad. Refleja la armonía del crecimiento al asociar la ganancia de peso en concordancia con la ganancia de talla, permite identificar a niños que tienden a una ganancia exagerada o deficitaria de peso en relación a la talla; es decir, aquellos con tendencia a sobrepeso u obesidad, o con tendencia a delgadez o emaciación; la tendencia dramática de reducción del peso para la talla, usualmente se da como resultado de un evento severo reciente, como una reducción drástica en la ingesta de alimentos, una enfermedad o situaciones de emergencias. Este indicador es especialmente útil en situaciones en que la edad de los niños es desconocida. Según la (ENDESA, 2011-2012)“El peso deficiente para la talla o desnutrición aguda, sólo afecta un 1.4 por ciento de los niños en el país y su nivel es el mismo que el observado en la (ENDESA, 2011-2012).

## **Desnutrición crónica**

Indicador longitud o talla para la edad (L-T/E): Desnutrición crónica, baja talla severa y baja talla permite identificar niños/as con riesgo a tener baja longitud/talla, y casos muy excepcionales de talla demasiado alta. La talla baja puede ser ocasionada por una exposición prolongada o permanente de aportes insuficientes de macro- y micronutrientes, enfermedades u otros factores de tipo

social, económico o ambiental que limitan el crecimiento óptimo. Según la (ENDESA, 2011-2012) “el 23 por ciento de los niños menores de cinco años adolecen de retardo en el crecimiento. Para el 6 por ciento de los niños con desnutrición crónica, el retardo en el crecimiento es severo”. Además, los datos de la (ENDESA, 2011-2012) “para el Departamento de la Paz adolecen de retraso en el crecimiento un 38.6 por ciento de los niños y el 13.4 por ciento su retraso es severo”.

### **Desnutrición global**

Indicador peso para la edad (P/E) (Se clasifica en Bajo Peso Severo y Bajo Peso)  
Refleja el peso corporal en relación a la edad del niño/a en el momento de la evaluación, aunque no permite distinguir si las anomalías en el peso se deben a un problema crónico o a un problema agudo, sí pueden ser un signo de advertencia de que “algo” puede andar mal en la nutrición del niño o niña, no se debe utilizar para clasificar un niño con sobrepeso, obesidad, delgadez o emaciación.

El 7 por ciento de los niños menores de cinco años tiene un peso deficiente para su edad (desnutrición global) evidenciando una disminución de 4 puntos porcentuales respecto a la cifra observada en la ENDESA 2005-2006 (11 por ciento). (ENDESA, 2011-2012) Para el departamento de la Paz el 9.6 por ciento de los niños menores de 5 años tienen un peso

deficiente para su edad y 1.2 por ciento es un bajo peso severo. (ENDESA, 2011-2012)

La información obtenida por medios antropométricos (peso y talla) en un momento dado para determinar la situación individual o poblacional, contesta la pregunta: “¿Tiene el niño o niña un peso y longitud o talla adecuados para su edad o un peso adecuado para su talla?”.

Es por eso de la importancia de la atención integral de la niñez en la comunidad (AIN-C) a través de las gráficas de peso que son clave para evaluar el crecimiento de los niños. Pone en evidencia el estado del crecimiento del niño, a través de la medición periódica del peso y de la talla. Utiliza un patrón de referencia a través de una curva, aunque cada control busca un monitoreo integral del niño. Se ha incrementado la cobertura y frecuencia de los controles, pero aún son de baja calidad y no se hace un control integral (consejería). La vigilancia comunitaria es aún débil y es clave en términos de participación comunitaria y corresponsabilidad.

Tomando en cuenta que el crecimiento y desarrollo infantil tienen como determinantes no solamente aspectos relacionados con alimentación sino también con condicionantes sociales, culturales, ambientales y biológicos, en Honduras se decidió realizar una revisión del abordaje tradicional de la evaluación del crecimiento y desarrollo para convertirlo en uno con

enfoque integral y preventivo. (OPS;PAIN;INCAP; Secretaria de Salud Honduras, 2012, pág. 8).

En la actualidad la Secretaria de Salud de Honduras utiliza la Norma para la Vigilancia Nutricional de los niños Menores de cinco años de edad, que se menciona en la cita anterior, con ella se rigen todas las unidades de salud del país para las evaluaciones nutricionales en el menor de cinco años.

La antropometría provee una técnica portátil, de aplicación universal, de bajo costo y no invasiva para evaluar el tamaño, proporciones y composición del cuerpo humano. Refleja tanto la salud como el estado nutricional y predice el rendimiento, salud y supervivencia. Esta medida, sin lugar a duda, es la más empleada, se obtiene en los menores de dos años en decúbito y después de esta edad en la posición de pie. Ocasionalmente se requiere, entre los 2 y 3 años, que el niño sea cargado por un colaborador cuyo peso se resta del total encontrado. Permite vigilar el estado de nutrición del niño, pero el significado de sus variaciones puede ser confuso en pacientes con edema, deshidratación u otras manifestaciones de cambios en el agua corporal ya que representa una mezcla de varios componentes del cuerpo.



### **3.1.3 Retraso del crecimiento del niño menor de 5 años a nivel mundial**

El retraso del crecimiento en la niñez es uno de los obstáculos más significativos para el desarrollo humano, además tiende a presentar efectos a largo plazo para los individuos y las sociedades. Sabemos que el retardo en el crecimiento resultante de la desnutrición crónica es producto de una combinación de factores ambientales, sociales y económicos, los cuales comienzan en el útero y afectan tanto el crecimiento físico como el desarrollo intelectual

El retraso del crecimiento está firmemente asentado como marcador de riesgo de deficiencias en el desarrollo infantil. El retraso del crecimiento anterior a los 2 años es un factor predictivo de peores resultados cognitivos y educativos en la etapa posterior de la infancia y la adolescencia y tiene consecuencias económicas y educativas importantes para los individuos, hogares y comunidades. (Suarez Weise, 2017, pág. 1).

El desarrollo de la estatura y el peso es fundamental en los primeros años de vida, pues a partir de esta etapa se configuran la talla y la contextura cuando se alcance la mayoría de edad. Por eso, es importante ofrecer al niño unos adecuados factores ambientales, nutricionales y saludables para propiciar un correcto crecimiento. Para tal fin existen unas gráficas que permiten calcular y comparar el crecimiento con respecto a un rango estándar. La velocidad de desarrollo hasta los 4 años es vertiginosa. Este periodo es cuando más crece el ser humano durante la vida. El primer año, sobre todo, es el que más cambios

representa y un pequeño llega a triplicar su peso y a duplicar su altura. Por ejemplo, puede pasar de tres a 10 kilos y de 50 a 75 centímetros.

Luego del primer cumpleaños del pequeño, su ritmo de crecimiento se vuelve más pausado. Generalmente, solo gana uno o dos kilos por año y su altura se incrementa entre 5 y 10 centímetros. En vista del promedio de desarrollo que ocurre en el primer año, algunos padres se preocupan porque su hijo no crece al ritmo de antes. Sin embargo, esto es normal si se mantiene en la misma curva, según las tablas de crecimiento. Normalmente, los bebés nacen pesando entre 3.000 y 3.500 gramos. Si están por debajo de los 2.500 gramos, pueden ser considerados de bajo peso. Si sobrepasan los 4.000 gramos, tienen riesgos de obesidad. Es importante tener en cuenta que después del nacimiento, los niños pierden un poco de peso y vuelven a ganarlo rápidamente después de la tercera semana.

Ayudar a estos niños a alcanzar ese potencial, invirtiendo en el desarrollo en la primera infancia y en sus capacidades de desarrollo físico, cognitivo, emocional y social no solo los beneficiara a ellos sino también a todos nosotros. No realizar dichas inversiones tendrá profundas consecuencias para los niños, sus familias y las sociedades, exacerbando las desigualdades y profundizando las divisiones sociales, al promover las intervenciones a lo largo del ciclo vital, empezando con la salud materna y prenatal, nosotros y nuestros socios podemos hacer una diferencia positiva en las políticas y los programas de la primera infancia. Si se

tiene éxito, más niños de todo el mundo podrán sobrevivir y prosperar, y estarán listos en lo que respecta a su desarrollo.

La creación de programas y políticas a favor de la primera infancia, una parte esencial de apoyo a los países en vías de desarrollo. Para ello, se debe crear un continuo de atención durante los primeros años al involucrar a todos los sectores relevantes y juntamente con el gobierno desarrollar o fortalecer las estrategias nacionales y planes de acción encaminados para dar a cada niño una oportunidad justa para prosperar.

La evidencia sobre los resultados a largo plazo para los países de ingresos bajos y medianos muestra que un programa para aumentar el desarrollo cognitivo de los niños con retraso en el crecimiento en Jamaica, hace 25 años, dio lugar a un aumento significativo del 25% en los ingresos promedio de los adultos. Por el contrario, el seguimiento a largo plazo de los niños desde el nacimiento muestra que la falta de crecimiento en los primeros dos años de vida tiene efectos nocivos sobre la salud de los adultos y el capital humano, incluyendo enfermedades crónicas, baja escolaridad e ingresos bajos de los adultos (OPS, 2017, pág. 124)

Es de gran importancia reconocer los esfuerzos que se realizan los gobiernos por mejorar las condiciones de vida y salud de la población menor de 5 años y de la familia y a pesar de los esfuerzos no se logra disminuir los índices altos del

retraso en el crecimiento en el menor de cinco años lo que genera un mayor interés por identificar las fallas de implementación de los diferentes programas.

### **3.2. Transferencias condicionadas en Honduras**

América Latina y el Caribe es la región del mundo con más desigualdades económicas. Para reducir esa brecha los diferentes gobiernos han articulado desde hace décadas programas que buscan mejorar la situación de las poblaciones más desfavorecidas. Hace 20 años hubo un cambio radical en la forma de afrontar esa realidad. ¿Y si en vez de subvencionar determinados productos como la leche, las tortillas o el pan se diera el dinero directamente a las familias?, con esa idea se pasó a entregar ese ingreso a las mujeres, que son las que prioritariamente toman las decisiones que afectan a sus hijos y a la economía doméstica. Se puso una condición para recibirlo: que se cumplieran unas obligaciones que incidían directamente en el capital humano de dichas familias, en particular en la salud, la nutrición y la educación de los niños.

Los programas de transferencias monetarias condicionadas puntualmente son los programas de la protección social, que buscan por medio de la transferencia de donaciones en efectivo estimular el desarrollo de la población a través de un conjunto de corresponsabilidades o condicionalidades, que se centran principalmente en la salud y educación

infantil, y en algunos casos también en la salud materna. (Díaz, 2017, pág. 114).

Los problemas económicos de las familias más pobres hacen que los niños abandonen la escuela para empezar a trabajar y así generar ingresos que ayuden a paliar las dificultades. Pero ello les priva de las habilidades y la formación necesarias para ser competitivos en el mercado laboral y se quedan atrapados en trabajos arriesgados y mal remunerados.

Para romper este círculo vicioso se promocionaban actividades como la asistencia a las escuelas y a los controles de salud: niños más sanos y mejor formados serían más competitivos y tendrían mayor éxito en el mercado laboral, aumentando así las probabilidades de que sus familias salieran de la pobreza. Con este objetivo nacieron los Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas que, tras aplicarse inicialmente en México y Brasil, se han expandido por toda la región de América Latina y el Caribe, donde actualmente benefician a más de 30 millones de familias, así como por África, Asia y Oriente Medio, por lo que en general implementarse en aquellos países en desarrollo es de gran importancia.

### **3.2.1 Características de los Programas de Transferencia Condicionada (PTC)**

El Estado realiza una transferencia monetaria directamente al hogar necesitado sin intermediación alguna, es decir, sin la intermediación de políticos ni funcionarios que quieran sacar provecho personal de este programa. Como condición, los beneficiarios del subsidio deben cumplir con una serie de condiciones de interés público orientados a la formación de capital humano, acceso a servicios de salud, aumento en los niveles de nutrición y finalmente reducción de la pobreza monetaria. Estos programas han tenido bastante acogida política, ya que combinan la forma tradicional de asistencia social en programas públicos con el nuevo rol del gobierno de inversión social. En el corto plazo, incrementan los ingresos de la población más vulnerable a través de dinero, bienes y servicios; y en el largo plazo incentivan la inversión en los 3 componentes clásicos de capital humano: educación, salud y nutrición.

Una razón fundamental de la reproducción de la pobreza a través de varias generaciones es la falta de inversión en capital humano en las áreas de educación, salud y nutrición. Es decir, los jóvenes de hogares pobres cuentan con una desventaja frente al resto debido a la baja calidad y limitada educación que conlleva a una baja productividad laboral y por ende unos bajos ingresos en el futuro. La asistencia escolar, les permite a los jóvenes de escasos recursos a que se desarrollen en un ambiente saludable y les garantiza que puedan asistir

a la educación superior. Además, una educación recibida de buena calidad los nivela en cuestión de capacidades frente a los demás jóvenes que cuentan con mayores recursos.

La falta de oportunidades en los países pobres, es un desincentivo para que los jóvenes decidan no asistir a la escuela; sumado al poco interés de los padres de que sus hijos asistan (a pesar de ser gratuita en muchos casos) ya que piensan más en suplir sus necesidades de corto plazo. Por tanto, condicionar la asistencia escolar a la transferencia monetaria, incentiva a los jefes de hogar a que lleven a sus hijos a la escuela. De esta forma se incrementa el capital humano en la sociedad. El éxito de estos programas lo ha llevado a expandirse por toda América Latina a excepción de Cuba y Venezuela. Este tipo de abordaje a la pobreza no tiene inclinación política, siendo implementado tanto en gobiernos de derecha como de izquierda.

La mayoría de la literatura surgida acerca de los (PTC) trata acerca de los logros obtenidos en materia de educación y salud. Sin embargo, los estudios del impacto de las transferencias monetarias en el consumo son bastante escasos. Este tema es bastante importante por varias razones, en primer lugar, se presume que son preferibles las transferencias monetarias condicionadas a las transferencias en especies, ya que los hogares saben mejor en que deben invertir sus recursos. Por tanto, resulta importante saber a qué actividades destinan los subsidios

recibidos estos hogares, los PTC tratan de reducir la pobreza actual a través de beneficios monetarios, así como tratan de reducir la pobreza a largo plazo a través de la inversión en capital humano. Por tanto, el éxito de los programas para reducir la pobreza actual depende del alcance que tengan las transferencias monetarias para afectar los incentivos laborales en los adultos.

La protección social en América Latina se ha transformado en las últimas dos décadas. En la mayoría de los países de la región se han producido sistemas de seguridad social de cobertura limitada, protegiendo en la mayoría de las veces a los trabajadores del sector urbano y sus familias. Sin embargo, en este siglo la mayoría de los gobiernos en la región han extendido el sistema de protección social a familias previamente excluidas. En esta transformación las transferencias monetarias condicionadas han sido un factor clave. Estas transferencias son entregadas en diferentes formas, entre ellas: transferencias monetarias, bonos de comida, casas gratis y especies. El objetivo de estas transferencias o redistribución de recursos es el de reducir la inequidad en la mayoría de los casos.

Un argumento clásico a favor de las transferencias monetarias es eficiencia, aduciendo que no distorsionan las preferencias del consumidor. En Colombia se viene implementando desde el 2001 el programa Familias en Acción (luego Mas Familias en Acción) con el fin de reducir la pobreza mediante la acumulación de capital humano en los hogares más pobres.



Basado en los anteriores programas de transferencias monetarias condicionadas de Latinoamérica, consiste básicamente en transferencias monetarias directas a los hogares necesitados para inversión en educación, nutrición y salud. El argumento principal para este tipo de subsidio son las externalidades positivas que genera la inversión en capital humano. (CEPAL, 2016, pág. 12)

### **3.2.2 El legado de las transferencias condicionadas**

El impacto de las transferencias condicionadas en las familias ha sido muy positivo. Un claro ejemplo de ello es el Programa Bono Vida Mejor que se aplica desde el año 2010 en Honduras con apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y que ha mostrado resultados muy optimistas, en un contexto que requiere con urgencia políticas sociales efectivas que ayuden a las familias más pobres, a raíz del programa, la intensidad de la pobreza que alguna vez experimentaron las familias beneficiarias disminuyó.

La capacidad de consumir alimentos de mayor calidad y variedad y conseguir útiles escolares y uniformes, aumentó. El número de niños matriculados y con mayor asistencia escolar creció. Los controles de salud y de las curvas de peso y crecimiento de los niños menores de 3 años se acrecentaron.

En el caso del programa hondureño, un estudio complementario realizado por el equipo del BID encontró, además, interesantes efectos indirectos en los niños de 0 a 5 años cuyos hermanos mayores fueron beneficiarios del Bono. En especial, los resultados fueron más positivos en aquellos niños con hermanos en tercero, cuarto o quinto de primaria. Si bien el Programa no establece para los menores de 5 años la obligación de ir al colegio por no tener todavía la edad necesaria, el informe presenta evidencia de que sus habilidades en comunicación y en resolución de problemas mejoran: cuando sus hermanos van más a la escuela, trabajan menos y se fortalecen los lazos y relaciones en la familia. Hay más y mejores interacciones entre hermanos, lo que muestra que los hermanos mayores con mayor escolaridad pueden llegar a ser los mejores profesores para los más pequeños.

Por otra parte, al ser las madres quienes reciben las transferencias y representan a sus hogares, la mujer ha cobrado un mayor protagonismo, ganando un papel más relevante en la toma de decisiones en el hogar. Por último, los adultos de los hogares beneficiarios no han reducido su participación en el mercado de trabajo, que ha sido un importante elemento de cautela y preocupación en todos los programas de transferencias condicionadas. Estos efectos directos e indirectos ponen de manifiesto que, veinte años después de su primera aplicación, los Programas de Transferencias Condicionadas siguen siendo un

instrumento válido para combatir la pobreza a través de inversiones en la salud, la nutrición y el desarrollo infantil.

### **3.2.3 Transferencias Monetarias Condicionadas como Política Social**

Entre los economistas neoclásicos existe un consenso común de que el crecimiento económico es la forma más eficiente de reducir la pobreza. Sin embargo, el mercado solo no puede resolver ciertos fallos de mercado y se hace necesaria la intervención del Estado. En este caso, las políticas públicas se convierten en la herramienta principal para proveer bienes públicos, promover la equidad e intentar corregir las fallas de mercado. Además de promover el crecimiento económico, las políticas públicas suplementan los efectos del crecimiento en la reducción de la pobreza; una de las herramientas que los gobiernos utilizan para este fin es la redistribución de los recursos en la sociedad para beneficiar a las familias más pobres, mediante las transferencias monetarias condicionadas.

Una transferencia monetaria directa a estas familias puede permitirles que efectúen esta inversión. De esta forma, las transferencias estarían siendo equitativas al mejorar el bienestar de una persona pobre, y eficientes ya que están asignando de mejor forma el capital dentro de la economía y se encuentra racionalizado en las Políticas de Protección Social. Según el libro Protección

Social Inclusiva en América Latina, publicado por CEPAL, “La protección social tiene por objetivos garantizar un ingreso que permita mantener niveles mínimos de calidad de vida para el desarrollo de las personas; posibilitar el acceso a servicios sociales y de promoción, y procurar la universalización del trabajo decente.” (Cecchini, Filgueira, Martínez, & Rossel, 2015, pág. 18).

Finalmente, la expansión de la cobertura y el desarrollo de políticas para reforzar el cuidado, la estimulación temprana y el desarrollo infantil comienzan a perfilarse como un camino que reporta beneficios claros tanto para el bienestar infantil como para el empleo femenino. Aunque aún incipiente, el ingreso del Estado como actor relevante en la provisión de cuidado para niños de entre 0 y 3 años es una señal alentadora respecto a las orientaciones del modelo emergente de protección social para la primera infancia. (Cecchini, Filgueira, Martínez, & Rossel, 2015)

A pesar de los beneficios que, tentativamente, se han podido comprobar, también hay varias desventajas o peligros inherentes en estos programas, entre los cuales destacan los siguientes, falta de información adecuada para poder medir el impacto. Mientras en el caso de los programas de México, “las evaluaciones se incorporaron al diseño del programa de manera explícita,” lo que ha facilitado numerosos estudios sobre ellos, en muchos otros países no existen sistemas adecuados para la recolección y análisis de datos relacionados con los PTMC, lo

que ha limitado las posibilidades de medir y evaluar de manera científicamente confiable los efectos de estos programas.

El Aumento de la dependencia según la experiencia de países desarrollados indica que el otorgamiento de transferencias en efectivo puede ocasionar algunos resultados perversos, como ser desincentivar la búsqueda de trabajo. Los PTMC implementado en Latinoamérica difieren bastante de estos programas de los países industrializados: las transferencias son montos relativamente pequeños que no sustituyen un ingreso completo, las metodologías de focalización son diferentes, etcétera. Sin embargo, es un riesgo que se debe tomar en cuenta un incremento de conflictos de pareja y/o uso indebido de las transferencias por los hombres, mientras que la provisión de un ingreso a las madres de familia es en muchos aspectos un factor positivo de los PTMC.

Los Antecedentes de los PTMC en Honduras donde grandes poblaciones no han sido integrados al mercado formal de empleo y viven en condiciones donde sus necesidades más básicas no son suplidas, la protección social cobra mayor urgencia. Y mientras la empresa privada, las familias, y la sociedad civil juegan papeles importantes, debido a que la protección social no se trata de privilegios sino de derechos es el Estado el responsable de garantizar y extender esta protección. La protección social es una política fundamental para contribuir a la plena realización de los derechos económicos y sociales de la población

fundamental para acelerar el progreso hacia metas de desarrollo acordadas a nivel mundial.

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).

Las transferencias otorgadas por el Estado pueden ser en efectivo (dinero) o en especie. En el caso del Bono 10,000, el gobierno de Honduras entrega 10,000 lempiras por año a los beneficiarios, en efectivo, por lo que podemos definir esta iniciativa como un Programa de Transferencias Monetarias Condicionadas, o PTMC. En la literatura revisada, de hecho, se destaca Honduras por ser entre los primeros países de implementar este tipo de programa, mediante los bonos otorgados en el marco del Programa de Asignaciones Familiares (PRAF), instituido durante el Gobierno de Leonardo Callejas a principio de la década de

los '90 como medida de compensar por los efectos de las medidas económicas de “ajuste estructural” implementados durante su administración.

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. (Cecchini, Filgueira, Martinez, & Rossel, 2015)

Aunque el tema del presente estudio es el Bono 10,000, programa fundado a partir del Gobierno de Porfirio Lobo Sosa, no es la primera experiencia con los PTMC en Honduras; El Programa de Asignación Familiar (PRAF) como medida de disminuir el impacto en los sectores más vulnerables de los ajustes económicos implementados a instancia del FMI a principios de la década de los 90 por el Gobierno de Rafael Leonardo Callejas, se creó el Programa de Asignación Familiar (PRAF), creada como entidad desconcentrada de la Presidencia de la República mediante Decreto Legislativo No. 127-91 de fecha

15 de noviembre de 1991. Mediante un decreto posterior, se estableció como un programa de tiempo indefinido, no limitado a la gestión del Gobierno de turno (Decreto 135-92 1992).

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. (Cecchini, Filgueira, Martínez, & Rossel, 2015)

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, 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. El programa de transferencias condicionadas que funciona en 164 aldeas representa un 26% de los recursos disponibles del PRAF.



### **3.2.4 Política pública para el desarrollo integral de la primera infancia**

Las últimas proyecciones para el 2012 del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), revelan que los niños entre 0 y 5 años en Honduras representan el 12.1% (972,293) de la población total, de los cuales un 52.4% son niños (509,033) y 47.6% son niñas (463,260). Por otro lado, un 59.1% de dicha población vive en el área rural y un 40.9% en el área urbana. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA, 2011-2012), indica que los niveles de fecundidad del país presentaban una disminución de un hijo, pasando de 4.4 en 1998 a 3.4 en 2003, siendo mayor la reducción en las áreas rurales (un hijo y medio), que en las áreas urbanas (casi un hijo).

Según el Tercer Informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de Honduras 2010, el avance en la reducción de la pobreza ha sido lento, desde 2001 a 2009 se ha bajado en 0.6 puntos porcentuales por año, es decir 63.7% a 58.8%, respectivamente. Sin embargo, en valores absolutos los hogares pobres se han incrementado en 205,233 nuevos hogares; asimismo, la incidencia de la pobreza es mayor en el área rural (64.4%) que en la urbana (52.8%), lo que significa una brecha de 11.6 puntos porcentuales. A nivel nacional las desigualdades en Honduras indican que en el 2012, el 40% de la población (quintiles 4 y 5) percibía el 81.31% de los ingresos nacionales, mientras que el 40% con menores ingresos (quintiles 1 y 2) percibía el 7.46% del mismo. Esta

desigualdad en la distribución de los ingresos, incide en la capacidad de los hogares para satisfacer las necesidades básicas de la primera infancia.

El gobierno de Honduras lanzó una campaña apoyada por UNICEF que tiene el fin de hacer efectivos los derechos de los niños desde que nacen hasta que inician la educación básica. La iniciativa se implementará, para empezar, en los municipios de Lempira e Intibucá y más tarde se extenderá al resto del país. La campaña «Criando con Amor» fue diseñada para asegurar el cambio de comportamiento a nivel familiar, comunitario y educativo en las regiones más vulnerables en cuanto a salud, agua y saneamiento, seguridad alimentaria y nutricional, educación pre-básica, recreación y formación de valores. Según las estadísticas, los menores hondureños entre cero y 6 años representan el 28,3% de la población. De ellos, el 22,6% sufre desnutrición crónica y el 15% no recibe todas las vacunas.

La política en la primera infancia Honduras, el Artículo 245 de la Constitución de la República, en su numeral 2 establece que es atribución del presidente de la República “Dirigir la Política General del Estado y representarlo”. La importancia de proporcionar a los niños y niñas la protección especial de sus derechos, ha sido enunciada en Declaración sobre los Derechos del Niño (Ginebra de 1924), en la Declaración de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General el 20 de noviembre de 1959, en la Convención sobre los Derechos del Niño vigente desde 1990 y reconocida en la Declaración Universal de Derechos

Humanos, en el Pacto internacional de Derechos Civiles y Políticos (en particular, en los Artículos 23 y 24), en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en particular, en el Artículo 10). Adicionalmente en el Acuerdo Ministerial 055-A-SEDIS-2018 en el acuerdo tercero se crea la Unidad Criando con Amor y que están adscritas a la Sub-Secretaría de Políticas de Inclusión Social.

“Criando con Amor” esta política surge ante la necesidad de dar mejor y mayor atención a la primera infancia, por la falta de mecanismos de articulación de esfuerzos de todas las instituciones y organizaciones que trabajan en el desarrollo de la primera infancia, así como dar cumplimiento a los derechos de los niños menores de 6 años de Honduras. A través de los años la primera infancia no ha sido visible, ni se ha priorizado en la agenda pública, en consecuencia, no ha recibido atención suficiente desestimándose como inversión social las asignaciones presupuestarias que se hacen para este segmento poblacional, considerándose como un gasto.

Invertir en la primera infancia tiene como consecuencia un futuro con adultos socialmente bien adaptados, que contribuyen al crecimiento económico y social del país, poniendo fin al ciclo intergeneracional de la pobreza, logrando alcanzar: mejores niveles educativos, salarios más elevados y menor dependencia de programas de asistencia social. Invertir en los más pobres y vulnerables durante su primera infancia, permitirá crear mayor equidad en la sociedad hondureña con

mayor posibilidades y capacidades, es por ello de reconocer los esfuerzos alcanzados para contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población, en especial a los menores de cinco años.

### **El programa de transferencia monetaria de Honduras “bono 10 mil”: su caracterización e impacto socioeconómico**

Honduras sigue siendo uno de los países más pobres de la región, con muchas desigualdades e iniquidades. Aún faltan esfuerzos para revertir esta situación, siguen siendo insuficientes los programas y proyectos en las áreas de salud, educación y nutrición y empleo. En este contexto, se han implementado proyectos para subsanar el impacto de las condiciones socioeconómicas y para mejorar las condiciones de pobreza; básicamente se han orientado programas y proyectos para atender necesidades de educación, salud y nutrición de los hogares que se encuentran en pobreza y pobreza extrema. Estos proyectos están diseñados dentro de los programas denominados “Programas de Transferencias Condicionadas”, o aquellos incentivos en efectivo que se les da a las familias que cumplan con requisitos y conductas esperadas.

Las transferencias monetarias condicionadas en Honduras son una estrategia para llegar a los hogares más postergados y con mayores limitaciones de sobrevivencia, un modelo para aminorar el efecto de las medidas estructurales económicas y que limitaron el acceso al mercado

laboral de muchos hondureños desde los años 90's. Lo que produjo un efecto negativo en el mejoramiento de los niveles de pobreza. En este análisis se presentaron una serie de variables socioeconómicas que definen el programa Bono 10 mil.

Lo que implica que el impacto de la protección social se puede manifestar en diferentes niveles. El Bono 10 mil dejará ver los efectos que ha tenido en la población objetivo-beneficiada, tomándose en cuenta las características de los grupos etarios y sus demandas sociales más relevantes. Permitirá conocer la totalidad de personas que han recibido dicho bono y en qué departamentos de Honduras ha tenido mayor cobertura. El programa de transferencias monetarias condicionadas, denominado "Programa Presidencial de Salud, Educación y Nutrición, o "Bono 10.000", ha sido un pilar clave en la estrategia de desarrollo social de Honduras. Asimismo, este programa ha contribuido de forma positiva con los lineamientos estratégicos con los cuales se pretende contribuir con los diferentes ejes de intervención de la Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP) : i.- protección; ii capacidades; iii.- infraestructura social y productiva; y iv.- oportunidades de ingreso. De acuerdo con los informes de monitoreo y evaluación del programa, se cubrió aproximadamente al 40% de los hogares pobres extremos y 38% de los hogares pobres en zonas rurales (11% y 9% en zonas urbanas). Las familias beneficiarias tienen en promedio de 3,2 hijos entre 0 y 18 años, la tasa de asistencia en educación básica (1º a 6º) es de 91,6% y en

el 3er ciclo es de 52%; el promedio de años de educación formal del jefe de hogar es menor a siete años de educación.

La cobertura que el Programa Bono 10 mil, tiene en las diferentes regiones del país, muestra que ha tenido una participación tanto en zonas urbanas como rurales, lo que implica que su impacto ha sido a nivel nacional, se observa la tabla No. 3 de las áreas urbanas en la que aumento el bono en esos 3 años fue el Distrito Central con un aumento porcentual de 5.5%, le sigue San Pedro Sula con un incremento moderado. Precisamente las ciudades más importantes y desarrolladas de Honduras, que convierten el corredor central de desarrollo del país es una zona cubierta por el Programa Bono 10 mil y no otras ciudades que son más pequeñas, pero con menos desarrollo y más pobreza.

Por otro lado, los criterios de elegibilidad de las poblaciones objetivos del programa dependen de muchos factores contingencia, factores sociales, económicos, políticos, culturales, pero sobre todo de los mecanismos institucionales y sectoriales que acompañan al programa, lo que implica que la focalización no siempre es sobre las características ideales que se requieren, influyen factores inexorablemente exógenos y a partir del cual establecer el impacto que ha tenido sobre los hondureños beneficiados por el programa. Por otro lado, hay que reconocer que se han hecho esfuerzos por disminuir la pobreza, para mejorar las condiciones de vida de la población, mediante el incremento o el acceso a la salud y los niveles educativos de los niños y jóvenes.

La presencia a nivel departamental del bono 10 mil, está enfocada en Francisco Morazán, y Lempira y Cortés en un primer plano con valores de superan el 13.1%, 11.4 y 10.6% respectivamente, coincidente con la tendencia de la presencia del bono en el corredor central de desarrollo del país, y Lempira por ser un departamento tradicionalmente pobre se ha beneficiado del bono. En un segundo plano de importancia, Olancho con 8.9% y Choluteca con 8.5 han sido el segundo grupo de departamentos favorecidos con el bono. Sin embargo, departamentos que se han conocido por ser altamente pobres y con grandes carencias y vulnerabilidad social y económica no ha sido prioritarios para el bono, estos departamentos son: Colón, Ocotepeque y La Paz.

### **Programa Vida Mejor**

La Secretaria de Desarrollo e Inclusión Social tiene el reto y responsabilidad de contribuir con la reducción de la pobreza extrema, a través de sus programas los cuales se complementan entre sí, para dar respuesta a la demanda social de la población en pobreza extrema, pobreza en exclusión y en riesgo social, mediante la implementación de las medidas de protección y compensación social, a los sujetos de atención de la política de protección social. A lo interno, durante el primer año de gestión institucional estuvo puesto primordialmente en la definición de una estructura funcional para responder a los retos operativos de la institución sin que esto significara un incremento presupuestario en la operación de esta.

Paralelamente la institución puso prioridad en la atención a las familias más pobres de Honduras con la ejecución del Programa Social más importante para el Gobierno actual, no solo por la inversión en términos financieros sino por ser la plataforma que establece el piso mínimo de protección social, a través de la Estrategia de Gestión Vida Mejor; alrededor de la cual se ha logrado la inclusión de la población vulnerable y este es el punto de partida para la priorización de las prestaciones de las instituciones del Gabinete en intervenciones integrales y articuladas.

### **Infraestructura social productiva del programa Vida Mejor**

La estructura programática de Vida Mejor cuenta con 8 componentes; 1. Programa vivienda saludable, 2. Programa alimentación escolar y complementaria, 3. Programa participación, desarrollo humano y acompañamiento social, 4. Programa espacios de coordinación, integración, articulación y protección social, 5. Programa políticas sociales priorizadas, implementadas y evaluadas, 6. Programa apoyo a las microempresas productivas, 7. Programa presidencial, salud, educación y nutrición, bono vida mejor, 8. Programa atención integral, protección y compensación social.

El Programa Vivienda Saludable corresponde al acceso de las familias en extrema pobreza a un paquete de beneficios sociales, que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida (el mejoramiento y entrega de viviendas, techos, pisos, pilas, letrinas, eco fogones y filtros), el tipo de valor que genera es



valor público, indicador: N°. De familias participantes con el Componente de Vivienda Saludable de la Plataforma Vida Mejor, el producto; Vivienda entregada, mejoramiento de techos, pisos saludables entregados, letrinas entregadas, pilas entregadas, eco fogones entregados, filtros entregados.

El Programa Alimentación Escolar y Complementaria comprende la entrega de alimentación escolar, ración de alimentos que conforman la canasta básica familiar, implementación de huertos escolares, familiares y comunitarios que contribuye al fortalecimiento nutricional de las familias, como también la capacitación en educación alimentaria y nutricional, y comercialización con los productores locales registrados como proveedores de los productos y componentes que conforman la alimentación escolar en los centros educativos del sistema público pre-básico y básico, el tipo de valor público que genera es valor público, los participantes son los que están en situación de vulnerabilidad con bolsa de alimento solidaria, niños(as) de centros escolares que reciben merienda escolar y participantes beneficiados con huertos agrícolas implementados.

Programa Participación, Desarrollo Humano y Acompañamiento Social que consiste en un modelo innovador de autogestión impulsado por mujeres en edad reproductiva, que promueven la Seguridad Alimentaria Nutricional-SAN, con un enfoque de aprender haciendo, desarrollando los componentes de autoestima, salud y alimentación, paternidad y maternidad responsable y salud reproductiva,

la formación, capacitación y el acompañamiento social de las familias participantes de la plataforma Vida Mejor. En la clasificación de la Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social SEDIS es considerado en programa de valor público.

El Programa espacios de coordinación, integración, articulación y protección social, promover e impulsar los espacios, mecanismos, y procesos de dialogo, mediante la coordinación y articulación inter sectorial e inter institucional a nivel territorial, con el propósito de contribuir al registro y ordenamiento de la inversión pública y privada , e identificar a los sujetos de atención de la policita publica de protección social y garantizar que los componentes de la PPS estén vinculados con la oferta institucional en atención a las agendas territoriales y planes operativos anuales municipales y regionales.

Programa políticas sociales priorizadas, implementadas y evaluadas, con acompañamiento, formulación, coordinación y socialización de políticas públicas en materia social y reducción de la pobreza, así como el monitoreo y evaluación de los programas de la plataforma vida mejor que implementan las mismas y que atienden los sujetos de atención con medidas de protección y compensación social, el tipo de valor que genera es valor esencial.

Programa apoyo a las microempresas productivas, cuyo fin es brindar a los microcréditos, asistencia técnica, empleo y dotación de tecnología e insumos (eco fogones, eco hornos, filtros, toldos, delantales, bandejas, aplastones etc.)

para grupos solidarios (5-10 miembros para microcréditos y de 1-5 miembros para microempresas productivas) microempresas y personas en pobreza mediante el fomento de empresas autogestionarias para mujeres y jóvenes en la zona urbana y rural, para mujeres jefes de familia

Programa presidencial, salud, educación y nutrición, bono vida mejor, programa de Transferencias Monetarias Condicionadas al cumplimiento de corresponsabilidades en salud (madres gestantes, post parto y niños menores de 6 años que asisten y reciben atención primaria en salud) en educación (niños de 7 a 18 años que asisten a la educación pre-básica y básica del sistema público nacional) y seguridad alimentaria y nutricional de todo el núcleo familiar. Consiste en la entrega periódica de un ingreso mínimo que asegura que el Estado cumple con su responsabilidad constitucional de garantizar que las familias en extrema pobreza tienen acceso a salud, educación y nutrición.

Programa atención integral, protección y compensación social tiene como finalidad mejorar la calidad de vida de sujetos de atención que se encuentran en extrema pobreza, pobreza vulnerabilidad, riesgo y en exclusión social, generando gradual y progresivamente condiciones sociales que contribuyan al bienestar de participantes a través del apoyo centro de cuidado, en jóvenes, mujeres, niños y niñas en vulnerabilidad, riesgo social y violencia intrafamiliar, adultos mayores y personas con discapacidad con discapacidad recibiendo atención integral en

centros de cuidados diurnos, niños y niñas en edad escolar de los niveles educativos pre-básicos y básicos.

### **3.3. Reseña histórica del municipio de Santa María, La Paz**

Santa María fue fundada con el nombre de Yuca sapa, en el año de 1870 y de acuerdo con la Secretaría de Gobernación y Justicia, adquiere la categoría de municipio en el año de 1870 en fechas posteriores cambio su nombre al de Santa María. Los primeros pobladores de esta comunidad llegaron provenientes de Chinacla e Intibucá, estas familias eran de apellido Castillo, Vásquez y Hernández, y se asentaron donde hoy se conoce como Pueblo Viejo, después comenzaron a habitar la parte donde hoy es Santa María centro, el nombre de este lugar se debe a la Virgen María del Tránsito patrona de este pueblo.

En un principio este municipio estaba aislado, por carecer de vías de acceso, fue en el gobierno de Juan Manuel Gálvez y por gestiones de don Germán H. Gasthell que el municipio comenzó a comunicarse con el resto del país, por vía aérea a través de la empresa aérea SAHSA, para el transporte de café. Luego, por gestiones del mismo señor Gasthell se construyó la carretera que lo une con el departamento de Intibucá. Actualmente cuenta con varias vías de acceso, no obstante, muchas de sus aldeas e incluso el lugar donde está establecida la alcaldía municipal es de difícil acceso, no así la aldea de Planes de Santa María,

en que se ha logrado superar el acceso, en relación al resto, constituyéndose en el principal centro urbano del municipio.

Esta zona está comprendida dentro del área de influencia lenca, lo que hasta la fecha actual es un rasgo muy marcado dentro de su población; en este sentido para el 2002 en el marco de los 500 años de la primera misa en Honduras, Santa María se constituyó en el punto de confluencia de los pueblos indígenas y grupos étnicos del país para la promulgación del manifiesto de Santa María, donde se plantearon una serie de demandas dirigidas al gobierno de la república respecto al cumplimiento de sus derechos más fundamentales.

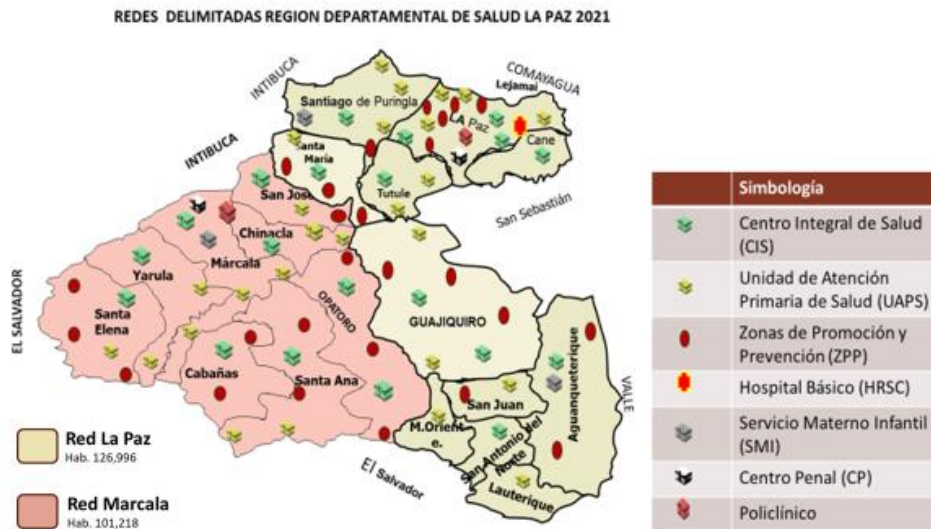
El municipio de Santa María colinda al norte con el municipio de Santiago de Puringla, al sur con el municipio de San José, al este con el municipio de San Pedro de Tulule y al oeste con el municipio de Masaguara. Está situado cerca del Río Saragua, del cerro del Temblor. La población general del Municipio de Santa María para el año 2017 fue de 11,404 habitantes.

Las formas de organización predominantes de la sociedad civil se basan en: Patronatos Comunitarios, también existen Juntas de Agua, Sociedad de Padres de Familia, Comités, grupos juveniles. Cada organización civil está estructurada con base a las normas establecidas en el país y poseen sus propios reglamentos y/o estatutos.

En la población prevalecen costumbres, tradiciones y comportamientos culturales que hacen parte de una cultura regional y que se caracteriza por las comidas típicas. Las tradiciones religiosas y paganas se muestran principalmente en su feria patronal, en esta aldea predomina la religión católica y en menor escala la evangélica.

El municipio de Santa María cuenta con cinco unidades de salud los cuales forman parte del ECOR Santa María/Tutule con gestión aun sin centralizar de la región de salud de La Paz, el que cuenta con una estructura organizativa y las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) es quien dirige la gobernanza de las redes de servicio de salud, la región de salud de La Paz cuenta con 2 redes de salud, red La Paz y red Márcala.

La red La Paz cuenta con 4 equipos de coordinación (ECOR) 11 municipios y 41 unidades de salud 1 Hospital y 2 servicio materno infantil, ECOR La Paz con 12 unidades de Salud, el Hospital Roberto Suazo Córdoba, 11 del municipio de La Paz y 1 del municipio de Cané y ECOR Santa María/Tutule con 8 unidades de salud ambos ECOR con gestión aun sin descentralizar, ECOR MAMSURPAZ con 6 municipios y 15 unidades de salud y 1 servicio materno infantil, ECOR Santiago de Puringla un municipio con 5 unidades de salud 1 servicio materno infantil, los últimos 2 ECOR con gestión descentralizada como lo muestra la figura 2.



*Figura. 2*

Actualmente el Municipio de Santa María cuenta con una población 12,042 Habitantes, de los cuales existen 1429 niños menores de cinco años, y se proyectan 315 embarazadas al año según población del INE 2019.

#### **4. HIPOTESIS**

El retraso en el crecimiento del menor de 5 años está asociado con las transferencias condicionadas.

H0: El retraso en el crecimiento del menor de 5 años es mayor en los niños que reciben menor o igual a dos transferencias condicionadas

H 1: El retraso en el crecimiento del menor de 5 años es inferior en los niños que reciben mayor o igual a tres transferencias condicionadas.



## **5. DISEÑO METODOLOGICO**

Esta investigación es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, corte transversal de asociación, tomando como objeto de estudio los niños menores de cinco años en el municipio de Santa María, en el departamento de La Paz en el año 2019; su finalidad es determinar la asociación de la(s) transferencias condicionadas recibidas por la madre de familia de niños menores de cinco años con presencia o ausencia de retraso de crecimiento en sus hijos menores de 5 años.

La población fueron los niños menores de cinco años con y sin retraso en el crecimiento en el año 2019 introducidos en el Software para evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños (ANTRHO) en sus siglas en inglés. Sobre el crecimiento y la malnutrición del niño. Datos obtenidos de la oficina municipal de salud que se encuentra ubicada en el Centro Integrado de Salud (CIS) Gabino Argueta de Planes de Santa María con previa aprobación de la Región Departamental de Salud, La Paz #12.

El universo-muestra fueron 821 niños menores de cinco años que fueron ingresados en la base de datos de ANTRHO sobre el crecimiento y la malnutrición del niño, a quienes se le realizaron las medidas antropométricas para evaluar su crecimiento en el tercer trimestre de 2019.

La variable dependiente: retraso en el crecimiento, y la variable independiente transferencias condicionadas.

En la primera, se exploró las características sociodemográficas siguientes: nombre de la madre o tutor, edad de la madre o tutor, estado civil de la madre, nivel de escolaridad de la madre, procedencia, nombre del niño menor de cinco años, fecha de nacimiento del menor de cinco años, sexo, así como su edad en meses. Por otra parte, se indagó sobre la variable retraso en el crecimiento donde se evaluó el estado nutricional en tres aspectos: desnutrición global, desnutrición crónica, desnutrición aguda.

La variable independiente transferencias condicionadas se evaluó a través de beneficios sociales como ser piso, techo, eco fogón, letrinas, casas, filtro de agua, bolsa solidaria, bono 10,000. Además, se exploraron los diferentes organismos prestadores de transferencias condicionadas como ser Alimentación del PMA, NUTRILITE de CARE

La unidad de análisis fueron los niños menores de cinco años con y sin retraso en el crecimiento del municipio de Santa María departamento de La Paz en el año 2019.

La unidad de observación las transferencias condicionadas recibidas en las familias del menor de cinco años del municipio de Santa María.

Los criterios de inclusión fueron: ser menor de cinco años y mayor de seis meses; que el niño resida en el municipio de Santa María; Departamento de La Paz.

Los criterios de exclusión fueron: niños que se trasladaron a vivir a otro municipio; que el niño sufra de una discapacidad que le dificulte la toma de medidas antropométricas; que los padres o cuidadores se rehúsen a participar en el estudio.

El procedimiento para la recolección de la información para la base de datos se realizó en el mes de junio del año 2019, para ello, se conformó un equipo con personal institucional del municipio de Santa María, los cuales fueron debidamente capacitados y estandarizados en medidas antropométricas y en la recolección de la información y el manejo de la base de datos para evitar incongruencias y errores en los datos para el registro.

Se realizó además logística necesaria para la movilización y obtención de los equipos utilizados para el peso y la talla en el menor de 5 años, como también exámenes adicionales que se realizaron para el análisis médico, por lo cual se realizaron gestiones necesarias con apoyo del gobierno local con transporte como también apoyo de nivel regional para los materiales y equipos. Fue necesaria la entrega de micronutriente para lograr una mayor asistencia de la población a la evaluación realizada en ese trimestre a la población menor de cinco años.

Al obtener los registros de la base de datos ya ingresados se realizó un análisis de los registros por comunidad; por cada niño para realizar revisión y corrección conforme a la edad, el peso y la talla, estos nos brindó mayor

seguridad de que los niños que presentaban retraso en el crecimiento no era un error al momento de digitar el dato; seguidamente de la verificación de los registros y de los niños con retraso en el crecimiento, se organizó la información de las comunidades por centro de salud y por municipio.

Para la obtención de la información de las transferencias condicionadas, se realizó una entrevista a profundidad al coordinador del programa de Vida Mejor, bono 10,000, mejores familias del municipio de Santa María, del programa presidencial de la Republica de Honduras, quien detalló el proceso del programa y la selección de los beneficiados. Además, se realizó una revisión documental del registro por comunidad y jefe de familia que en su mayoría es la madre del menor de cinco años.

El registro manual de las transferencias condicionadas fue ingresado a la base de datos que se elaboró en Microsoft Office Excel con el objetivo de tener unificada la base de datos sobre el crecimiento y la malnutrición del niño en el menor de cinco años (ANTRHO) del municipio de Santa María.

Se elaboró una base de datos en Microsoft Excel recolectando la información necesaria para el cálculo de métricas de retraso en el crecimiento (población menor de cinco años, tasas de desnutrición global, desnutrición crónica, desnutrición aguda, índice de masa corporal (IMC)) como también las transferencias condicionadas recibidas por los beneficiarios (piso, techo, eco fogón, letrinas, casas, filtro de agua, bolsa solidarias, bono 10,000) tomando

en consideración los programas de organismos no gubernamentales (Alimentación del PMA, NUTRILITE de CARE).

El resultado de esta etapa fue la creación de una base de datos en Microsoft Office Excel, la cual contiene información unificada que consolida y reúne los datos en un solo instrumento para su respectivo análisis, dicha base se encuentra en anexo N° 2.

El cuadro de operacionalización de variable se encuentra en el anexo N° 3.

Los programas institucionales como ser CARE y PMA, los cuales proporcionan NUTRILITE y alimentos al niño menor de 5 años, por medio de una revisión documental del registro manual son agregados a la base de datos elaborada para unificar la base y así realizar el análisis completo y lograr la asociación del niño menor de cinco años con y sin retraso en el crecimiento con las transferencias condicionadas, dicha base de datos unificada en Microsoft Office Excel será exportada en el programa SPSS para el análisis y calcular las medidas estadísticas que serán detalladas a profundidad.

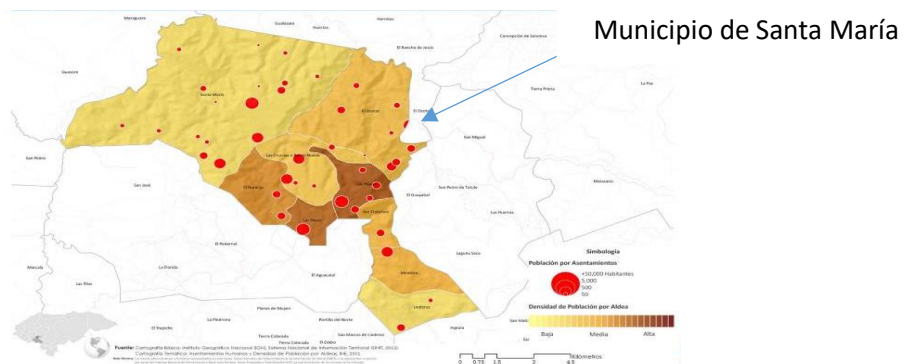
## **Consideraciones Éticas**

Se obtuvo aprobación previa de la coordinación del ECOR Santa María para el uso de la base de datos del estado nutricional del menor de 5 años. Se obtuvo aprobación previa del Coordinador del Programa de Vida Mejor a nivel Departamental para el uso de la información de las Transferencias Condicionadas asignadas en el municipio de Santa María.

## 6. RESULTADOS

En este estudio se realizó la caracterización de las transferencias condicionadas que reciben las madres de los niños menores de 5 años con y sin retraso del crecimiento en el municipio de Santa María, Departamento de La Paz, Honduras. A partir de ello se logra identificar la asociación que presenta la población menor de 5 años con y sin retraso del crecimiento en el municipio de Santa María en cuanto a las Transferencias Condicionadas recibidas. Se adquieren retos para vencer las limitantes presentadas y se generan recomendaciones a las autoridades e instituciones encargadas de velar por el bienestar de estas familias. A continuación, los resultados obtenidos en la investigación.

**Figura 1.**  
**Mapa político administrativo y distribución espacial de la población del Municipio de Santa María.**



Fuente: 12A Atlas Municipal forestal y de cobertura de la tierra

La distribución espacial de la población por asentamiento muestra que la mayor cantidad de población se encuentra ubicada en el casco urbano de Santa María al igual que en comunidad de Planes.

**Tabla 1**

**Características sociodemográficas en niños menores de 5 años. Municipio de Santa María, La Paz, tercer Trimestre 2019**

<b>Características Sociodemográficas</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Edad en Meses</b>		
(6-11)	59	<b>7</b>
(12-23)	203	<b>25</b>
(24-35)	187	23
(36-47)	171	21
(48-60)	201	<b>24</b>
Total	<u>821</u>	100
<b>Sexo</b>		
Niños	375	46
Niñas	446	54
Total	<b>821</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos de evaluación nutricional del ECOR Santa María 3er Trimestre 2019.

El más alto porcentaje de los niños menores de 5 años se encuentra en el grupo de edad de 12 a 23 meses (25%), seguido de 48 a 60 meses (24%). El grupo estuvo compuesto en mayor cantidad por niñas (54%)



**Tabla 2**

**Lugar de residencia según Unidad de Salud (US) de los niños menores de 5 años. Municipio de Santa María, La Paz, tercer Trimestre 2019**

<b>Lugar de residencia (US)</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b><u>US Santa María</u></b>	<b><u>192</u></b>	<b><u>23</u></b>
Camalote II	16	8
Camalote II	25	13
Los Pozos	10	5
Crucitas	21	11
Santa María	120	63
<b><u>US Planes</u></b>	<b><u>335</u></b>	<b><u>41</u></b>
El Mango	40	12
El Esfuerzo	9	3
Arenales	27	8
El Arrozal	35	10
Las Torres	30	9
Laureles	16	5
Pavas	60	18
Pavitas	22	7
Planes	81	24
Planitos	15	4
<b><u>US Arenalitos</u></b>	<b><u>122</u></b>	<b><u>15</u></b>
Estancia	13	11
Simpinula	31	25
Arenalitos	78	64
<b><u>US Miratoro</u></b>	<b><u>106</u></b>	<b><u>13</u></b>
La Trinidad	21	20
San Francisco	26	25
Miratoro	59	56
<b><u>El Naranjo</u></b>	<b><u>66</u></b>	<b><u>8</u></b>
El Naranjo	66	100
<b>Total</b>	<b>821</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos de evaluación nutricional del ECOR Santa María III Trimestre 2019.

El mayor porcentaje de niños procede del área de influencia de la unidad de salud de Planes (41%) y Santa María (23%) y el de menor porcentaje pertenece a la unidad de salud de El Naranjo (8%).

**Tabla 3**

**Estado nutricional en niños menores de 5 años con y sin retraso en el crecimiento. Municipio de Santa María, La Paz, tercer Trimestre 2019**

<b>Estado Nutricional</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Normal	299	36
Desnutrición Aguda	29	4
Desnutrición Crónica	353	43
Desnutrición Global	140	17
<b>Total</b>	<b>821</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos de evaluación nutricional del ECOR Santa María III Trimestre 2019.

El 43% corresponde a un estado nutricional de desnutrición crónica un 4% al estado de desnutrición aguda, y un 36% se encuentra en estado nutricional normal.

**Tabla 4**

**Medidas de tendencia central de niños menores de 5 años, con y sin retraso en el desarrollo. Municipio de Santa María, La Paz, tercer Trimestre 2019**

<b>Medidas de tendencia central</b>	<b>Edad en meses</b>	<b>Peso en Kg</b>	<b>Índice de masa corporal IMC</b>	<b>Hemoglobina HB</b>
Media	33.70	11.87	15.97	11.31
Mediana	32.63	11.70	15.80	10.8
Moda	22.23	9.30	15.10	10.4
Varianza	245.20	7.63	2.20	40.22
Desviación Est.	15.66	2.76	1.48	6.34
Error Est.	0.55	0.10	0.05	0.22

Fuente: Base de datos de evaluación nutricional del ECOR Santa María III Trimestre 2019.

Se observa que el 50% de los niños evaluados se encuentran en 33 meses y un peso de 12 kg. Con un IMC 15 mg/dl.

**Tabla 5**

**Unidades de Salud (US) según estado nutricional de los niños menores de 5 años. Municipio de Santa María, La Paz, tercer Trimestre 2019**

Lugar de residencia (ES)	N°	Estado Nutricional				
		Normal	Des. Aguda	Des. Crónica	Des. Global	Total
		%	%	%	%	%
Santa María	192	<b><u>53</u></b>	5	30	12	47
Planes	335	<b><u>38</u></b>	3	42	17	62
Arenalito	122	26	3	52	19	<b><u>74</u></b>
Miratoro	106	18	1	<b><u>59</u></b>	22	<b><u>82</u></b>
El Naranjo	66	32	5	44	20	68
<b>Total</b>	<b>821</b>	<b>36</b>	<b>4</b>	<b>43</b>	<b>17</b>	<b>64</b>

Fuente: Base de datos de evaluación nutricional del ECOR Santa María III Trimestre 2019.

El 64% es desnutrición, normal el 34%. El 82% de desnutrición corresponde a la unidad de salud de Miratoro, en tanto el 74% a la unidad de salud de Arenalito. El 53% de los niños de la unidad de Santa María están con un estado nutricional normal al igual que la unidad de salud de planes con un 38%.

**Figura 2**

**Estado nutricional en los niños menores de 5 años. Municipio de Santa María, La Paz, tercer Trimestre 2019**

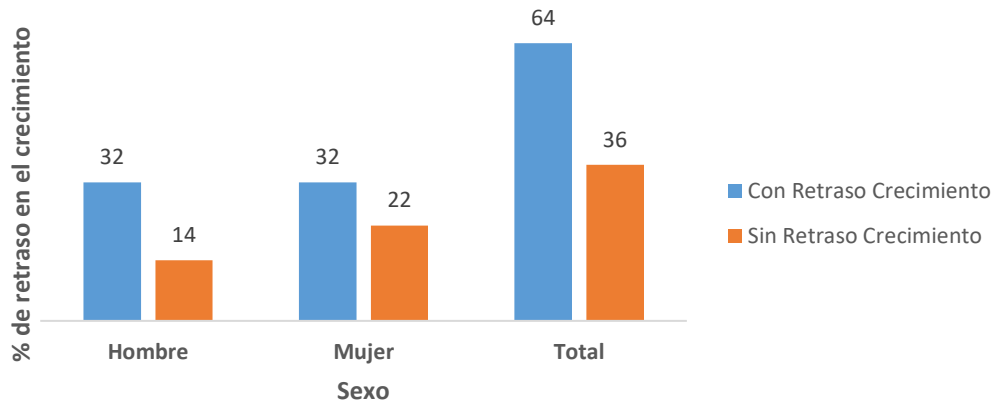


Fuente: Base de datos de evaluación nutricional del ECOR Santa María III Trimestre 2019.

El 64% de los niños evaluados se encuentran con retraso en el crecimiento y un 36% se encuentran sin retraso en el crecimiento.

**Figura 3**

**Estado nutricional por sexo, en los niños menores de 5 años. Municipio de Santa María, La Paz, tercer Trimestre 2019**



Fuente: Base de datos de evaluación nutricional del ECOR Santa María III Trimestre 2019.

El 32% de las niñas evaluadas se encuentra con retraso en el crecimiento y no representan una diferencia en comparación con los niños 31%. Sin embargo, la diferencia se encuentra en los niños sin retraso en el crecimiento con un 14% en niños y 22% en niñas.

**Tabla 6**

**Tipo de Transferencias Condicionadas en niños menores de 5 años que reciben o no un beneficio. Municipio de Santa María, La Paz, tercer Trimestre 2019**

<b>Transferencia Condicionada</b>	<b>N°</b>	<b>Si reciben beneficios</b>	<b>%</b>	<b>No reciben beneficios</b>	<b>%</b>
Nutrilite	821	821	<b><u>100</u></b>	0	0
Alimentación PMA	821	355	<b><u>43</u></b>	466	57
Casa	821	5	1	816	<b><u>99</u></b>
Piso	821	103	13	718	87
Techo	821	33	4	788	<b><u>96</u></b>
Eco fogón	821	93	11	728	89
Pila	821	37	5	784	95
Letrina	821	53	6	768	94
Filtros de Agua	821	18	2	803	<b><u>98</u></b>
Bolsa solidaria	821	336	<b><u>41</u></b>	485	59
Bono 10,000	821	217	<b><u>26</u></b>	604	74

Fuente: Base de datos de evaluación nutricional del ECOR Santa María III Trimestre 2019.

De los que recibieron beneficios, el 100% (821) de los niños menores de 5 años recibieron Nutrilitte, el 43% (355) recibieron alimentación del PMA, el 41%(336) recibieron bolsa solidaria y un 26%(217) recibieron bono 10,000.

**Tabla 7**

**Asociación del número de transferencias condicionadas recibidas por la madre de familia con la presencia o ausencia de retraso de crecimiento en menores de 5 años. Municipio de Santa María, La Paz, tercer Trimestre 2019**

	<b>Con retraso en el crecimiento</b>	<b>sin retraso en el crecimiento</b>
<b>Con &lt;2 Transferencias Condicionadas</b>	284	187
<b>Con &gt;3 Transferencias Condicionadas</b>	238	112

Fuente: Base de datos de evaluación nutricional del ECOR Santa María III Trimestre 2019.

Los datos que se muestran en la tabla superior, revelan la prueba de asociación usando Chi-cuadrado con un nivel de significancia del 0.05, para 1 grado de libertad y un 95% de confianza, comparando entre los valores del Chi-cuadrado calculado y el crítico. En consecuencia, se acepta la hipótesis nula: H0 "El retraso en el crecimiento del menor de 5 años es mayor en los niños que no reciben transferencias condicionadas". El  $\chi^2$  calculado  $-0.0133 < 3.841$   $\chi^2$  de la tabla de valores críticos de la distribución de Chi 2.

**Tabla 8**

**Transferencias condicionadas recibidas según Unidad de Salud, en niños menores de 5 años. Municipio de Santa María, La Paz, tercer Trimestre 2019**

Unidad de Salud	N°	Beneficios recibidos según Estado Nutricional										
		Nutrilite %	PMA %	casas %	Piso %	Techo %	Eco fogón %	Pilas %	Letrinas %	Filtros de Agua %	Bolsa solidaria %	Bono 10,000 %
Santa María	192	100	45	<u>2</u>	10	<u>5</u>	<u>18</u>	3	6	1	7	17
Planes	335	100	43	<u>1</u>	10	<u>6</u>	10	2	3	<u>4</u>	<u>59</u>	26
Arenalito	122	100	<u>47</u>	0	<u>15</u>	1	11	4	1	0	<u>55</u>	<u>35</u>
Miratoro	106	100	<u>47</u>	0	<u>23</u>	3	4	<u>11</u>	<u>24</u>	<u>3</u>	<u>56</u>	<u>32</u>
El Naranjo	66	100	29	0	12	0	<u>15</u>	<u>11</u>	<u>8</u>	0	2	<u>32</u>
<b>Total</b>	<b>821</b>	<b>100</b>	<b>43</b>	<b>1</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>41</b>	<b>26</b>

Fuente: Base de datos de evaluación nutricional del ECOR Santa María III Trimestre 2019.

El 100% de los niños evaluados recibieron Nutrilite, el 43% recibieron alimentación del PMA, siendo las US de Arenalito y Miratoro las que reciben la mayor cantidad (47%) y la US El Naranjo la que menos recibe con un 29%. El beneficio de vivienda con un 2% en Santa María y el 1% en Planes, las comunidades asignadas a la unidad de salud de Miratoro con un 23% recibieron piso y arenalito con un 15% siendo el de mayor porcentaje. El 45 de los techos distribuidos están en su mayoría en Planes con un 6%, del 11% de Eco Fogón distribuidos el 18% está en Santa María y el 15% en El Naranjo, del 5% de pilas entregadas Miratoro recibe el 11% al igual que El Naranjo.



El 6% de letrinas distribuidas el 24% se encuentra en Miratoro y el 1% en Arenalito, el 2% de filtros de agua el 4% fue distribuido en Planes, del 41% de bolsas solidarias el mayor número está en Planes 59%, Miratoro 56% y Arenalito 55%, del 26% de bono 10,000 entregado, el mayor número se encuentra en Arenalito 35%, Miratoro 32% como en el Naranjo que presenta el mismo porcentaje.

## 7. ANALISIS DE RESULTADOS

A partir de los hallazgos encontrados se identificó que las características sociodemográficas son muy variadas en los grupos de estudio. Los valores más relevantes con respecto a la edad muestran que 262 (32%) de los niños están comprendidos en edades de 6 a 23 meses, un dato de gran importancia ya que en este grupo de edad según (INCAP;USAID, 2018) “se ha demostrado que la adecuada atención en salud y una buena alimentación durante este periodo brinda beneficios para toda la vida y tiene un impacto significativo en la persona y la sociedad”.

Sin embargo, 201 (24%) de los niños se encuentran en edades de 48-60 meses, lo cual es de suma importancia debido a que la vigilancia nutricional en el sistema de salud de Honduras culmina al cumplir los 5 años de vida del niño. Al culminar este periodo de tiempo en los niños, deberán tener un desarrollo pleno para su edad, lo que propiciara en años venideros un futuro con mayores oportunidades según sus capacidades.

De acuerdo con el sexo el más predominante es el de las niñas con 446 (54%) a diferencia de los niños. Según las últimas proyecciones para el 2012 del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), revelan que los niños entre 0 y 5 años en Honduras representan el 12.1% (972,293) de la población total, de los cuales un 52.4% son niños (509,033) y 47.6% son niñas (463,260).

Según el lugar de residencia y la unidad de salud a la que asisten los niños, la mayor concentración se encuentra en la US Planes con 41% de los niños evaluados, esto es debido a tres razones, una la ubicación geográfica, dos posee mayor población y la tercera por la prestación de servicios integrales en salud (medico, odontólogo y laboratorio), no así en la US de El Naranjo que representa a 8% ( 66) de los niños evaluados en el estudio, ello se debe a que su población es menor y es atendida por una Auxiliar de Enfermería, esta unidad de salud es conocida actualmente como Zona de Promoción con la reestructuración de las Redes Integradas de Servicios de Salud.

En relación con la desnutrición, se observó que un alto porcentaje correspondió a desnutrición crónica con un 43% de los niños evaluados, esto permite identificar niños/as con riesgo a tener baja longitud/talla, y casos muy excepcionales de talla demasiado alta, la talla baja puede ser ocasionada por una exposición prolongada o permanente de aportes insuficientes de macro y micronutrientes, enfermedades u otros factores de tipo social, económico o ambiental que limitan el crecimiento óptimo. Según la (ENDESA, 2011-2012)“el 23 por ciento de los

niños menores de cinco años adolecen de retardo en el crecimiento. Para el 6 por ciento de los niños con desnutrición crónica, el retardo en el crecimiento es severo”.

Se observó un mayor porcentaje de desnutrición en las unidades de salud que menor número de niños tienen, como ser Miratoro que presenta un 82% de desnutrición, Arenalito con 74%, seguidamente El naranjo con un 68%, datos relevantes debido a que son unidades de salud postergadas, de difícil acceso y con menor población que las unidades de salud de Planes y Santa María estas últimas además de ser las que mayor número de menores de 5 años tienen, son las que presentan un mayor porcentaje de estado nutricional normal con un 53% en Santa María y un 38% en Planes.

El retraso del crecimiento en la niñez es uno de los obstáculos más significativos para el desarrollo humano, además tiende a presentar efectos a largo plazo para los individuos y las sociedades, esto es importante reconocerlo ya que el 64% de los niños menores de 5 años del estudio se encuentran con retraso en el crecimiento y está firmemente asentado como marcador de riesgo de deficiencias en el desarrollo infantil por eso, es importante ofrecer al niño unos adecuados factores ambientales, nutricionales y saludables para propiciar un correcto crecimiento. Por ello la importancia de conocer cómo se desarrollan los niños en el hogar e identificar las principales necesidades.

Tomando en cuenta que el crecimiento y desarrollo infantil tienen como determinantes no solamente aspectos relacionados con alimentación sino también con condicionantes sociales, culturales, ambientales y biológicos, en Honduras se decidió realizar una revisión del abordaje tradicional de la evaluación del crecimiento y desarrollo para convertirlo en uno con enfoque integral y preventivo. (OPS;PAIN;INCAP; Secretaria de Salud Honduras, 2012, pág. 8).

De los niños que se encuentran con retraso en el crecimiento el 32% son niñas similar a los niños con un 31%, no así los que están sin retraso en el crecimiento que el 22% son niñas y el 14% son niños. El estudio realizado por Coronado Escobar (2014), en el que detalla que “El género más afectado es el sexo masculino con un 56%, no existe diferencia en el sexo femenino con un 44% ya que ambos sexos se encuentran con algún grado de desnutrición” p.58). Por lo tanto, al realizar una comparación con este estudio, logramos concluir que no hay diferencia en ambos sexos.

El retraso del crecimiento está firmemente asentado como marcador de riesgo de deficiencias en el desarrollo infantil. El retraso del crecimiento anterior a los 2 años es un factor predictivo de peores resultados cognitivos y educativos en la etapa posterior de la infancia y la adolescencia y tiene consecuencias económicas y educativas importantes para los individuos, hogares y comunidades. (Suarez Weise, 2017, pág. 1)

Es necesario identificar el estado nutricional por sexo debido a que las evaluaciones de estos se realizan a través de la Estrategia de Atención Integral de la Niñez en la Comunidad (AIN-C) las cuales registran el peso y la talla según grafica de la niña y grafica del niño en el que se evalúan de acuerdo con los indicadores del estado nutricional para niños y niñas menores de 5 años, de acuerdo a la OMS y la SESAL Honduras. En conclusión, el seguimiento de la estrategia de AINC, el apoyo a las voluntarias de salud tanto con logística y actualizaciones brindan un estímulo para continuar apoyando a las madres de los niños menores de 5 años a mejorar el estado nutricional.

Al igual que la estrategia antes mencionada, existen programas de gobierno como las transferencias condicionadas que ayudan a mitigar las necesidades que presentan algunas familias, por ello es importante identificar en los niños menores de 5 años que están con y sin retraso en el crecimiento del municipio de Santa María que transferencias condicionadas reciben. Según esta investigación solo el 23% de ellos si reciben beneficios y el resto no. De las Transferencias Condicionadas que mayor porcentaje recibieron los niños está el NUTRILITE, alimento del PMA, bolsa solidaria y bono 10,000. Lo que genera interés en el estudio es que el mayor número de niños evaluados 77% no recibieron ningún beneficio de las Transferencias Condicionadas que se entregan en el municipio.

La asociación del retraso en el crecimiento con las Transferencias Condicionadas se estudió mediante la prueba estadística de Chi-cuadrado, encontrándose que el retraso en el crecimiento del menor de 5 años es mayor en los niños que no reciben transferencias condicionadas. Esto representa un alto porcentaje que denota desigualdades e inequidades para la protección social en estos grupos de población desfavorecidas. Este hallazgo permite aceptar la hipótesis nula del estudio.

Por otra parte, la distribución de la población por unidades de salud permitió la identificación de aquellas que recibieron mayor porcentaje de beneficios de las transferencias condicionadas, sobresaliendo la población que asiste a la unidad de salud de Miratoro recibe la mayor cantidad de beneficios, seguido de Arenalito y El Naranja y son estas comunidades las que menor población de niños menores de 5 años tienen y donde se encuentra el mayor porcentaje de desnutrición o de retraso en el crecimiento. Esto implica un reto muy grande para el gobierno local, salud, educación y todas las instituciones para unir esfuerzos y realizar seguimiento, monitoreo y redistribución de los beneficios que se entregan en el municipio.

Esto nos muestra que existen porcentajes altos de retraso en el crecimiento en los niños menores de 5 años del municipio de Santa María, que si bien, existen Transferencias Condicionadas dirigidas a los grupos más vulnerables, sin embargo, son insuficientes o escasas para lograr cubrir a toda la población en

riesgo y que es necesaria la expansión de los mismos sin inclinación política, para lograr reducir los indicadores de desnutrición. Las transferencias condicionadas no muestran el impacto esperado para la reducción de la pobreza en el municipio de Santa María.

Las transferencias monetarias condicionadas en Honduras son una estrategia para llegar a los hogares más postergados y con mayores limitaciones de sobrevivencia, un modelo para aminorar el efecto de las medidas estructurales económicas y que limitaron el acceso al mercado laboral de muchos hondureños desde los años 90's.

En el plano metodológico del estudio, vale destacar que el principal desafío fue caracterizar el tipo de transferencia condicionada, lo que se vio facilitado a partir de la base de datos existente del programa social Vida Mejor, así como de las facilidades que brindaron para obtenerla gracias a la Coordinación Departamental que dirigió el proceso para obtener la información del municipio. El siguiente desafío en la caracterización del tipo de transferencia condicionada fue la consolidación de las bases de datos porque debía ser unificada con la base de datos de la evaluación nutricional en el menor de 5 años que a nivel municipal de salud obtenía.

Dentro de las limitaciones del estudio se encuentra que no había evaluaciones nutricionales previas a la que se realizó en el municipio de Santa María, por ende al realizar el estudio se utilizó el registro de la información de la bases de datos



de la OMS sobre el crecimiento y la malnutrición del niño en el menor de cinco años (ANTRHO) realizada en el tercer trimestre del 2019 donde el 57% (821) de los niños fueron evaluados, además se unifico con la base de datos de transferencias condicionadas que el coordinador de Vida Mejor proporciono del municipio de Santa María, en ambos casos no fue posible la verificación de la información en la comunidad debido al alto costo de visita casa a casa y el difícil acceso.

Esta investigación marca un precedente importante en el municipio de Santa María en el que queda evidenciado que los grupos de población más vulnerables deben ser los beneficiarios directos y que deben tener acceso sin la intermediación de políticos ni funcionarios que quieran sacar provecho personal de este programa, además deberán de cumplir con una serie de condiciones de interés público orientados a la formación de capital humano, acceso a servicios de salud, aumento en los niveles de nutrición y finalmente reducción de la pobreza monetaria, para ello es de integrar un equipo multidisciplinario para el monitoreo y supervisión acerca el buen uso de los mismos.

Finalmente, a nivel global, la expansión de la cobertura y el desarrollo de políticas para reforzar el cuidado, la estimulación temprana y el desarrollo infantil comienzan a perfilarse como un camino que reporta beneficios claros tanto para el bienestar infantil como para el empleo femenino. Aunque aún incipiente, el ingreso del Estado como actor relevante en la

provisión de cuidado para niños de entre 0 y 3 años es una señal alentadora respecto a las orientaciones del modelo emergente de protección social para la primera infancia. (Cecchini, Filgueira, Martinez, & Rossel, 2015)

Además la investigación muestra que tipo de beneficios recibieron los niños menores de cinco años que están con y sin retraso en el crecimiento, pero no muestra el uso adecuado de las transferencias condicionadas y si se están utilizado directamente para quien fue asignado o si se da otro uso a dichas transferencia, por ello es importante profundizar, ahondar más para que genere conocimientos que proporcionen evidencias que apoyen un mayor impacto en reducción de la pobreza y mejorar el estado nutricional de los niños y evitar que continúen en el retraso del crecimiento que es el objetivo de los programas públicos del gobierno con la inversión social.

Para lograr lo antes mencionado deben de realizarse más investigaciones que muestren el impacto de las transferencias condicionadas en la reducción de la pobreza, reducción del retraso en el crecimiento de los niños menores de 5 años, el crear más estrategias o políticas públicas para el control y buen uso de los beneficios en los hogares y la verificación de que se asignan a los grupos de población más vulnerables y así mejorar sus condiciones de vida, en el corto plazo, logren incrementar los ingresos de la población más vulnerable a través de dinero, bienes y servicios; y en el largo plazo incentivar la inversión en los 3 componentes clásicos de capital humano: educación, salud y nutrición.

## 8 CONCLUSIONES

Los porcentajes de distribución de las transferencias condicionadas fueron muy bajos para la cantidad de niños con retraso en el crecimiento que fueron evaluados. La descripción de la situación sociodemográfica de las familias del niño menor de 5 años con y sin retraso en del crecimiento del municipio el porcentaje más alto de niños evaluados estaban cursando los primeros mil días de vida. Otro grupo de importancia estaba por cumplir sus 5 años de vida lo cual indica que ya no formaran parte de evaluaciones nutricionales futuras porque sobrepasan la edad objeto de estudio según los programas en salud.

Inadecuada focalización del programa debido al alto porcentaje de desnutrición en los niños de localidades más alejadas y postergadas.

El mayor número de niños que asistían a las US más grandes y de fácil acceso eran los niños que estaban sin retraso en el crecimiento. Se identificaron las transferencias condicionadas que recibieron las madres de familia de niños menores de 5 años con y sin retraso del crecimiento, se distribuyeron 11 beneficios en la población objeto de estudio.

Cuatro Transferencias fueron las que mayor distribución representaban (NUTRILITE, PMA, Bolsa Solidaria, Bono 10,000) aun reconociendo que no todos los niños con retraso en el crecimiento obtuvieron beneficios y que la gran mayoría quedaron descubiertos de los mismos.

En relación a la asociación de las transferencias condicionadas recibidas aunque había gran número de niños con retraso en el crecimiento los beneficios recibidos eran escasos o representaban un porcentaje mínimo, aun así los niños que no recibieron beneficios eran los que estaban con retraso en el crecimiento.

## **9. RECOMENDACIONES**

Se recomienda a los equipos de coordinación de salud municipal e intermunicipal de la región La Paz realizar seguimiento a las evaluaciones nutricionales en los niños menores de 5 años en las unidades de salud para que sirva como referente a los programas sociales hacia quienes deben ser dirigidos los tipos de Transferencias Condicionadas. Es importante que, al tener las bases de datos unificadas, debe verificarse la información proporcionada por los coordinadores de los programas sociales de cada municipio o departamento.

Es necesario realizar intervenciones oportunas en las comunidades de difícil acceso y lograr mejorar con ello el estado nutricional de los niños menores de 5 años. Ya que existen unidades de salud de difícil acceso que cuentan con atención de auxiliar de enfermería y es necesario contar con asistencia médica y de promoción social para cumplir con la vigilancia en todos los componentes en salud de las familias. Especialmente en la Atención Integral de la Niñez y la Atención a la Mujer entre otros.

La coordinación municipal de salud en conjunto con la mesa intersectorial debe ser veedora para que los beneficios estén siendo distribuidos según la situación de pobreza y desnutrición de las familias. Los planes operativos anuales que realizan las regiones sanitarias de salud deben tomar como prioridad ampliar la cobertura de los servicios de salud con recurso humano capacitado de acuerdo

a las redes integradas de servicios de salud con un enfoque de atención primaria de salud y debe integrarse en una red de protección social de carácter universal

## 10. BIBLIOGRAFÍA

- Robles, G. Rubio, Stampini, M. (2015). *¿Las transferencias monetarias han sido capaces de llegar a los pobres de América Latina y el Caribe?*
- Arce, M. (2015). CRECIMIENTO Y DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO. 32, 578. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36342789023>
- Cecchini, S., Filgueira, F., Martínez, R., & Rossel, C. (2015). *Instrumentos de protección social, caminos latinoamericanos hacia la universalización*. Santiago de Chile, Chile: CEPAL. Obtenido de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/38821-instrumentos-proteccion-social-caminos-latinoamericanos-la-universalizacion>
- CEPAL. (2016). *Las Transferencias de ingresos y la Reducción de la Pobreza*. Barranquilla, Santiago de Chile: UNASUR-CEPAL. Obtenido de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37390/1/S1420810\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37390/1/S1420810_es.pdf)
- Comision de proteccion social en salud (CPSS). (2013). Manual para la Formación de Facilitadores en la Prueba Evaluación. 134.
- Díaz, M. (2017). El Programa de Transferencia Monetaria de Honduras “Bono 10 mil”: su Caracterización e Impacto Socioeconómico. 8, 125. doi:<http://dx.doi.org/10.5377/eya.v8i2.5617>
- ENDESA. (2011-2012). *Indicadores de desnutrición y sobrepeso para niños menores de cinco años, por área de residencia y departamento*. Honduras.
- FAO, FIDA, UNICEF, PMA y OMS. (2018). *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo*. ROMA.
- Gómez Fernández-Vegue, M. (2018). *Recomendaciones de la asociación española de pediatría sobre la alimentación complementaria*.
- Ibarrarán, Medellín, Regalía, Stampini, P. (2017). *Así funcionan las transferencias condicionadas*.
- INCAP; USAID. (2018). *Nutrición Materno Infantil en los primeros 1,000 días de vida: Manual de bolsillo*. Guatemala: INCAP. Obtenido de <http://www.incap.int/index.php/es/publicaciones-conjuntas-con-otras-instituciones/206-manual-de-bolsillo-nutricion-materno-infantil-en-los-primeros-1-000-dias-de-vida/file>

- OMS. (2004). Estrategia mundial sobre el régimen alimentario, actividad física y salud. 24.  
Obtenido de  
[https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_spanish\\_web.pdf](https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf)
- OPS. (2017). Apoyando el desarrollo en la primera infancia; de la ciencia a la aplicación a gran escala. 387, 76. Obtenido de <https://www.unicef.org/guatemala/informes/apoyando-el-desarrollo-de-la-primer-infancia-de-la-ciencia-la-aplicacion-a-gran-escala>
- OPS. (2017). Apoyando el desarrollo en la primera infancia; de la ciencia a la aplicación a gran escala. *The Lancet*, 389, 124.
- OPS;PAIN;INCAP; Secretaria de Salud Honduras. (2012). *Norma para la Vigilancia Nutricional de los niños Menores de cinco años de edad*. Tegucigalpa: SESAL. Obtenido de <http://www.bvs.hn/Honduras/SAN/NormaWeb/norma.htm>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS); Organización Mundial de la Salud (OMS); Ministerio de Salud El Salvador. (2012). *Estrategia de Cooperación con el País El Salvador 2012 -2015*.
- Rincon, P. (2017). conseguir que no aumente el sobre peso infanti. 8.
- SESAL, PAIN, OPS, INCAP. (2012). *Normas para la Vigilancia Nutricional de los Niños y Niñas Menores de 5 años de edad*. Tegucigalpa: SESAL. Obtenido de [https://www3.paho.org/hon/index.php?option=com\\_docman&view=document&layout=default&alias=272-norma-para-la-vigilancia-nutricional-de-ninos-menores-de-5-anos-de-edad&category\\_slug=salud-materna-nino-y-adolescente&Itemid=211](https://www3.paho.org/hon/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=272-norma-para-la-vigilancia-nutricional-de-ninos-menores-de-5-anos-de-edad&category_slug=salud-materna-nino-y-adolescente&Itemid=211)
- Suarez Weise, A. (2017). Documento normativo sobre el retraso del crecimiento. 12.
- Suarez Weise, A. (2017). Reducir al 40% el número de niños menores de 5 años con retraso del crecimiento. 12. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/retraso-who-WEB-Childhood-report-SP.pdf>
- Todas las mujeres, t. I. (2015). *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)*.



## 11. ANEXO

1.\_ Tabla de códigos

2.\_ Base de datos elaborada en Microsoft Excel para análisis en SP

SEXO DEL MENOR 5 AÑOS	CASAPVM
0. F	1. NO
1. M	0. SI
DESNUTRICION GLOBAL	PISOPVM
0. NO	1. NO
1. SI	0. SI
DESNUTRICION CRONICA	<b>TECHO PVM</b>
0. NO	1. NO
1. SI	0. SI
DESNUTRICION AGUDA	ECOFOGON PVM
0. NO	1. NO
1. SI	0. SI
IMC	PILA PVM
0. NO	1. NO
1. SI	0. SI
NUTRILITE CARE	LETRINA PVM
1. NO	1. NO
0. SI	0. SI
ALIMENTACION PMA	FILTROS DE AGUA PVM
1. NO	1. NO
0. SI	0. SI
BONO 10,000 PVM	BOLSA SOLIDARIA PVM
1. NO	1. NO
0. SI	0. SI

Operacionalización de Variables Wendy Gamez [Modo de compatibilidad] - Microsoft Excel

ARCHIVO INICIO INSERTAR DISEÑO DE PÁGINA FÓRMULAS DATOS REVISAR VISTA

Calibri 11 Fuente Alineación Número

Formato condicional Dar formato como tabla Estilos de celda Insertar Eliminar Formato Celdas

Autosuma Rellenar Borrar Ordenar y filtrar Buscar y seleccionar Modificar

A1 #

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	NOMBRE DE MADRE O PADRE (TUTOR)	Edad de la Madre o Padre	Estado civil	OCUPACION DE LA MADRE O TUTOR	nivel de escolaridad	Procedencia	NOMBRE (APELLIDOS) DEL NIÑO	FN del niño	EDAD EN MESES CUMPLIDO	SEXO	DESNUTRICION G	
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
32												
33												

Operacionalización Cuanti BASE DE TRANFERENCIAS CONDICION PRESUPUESTO codigos

LISTO 70%

11:14 08/12/2019

Operacionalización de Variables Wendy Gamez [Modo de compatibilidad] - Microsoft Excel

ARCHIVO INICIO INSERTAR DISEÑO DE PÁGINA FÓRMULAS DATOS REVISAR VISTA

Calibri 11 Fuente Alineación Número

Formato condicional Dar formato como tabla Estilos de celda Insertar Eliminar Formato Celdas

Autosuma Rellenar Borrar Ordenar y filtrar Buscar y seleccionar Modificar

N1 DESNUTRICION AGUDA

	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA
1	DESNUTRICION AGUDA	IMC	NUTRILITE CARE	ALIMENTACION PMA	CASAPVM	PISOPVM	TECHO PVM	ECOFOGON PVM	PILA PVM	LETRINA PVM	FILTROS DE AGUA PVM	BOLSA SOLIDARIA PVM	BONO 10,000 PVM	
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														

Operacionalización Cuanti BASE DE TRANFERENCIAS CONDICION PRESUPUESTO codigos

LISTO 80%

11:15 08/12/2019

### 3\_ Operacionalización de variables

Objetivo específico	Variable	Sub Variable	Concepto	Definición operacional	Tipo de variable	Que datos responderán a la variable	de que Fuente deben obtenerse los datos de la variable	Técnica	Instrumento a construir	Indicadores	
1. Caracterización sociodemográfica de las familias del niño menor de 5 años con y sin retraso del crecimiento, en el municipio de Santa María, en el II Trimestre del 2020.	1. Edad del niño 2. Edad de la madre		Tiempo que ha vivido una persona	Rango de edad por grupos etarios	Cuantitativa	1. Numero de identidad 2. Carnet de vacunación	Fuente primaria	Base de datos	Base de datos	Rango de edad 1-4 años 5-9 años 10-14 años 15 y más años	
	3. Estado civil		Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas.	Estado civil que tiene la madre de familia	Cualitativa	base de dato de alcaldía municipal de beneficios recibidos	Fuente Primaria	Base de datos	Base de datos	a. Soltero b. Casado c. Divorciado d. Otro	
	4. Ocupacion de la madre o tutor		El cargo u ocupación es el conjunto de tareas laborales determinadas por el desarrollo de la técnica, la tecnología y la división del trabajo, comprende la función laboral del trabajador y los límites de su competencia	Ocupacion que tiene la madre de familia	Cualitativa	base de dato de alcaldía municipal de beneficios recibidos	Fuente Primaria	Base de datos	Base de datos	a. desempleado b. vendedor ambulante c. ama de casa etc....	
	5. Nivel de Escolaridad de la madre o tutor		Periodo de tiempo de estudio que un niño, joven, adulto asiste a la academia para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria	Nivel de escolaridad que tiene la madre de familia	Cualitativa Ordinal	base de dato de alcaldía municipal de beneficios recibidos	Fuente primaria	Base de datos	Base de datos	Ninguno primaria completa b. secundaria completa c. secundaria incompleta d. estudiante universitario Nivel superior otro	
	6. Procedencia de la madre o tutor		Lugar, cosa o persona de que procede alguien o algo	Ubicación geográfica de donde pertenece el padre de familia	Cualitativa nominal	base de dato de alcaldía municipal de beneficios recibidos	Ubicación geográfica	Base de datos	Base de datos	% de poblacion en el área urbana y rural	
	7. Sexo del niño		Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras	Sexo que tiene el jefe de familia	Cualitativa nominal	Base de datos de ANTRHO	Fuente primaria	Base de datos	Base de datos	Femenino Masculino	
	8. Desnutricion Global		Deficiencia del peso con relación a la edad. La desnutrición global es el resultado de desequilibrios nutricionales pasados y recientes.	Desnutrición que tiene el niño	Cualitativa nominal	Base de datos de ANTRHO	Fuente primaria	Base de datos	Base de datos	1. Si 2. No	
	9. Desnutricion cronica		es un proceso por el cual las reservas orgánicas que el cuerpo ha ido acumulando mediante la ingesta alimentaria se agotan debido a una carencia calórico-proteica. Retrasando el crecimiento de fetos, infantes, niños y adolescentes.	Desnutrición que tiene el niño	Cualitativa nominal	Base de datos de ANTRHO	Fuente primaria	Base de datos	Base de datos	1. Si 2. No	
	10. Desnutricion global		deficiencia del peso con relación a la edad. La desnutrición global es el resultado de desequilibrios nutricionales pasados y recientes.	Desnutrición que tiene el niño	Cualitativa nominal	Base de datos de ANTRHO	Fuente primaria	Base de datos	Base de datos	1. Si 2. No	
	11. IMC		es un sencillo índice sobre la relación entre el peso y la altura, generalmente utilizado para clasificar el peso insuficiente, el peso excesivo y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de la altura en metros (kg/m <sup>2</sup> )	índice de masa corporal que tiene el niño	Cualitativa nominal	Base de datos de ANTRHO	Fuente primaria	Base de datos	Base de datos	1. Si 2. No	
	2. Identificar cual(es) transferencias condicionadas reciben las familias del niño menor de 5 años con y sin retraso del crecimiento, en el II Trimestre del 2020	1. Transferencias monetarias	1. CARE	beneficio social en atención a la madre y al niño	organización humanitaria líder que lucha por combatir la pobreza global	Cuantitativa discreta	base de datos de alcaldía municipal	técnico de CARE asignado al municipio	Base de datos	Base de datos	Número de veces recibidos en el año
2. PMA			programa mundial de alimento	Es la agencia de ayuda alimentaria de las Naciones Unidas que combate el hambre	Cuantitativa discreta	base de datos de la oficina municipal de salud	encargado municipal de las bases de datos de salud	Base de datos	Base de datos	Número de veces recibidos en el año	
3. Vida mejor (Casa, piso, techo, ecofogon, pila, letrina, filtros de agua, bolsa solidaria)			Fomentar una mejor calidad de vida en las familias que viven en condiciones de pobreza en las zonas urbanas del país, y así asegurar el acceso a la educación de las niñas y niños de Honduras	programa presidencial en salud, educación y nutrición en Honduras	Cuantitativa discreta	base de datos de alcaldía municipal	encargado del programa a nivel municipal		Base de datos	Base de datos	Número de veces recibidos en el año
4. Bono 10,000			bono asignado a hogares que viven en pobreza	programa presidencial en salud, educación y nutrición en Honduras	Cuantitativa discreta	base de datos de alcaldía municipal	encargado del programa a nivel municipal		Base de datos	Base de datos	Número de veces recibidos en el año
2. Numero de beneficios recibidas por familia			beneficio sociales que recibe una familia en la comunidad donde reside	numero de beneficios que recibe la familia	Cuantitativa discreta	base de datos de alcaldía municipal	encargado del programa a nivel municipal	Base de datos	Base de datos	numero de beneficios que recibe la familia en el año	
3. Asociar la(s) transferencias condicionadas recibidas por la madre de familia con la presencia o ausencia de retraso de crecimiento en sus hijos menores de 5 años.	las mismas variables de transferencias con la base de datos que existe con los niños con y sin retraso en el crecimiento										