

ción con las municipalidades para que estas incluyan en sus planes operativos locales el combate a la desnutrición y el apoyo decidido y tangible al programa.

El Programa se llevará a cabo durante un período de diez años, a partir de 2007 hasta el 2016, iniciando focalizadamente en los municipios más pobres y donde el problema nutricional presenta mayor magnitud. Sin embargo, se irán agregando paulatinamente nuevos municipios a lo largo del periodo de ejecución del programa, llegando a cubrir 250,000 niños y niñas y 75,000 mujeres residentes en el 100% de los municipios del país, al cabo de los 10 años.

La ejecución estará a cargo de las instituciones y programas identificadas como responsables de los acciones nutricionales coordinadas dentro de la Estrategia de reducción a la Pobreza: Secretaría de Salud (PNSAN), Red Solidaria, PRAF, entre otras, así como por ONGs y Agencias de Cooperación participantes en la Coalición de Instituciones que trabajan en Seguridad Alimentaria Nutricional, bajo la coordinación de la Secretaría de Estado del Despacho Presidencial, a través de la Unidad de Apoyo Técnico (UNAT).

3.3. Focalización

De acuerdo con el marco de referencia y basados en el hecho de que la desnutrición es más alta en las zonas rurales y en los municipios más pobres del país, se hará una focalización geográfica basada en criterios socio-económicos, geográfico – ambientales, nutricionales y otros-, comenzando con las áreas rurales de los municipios con altas tasas de pobreza. Para el primer año se prevé iniciar con 80 municipios (los 80 identificados por el gobierno como prioritarios y en los que ya se han iniciado una serie de acciones). Gradualmente, se incorporarán nuevos municipios hasta llegar a cubrir las poblaciones pobres del 100% de los municipios del país al final de los nueve años. Se propone tentativamente la proporción siguiente, la cual será acumulativa hasta llegar a completar los 298 municipios del país.

Año	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Dptos.	Intibucá, La Paz, Comayag.	Choluteca, Valle, Paraiso, LaPaz	Paraiso, LaPaz,	Comayag. Olancho, F.M.	Sta.B, Yoro, Intibuca., Lempira.	Copan, Intibuca., Lemp., El Paraiso, Ocotepeq.	Atlantida, Copan, Comayag.			
No. Munic. Nuevos	80	38	21	22	32	56	49	00	00	298
Total	80	118	139	161	193	249	298	298	298	
Aldeas		362	189	230	324	694	764			

En aquellos departamentos, donde existen grupos indígenas, se seleccionarán prioritariamente aquellos municipios o localidades, en donde ellos están asentados. Esta selección se hará en base en los censos de talla en escolares o levantamientos antropométricos de menores de 5 años, en donde existan o se puedan generar con el personal de salud. Las intervenciones directas del programa se dirigirán a los niños y niñas menores de cinco años y a las mujeres. Indirectamente, la acción se extenderá a la familia, mediante el mejoramiento educativo de las mujeres y a través de las acciones de coordinación intersectorial y participación social que el programa contempla.

El sistema detallado a utilizar para la focalización se definirá concertadamente entre las instituciones participantes en la ejecución del programa usando las experiencias existentes en el país, principalmente la del PRAF y AIN-C, entre otras, y usando criterios que han probado ser efectivos y económicos, y que están disponibles como son los Censos de Talla en Escolares, el VAM y el Índice de Desarrollo Humano por municipio.

3.4. Dimensionamiento del Plan

Se pretende que al final del periodo de los 10 años de ejecución del programa, se estén atendiendo aproximadamente 450,000 niños y niñas y 100,000 mujeres en edad fértil. Esto implicara un esfuerzo enorme en cuanto a financiamiento, pero más que esto en cuanto a desarrollo organizacional, desarrollo de recursos humanos, capacitación y capacidad logística y operativa.

La ejecución del presente programa implica un fuerte compromiso político del gobierno a fin de incrementar en forma significativa la asignación de fondos para la lucha contra la desnutrición y el hambre. Evidentemente, dado que la disponibilidad de fondos nacionales es cada vez menor y el aparato gubernamental tiende a reducirse, es necesario establecer estrategias creativas que permitan aumentar los recursos de manera importante. Hay una clara necesidad de que la estructura de coordinación se perfeccione para lograr alianzas efectivas que permitan compartir costos con organizaciones privadas que además de ayudar a aumentar la cobertura, contribuyan a aliviar la carga estatal y evitar el endeudamiento exagerado del país. Lo anterior, implica ante todo fomentar o fortalecer el debate de la desnutrición desde una perspectiva de prioridad política y el ejercicio de abogacía con respecto al tema, así como el fortalecimiento de la institucionalidad y la necesidad de impulsar el desarrollo organizacional y los recursos humanos, y mejorar la capacidad administrativa, y la asignación de fondos necesarios con una visión intersectorial

3.5. Componentes

El Plan y sus diversas acciones, contempla la implementación de los componentes descritos a continuación:

3.5.1. Atención Integral a la niñez y promoción de su bienestar

El programa, desde el punto de vista operativo, esta basado en la estrategia de la Atención Integral a la Niñez (AIN), cuyo pilar será el monitoreo de crecimiento de la población menor de tres años, un instrumento que contribuirá a producir cambios positivos en la promoción de la salud y nutrición. Es de esperar que las madres y padres de familia, adopten mejores prácticas de cuidado infantil, incrementen la lactancia materna exclusiva, se asegure la adecuada alimentación de los niños(as), así como la alimentación complementaria a grupos en mayor riesgo. En virtud de lo anterior, se busca ampliar la cobertura del modelo del AIN, el cual se procurará institucionalizar y universalizar en los municipios y comunidades priorizadas.

Vinculado con la implementación de este componente, está el fortalecer y expandir la red de servicios básicos de salud a través de las Unidades comunitarias de salud (UCOS), las unidades de salud, y mediante la utilización de modelos descentralizados ya funcionando en la actualidad. Esta red, operando eficientemente, permitirá promover el crecimiento saludable de los niños, mejorar la atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), reducir la morbilidad y la mortalidad neonatal, infantil y de niñas y niños menores de cinco años y reducir la malnutrición infantil, el bajo peso al nacer, la anemia nutricional y la deficiencia de la vitamina A en los niños y niñas. Se proveerán otros servicios como la educación a las madres, la suplementación con micronutrientes, la promoción de la lactancia materna exclusiva y de la adecuada alimentación complementaria a partir de los seis meses, e incluso la provisión alimentaria para niños (as) con desnutrición moderada y severa.

El monitoreo sistemático del estado nutricional de los niños(as) de la comunidad ofrecen oportunidades idóneas para realizar otras acciones en el niño(a) tales como manejo de enfermedades prevalentes de la infancia (incluida la malaria) y para que la comunidad discuta el estado de nutrición de la generalidad de sus niños(as) y junto con los gobiernos municipales propongan e implementen acciones locales intersectoriales de producción y/ o provisión de alimentos, mejoramiento del saneamiento ambiental, u otro tipo de medidas para abordar los factores condicionantes específicos de la malnutrición según sea el caso.

3.5.2. Nutrición Materna

Este componente consiste por lo tanto en fortalecer el factor nutricional de la atención de la mujer reduciendo los riesgos descritos, mejorando la salud reproductiva de las adolescentes y adultas durante su embarazo, parto y puerperio mediante la optimización de la atención preventiva de salud y la vigilancia de la ganancia de peso durante el embarazo, la educación de las parteras y proveedores de servicios y de las mismas madres, la suplementación con micronutrientes y la suplementación alimentaria en casos especiales.

Se pretende estar atendiendo al final de los diez años de duración del Programa, a 250,000 mujeres aproximadamente, a través de la red de servicios de la Secretaría de Salud o programas que ONGs dirigen hacia la mujer. Las actividades a realizar incluyen el diseño y la elaboración de normas y guías para la alimentación de la mujer embarazada y lactante, capacitación de parteras, monitoras de AIN-C y personal de salud sobre el uso de estas guías, suplementación con ácido fólico, hierro y vitamina A para madres, educación metódica de las mujeres sobre la adecuada alimentación usando los recursos disponibles de la comunidad, y provisión de alimentación para madres desnutridas.

3.5.3. Protección alimentaria para niños moderada y severamente desnutridos

Este componente busca brindarles protección específica a los niños y niñas identificados como desnutridos o con ganancia de peso insuficiente, así como a los niños severamente desnutridos y mujeres en estado de desnutrición o en vías de estarlo.

Este componente, alimentación complementaria selectiva, basado en el grado de desnutrición y el riesgo implícito a que está expuesto el niño o la mujer, será una estrategia de ejecución simultánea a los otros componentes que forman parte del programa, en ningún caso dado aisladamente. Habrán dos tipos de intervención: la Alimentación complementaria, cuyo objetivo específico será rehabilitar a niños (as) que padecen desnutrición moderada, y/o prevenir el deterioro del estado nutricional de los grupos de más riesgo (todos los niños menores de cinco años y las mujeres embarazadas y lactantes). El segundo, se denomina Alimentación Terapéutica, cuyo objetivo es reducir la mortalidad entre los lactantes y niños de corta edad que padecen una desnutrición proteínico-energética grave y puede implementarse vía centros de alimentación especial (recuperación nutricional), en hospitales y centros de salud o en instalaciones ad-hoc.

Los beneficiarios del proyecto pertenecen al área rural y urbano marginal de 80 municipios inicialmente, aumentando paulatinamente la cobertura hasta llegar a atender los 298 municipios de país. En total se estima atender con alimentos a un 30 % de los 450,000 propuestos llegando a 135,000.

3.5.4. Prevención y control de deficiencias de micronutrientes

El componente de micronutrientes comprende la fortificación de alimentos y la suplementación con micronutrientes a grupos focalizados. La Fortificación de alimentos tiene cobertura nacional, sin discriminar grupos poblacionales y no representa un riesgo porque se utilizan cantidades seguras para toda la población, aun aquella que no es deficiente en micronutrientes.

Se actualizarán los conocimientos del personal de la SS y de otros sectores involucrados mediante la realización de jornadas sobre la importancia de la prevención y control de las deficiencias de micronutrientes, las normas de suplementación y su aplicación, el sistema logístico de los suplementos y la importancia de la consejería. La entrega de suplementos se realizará a través de las Unidades de Salud y del AIN-C (Hierro).

Un elemento clave debe ser la revisión, actualización y fortalecimiento de la programación, selección, adquisición, distribución y gerencia logística de los suplementos de micronutrientes y el desarrollo de un sistema de información de suplementos en el sector público.

3.5.5. *Promoción de la lactancia materna exclusiva y adecuada alimentación complementaria a partir de los seis meses.*

Las actividades de promoción, apoyo y mantenimiento de la lactancia materna se llevarán a cabo integradamente a la estrategia AIN (promoción del crecimiento a nivel de la comunidad) además de formar parte integral del paquete básico de servicios de atención primaria en salud y serán de cobertura universal, en todos los municipios del país, con énfasis en los municipios priorizados para cada año.

3.5.6. Información, educación, comunicación y desarrollo de Recursos Humanos en alimentación y nutrición

Esta bien demostrada la importancia de las intervenciones educativas como complemento fundamental de las actividades de monitoreo periódico del crecimiento de los niños(as) y de la suplementación y fortificación con micronutrientes. Igualmente, el componente educativo constituye un elemento fundamental de la provisión de alimentos y de la prestación de servicios de salud y nutrición maternos. Las intervenciones educativas son asimismo el eje del componente de promoción de la lactancia materna exclusiva en menores de seis meses y de la complementación alimentaria adecuada después de los seis meses. Por lo demás, la ejecución adecuada de las actividades incluidas en el programa requerirá un fuerte componente de capacitación y formación de recursos humanos para fortalecer la capacidad de gestión del personal de diferentes instituciones, organizaciones y programas.

Ilustración # 4

Costo Anual de la ejecución de los distintos componentes del programa de la iniciativa "Hacia la erradicación de la desnutrición infantil" en Honduras durante el período comprendido entre el 2007 al 2016.

Grupo / Actividad	Período de Ejecución del Plan (Año)									
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	(Miles de beneficiarios)									
Niñez Menor de 5 años	10.0	20.0	35.0	49.0	63.0	75.0	84.0	99.0	114.0	125.0
Embarazadas y Lactantes	2.8	5.6	9.8	13.7	17.6	21.0	23.5	27.7	31.9	35.0
Atención Directa de:	Costo Anual (US\$ Millón)									
Menores de 5 años	1.4	2.9	5.0	7.1	9.1	10.8	12.1	14.3	16.4	18.0
Embarazadas y Lactantes	0.4	0.8	1.4	1.9	2.4	2.9	3.3	3.8	4.4	4.9
Gestión y Coordinación Departam.*	0.6	1.3	3.8	5.0	6.3	7.5	8.1	8.1	10.0	10.0
Gestión y Coordinación Nacional	0.2	0.5	1.5	1.5	1.8	2.0	2.0	2.3	2.3	2.5
Costo Total por año	2.7	5.4	11.7	15.5	19.5	23.2	25.5	28.5	33.1	35.4
Costo Acumulado por año	2.7	8.1	19.7	35.2	54.7	77.9	103.4	131.9	165.0	200.3

* Incluye Vigilancia Nutricional, Formación de Recursos Humanos, Gestión, Seguimiento y Evaluación

De esta forma, se ha considerado que el programa desarrolle un fuerte componente educativo que impacte enérgicamente en el cambio de comportamientos de la población, y en el fortalecimiento de las capacidades de todos los actores involucrados en la ejecución de las actividades e intervenciones del programa.

3.6. Costos por componente y actividad

La ilustración previa, presenta una estimación de los costos de ejecución de la estrategia durante un período de diez años, bajo el supuesto que la cobertura de beneficiarios alcanzará para el año 2016, una cantidad de 125.000 niños menores de 5 años y 35,000 embarazadas y madres lactantes.

El costo acumulado al 2016 es de US\$ 200 millones. El costo anual, aumenta según el número de beneficiarios, de tal forma que para el 2008, atender unos 26,000 beneficiarios requeriría un monto de US\$ 8.1 millones. Los componentes contemplados en esta estructura de costos, incluye vigilancia nutricional, formación de recursos humanos, gestión, seguimiento y evaluación.

La estructura de costos arriba señalada, se basa en costos marginales, no incluye los costos asociados a la construcción de plantas o servicios de salud, personal existente en las referidas estructuras y con la cual habría formas de coordinación distintas al tiempo de ejecutar los servicios incluidos en el paquete.

4. EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

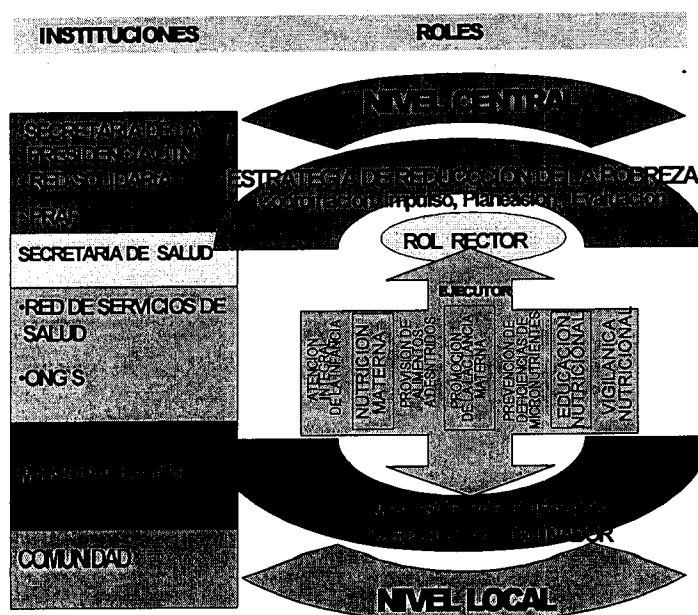
4.1. Responsabilidad Institucional Según Nivel de Decisión u Operación

La gestión, ejecución y seguimiento del programa requiere la asunción de funciones y tareas por parte de distintos niveles de operación, los que de manera sucinta se describen en las siguientes secciones. El gráfico 4.1 diagrama los distintos niveles, funciones y las instituciones involucradas.

4.1.1 Coordinación y Decisión Política Superior

La estructura institucional, las estrategias y programas económico y sociales, pilares de la Estrategia de Reducción de la Pobreza, son coordinadas por la Secretaría del Despacho de la Presidencia (SDP) y por tanto este ente será el responsable de armonizar todo lo referente a esta estrategia y los programa y proyectos derivados.

La SDP, a través de la Unidad de Apoyo Técnico (UNAT), funciona como el ente coordinador, planificador y de seguimiento técnico a las distintas Secretarías en lo relativo a la implementación de los distintos planes estratégicos, incluyendo el Plan de Acción de Seguridad Alimentaria Nutricional y asimismo el Plan Estratégico de Nutrición al 2015; sin embargo, con respecto a el Programa de Erradicación de la Desnutrición,



un componente de dicho plan, la responsabilidad técnica descansa en la Secretaría de Salud, en tanto el más alto nivel de decisión política será asumido por el Sub-gabinete de Protección Social, coordinado por la Primera Dama del país, que a su vez coordina el sistema de la "Red Solidaria" responsable del programa de Protección Social.

4.1.2 Rol rector y normativo

La mayor parte de las actividades específicas de este programa, un componente estratégico de la Política Nacional de Nutrición, son intervenciones que caen dentro del quehacer tradicional de la Secretaría de Salud, por tanto el nivel central de esta institución desempeñará el rol rector y normativo del programa. Las unidades técnico normativas de la Secretaría de Salud, estarán encargadas de brindar apoyo a las direcciones regionales departamentales para asegurar su direccionalidad y desarrollar las capacidades que se necesiten. De la misma forma se establecerán los mecanismos generales de planificación, regulación y vigilancia estratégica del proceso.

Las Direcciones Departamentales de salud ejercerán las funciones de la autoridad sanitaria nacional en su ámbito de acción, e implementarán un sistema de vigilancia estratégica del plan (supervisión, monitoria y evaluación) en el marco de los lineamientos consensuados con el nivel central. Por otro lado deberá ejercer vigilancia sobre el cumplimiento de contratos de los proveedores descentralizados y deberá establecer los mecanismos para la articulación de la intervención con la red que administra y con los representantes sectoriales en el ámbito departamental, se propone la implementación de una mesa sectorial a nivel departamental bajo los lineamientos del gobierno central.

4.1.3 Coordinación Operativa y Ejecución

La ejecución de la mayor parte de los componentes contemplados en el programa se hará a través de una combinación que se dará entre la red de servicios de la Secretaría de Salud, PMA y agencias del SNU vinculadas a la solución de este problema (OPS, UNICEF, PNUD, FAO), ONGs calificadas, ciertas Alcaldías Municipales y algunos organismos privados o parte de la Sociedad Civil. La amplia gama de acciones identificadas en el plan, requiere para una ejecución eficiente y armoniosa, definir roles de los distintos participantes según jerarquía y tipo de actividad.

4.1.3.1 Grupo Técnico Implementador (GTI)

La complejidad técnica y administrativa de la implementación inicial requiere de la conformación de un Equipo Técnico responsable de la implementación inicial del programa y su engranaje con las distintas unidades ejecutoras. Este grupo técnico, dependiente del Sistema de Coordinación Multi-sectorial y multi-institucional (Denominado Red Solidaria de Honduras), asume de inmediato, con delegación de la Secretaría de Salud, la implementación y ejecución del programa y a tal fin cumplirá las siguientes funciones: a) Promoción y difusión de la problemática de desnutrición infantil; b) Gestión y movilización de fondos para ejecución del programa; c) Formulación y análisis de intervenciones, actividades y proyectos; d) Identificación, análisis y selección de socios; e) Definición de modalidades y condiciones de operación, asignación de fondos y contratación de proyectos; e) Gestión y Seguimiento de actividades y proyectos.

Este grupo, en tanto no se den las delegaciones de funciones que corresponde, estará constituido por funcionarios nominados por la Secretaría de Salud, representantes del Sistema de Naciones Unidas y otras agencias de Cooperación Internacional, que tengan el interés y la disponibilidad de atender a tiempo completo las demandas y actividades que la Iniciativa tiene en su etapa inicial. Este grupo buscará identificar los mecanismos para asumir los retos inmediatos que la ejecución del programa plantea, operando o co-operando con socios actividades urgentes, pero

estratégicas, tales como consecución de fondos para completar las propuestas, inicio de la formación de recursos humanos calificados a distinto nivel.

4.1.3.2 Unidades Prestadoras de Servicios Directos a la Población

Los servicios que el programa pretende proveer a la población de manera directa incluyen la atención integral a la niñez y a la mujer, incluyendo complementación alimentaria a individuos o familias en riesgo; promoción y educación directa a madres para mejorar la lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación complementaria; provisión de los suplementos (vitamina A, hierro y ácido fólico para madres y niños. Estos servicios se proveerán directamente a nivel comunitario, ya sea a nivel de la red de servicios de salud o bien a nivel comunitario mediante la participación de personal voluntario capacitado. Los servicios mencionados serán ejecutados por varios proveedores, el primero de ellos, es la red de servicios de salud dependientes de las distintas Regiones de Salud, cuya mejora en la operatividad podría darse mediante el fortalecimiento técnico, logístico y financiero, incluyendo personal especializado para conformar los equipos regionales ad-hoc. Un segundo tipo de ejecutor, podrían ser determinadas Unidades de Salud, dependientes de la Secretaría de Salud, que con el debido apoyo técnico financiero podrían asumir la ejecución de las acciones pertinentes dentro de área geográfica de acción. Un tercer tipo de ejecutor podrían ser las diversas ONGs, muchas de ellas con experiencia previa en este tipo de operaciones y como ejemplo mencionamos: Save The Children, Visión Mundial, CRS, ADRA. Un cuarto tipo, pueden ser Mancomunidades o Alcaldías Municipales, varias de las cuales ya han asumido tareas de este tipo en sus respectivas jurisdicciones.

Es de reconocer que muchas de las organizaciones antes aludidas, ejecutan actualmente programas comunitarios de desarrollo social; igualmente ejecutan variantes de AIN, promoción de lactancia materna y/o nutrición materna y casi todas ejecutan acciones educativas. Algunas ONGs desarrollan además acciones para la promoción de disponibilidad y acceso a los alimentos (huertos, mercados tiendas locales, microempresas de alimentos, etc.), que complementarían las específicas de nutrición pública planteadas como eje de este Programa.

4.1.3.3 Unidades Proveedoras de Servicios de Apoyo.

La provisión de servicios de apoyo, se refiere al conjunto de actividades que sirven de sustento, que son pre-requisito para cualquier institución proveedora de servicios directos a la población y cuya carencia limita o imposibilita la operación sostenida de cualquier paquete de servicios. Ejemplo de este tipo de servicios, requeridos por el programa, son la capacitación básica de promotores comunitarios de AIN; formación de educadores en nutrición comunitaria; evaluación inicial (cuali-cuantitativa) de comunidades o municipios participantes en las intervenciones nutricionales.

Los servicios antes mencionados, generalmente no son requeridos de manera continua y no todas las entidades facilitadoras de servicios lo tienen disponible, por lo que es necesario recurrir a entidades capaces de desarrollar cierto nivel de especialización en el tema referido y a tal efecto, universidades, ciertas ONGs, consultores independientes, empresas privadas pueden convertirse en proveedores de estos servicios. Algunos de estos servicios, pueden a la postre, asumir importancia estratégica y de ahí, debe considerarse su asunción desde el inicio del programa o bien identificar socios estratégicos que puedan asumir dicha función en su momento.

4.1.3.4 Otras entidades participantes en la Gestión (Públicas, privadas, sociedad civil).

Un papel preponderante en la gestión local lo asumen las Municipalidades, que es derivado de la descentralización municipal promovida en el país y que abre espacios a la participación ciudadana en las decisiones públicas locales. Efectivamente, el gobierno local como ordenador de todos los procesos de desarrollo en el nivel municipal, juega un papel trascendente en la vigilancia

estrategia del plan, la gestión de acciones y recursos en el mejoramiento de la salud ambiental y la reducción de la vulnerabilidad ambiental y la respuesta local ante la ocurrencia de contingencias, así como la implementación de acciones par el fortalecimiento de la auditoria social. Evidentemente, la transferencia de responsabilidades y recursos a los gobiernos locales no es todavía suficiente como para tener un decidido impacto sobre el mejoramiento de las condiciones de vida de la población hondureña, pero la autonomía municipal ofrece una oportunidad importante para la gestión de este programa. La función de las unidades municipales podrá ser como ejecutor, (ejerciendo el rol de prestador de servicios) o como director, impulsor o coordinador de acciones entre diversas instituciones relacionadas con la nutrición del pueblo.

4.2. Esquema de ejecución (Unidades coordinadoras o ejecutoras).

La mayor parte de los componentes contemplados en el programa se ejecutarán a través de la red de servicios de la Secretaría de Salud y de ONGs. El eje de las acciones será la atención integral a la niñez y a la mujer, a través de la cual se promoverá la lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación complementaria así como la provisión de los suplementos (vitamina A y hierro) para las dos poblaciones. El componente de protección alimentaria se ejecutara a través de ONGs y de organizaciones comunitarias. En el esquema inserto se muestra las relaciones entre las diversas instituciones participantes.

4.3. Sistema de Seguimiento y Evaluación

Este programa se operacionalizará usando procedimientos del Marco Lógico. Cada componente planteará los diversos niveles de objetivos propios de esa metodología: un Fin que se medirá basándose en términos del impacto que el programa tendrá en función de la reducción o erradicación de la prevalencia de la desnutrición crónica.

Los indicadores para evaluar el propósito se medirán por componente, basándose en los indicadores y medios de verificación de cada uno de estos. El programa se ejecutará apoyado en planes operativos anuales, los cuales especificarán metas en cuanto a cobertura y rendimiento en relación a las acciones a ejecutar (resultados esperados). La recolección de la información por cada componente planteado en el respectivo marco lógico, se hará de acuerdo a las normas e instrumentos de control que cada uno de los componentes tiene establecidos.

En el caso de la AIN, la práctica de este modelo durante varios años, ha permitido la aplicación de un sistema de registro de niños(as) atendidos y la evolución de su ganancia de peso y estado nutricional mediante un procedimiento de listados. El método de registro de los listados de AIN, constituirá el eje para otros componentes del programa, como es el de provisión de micronutrientes. Los demás componentes tendrán su propio sistema de registro de las acciones realizadas, las cuales a su vez permitirán elaborar informes semestrales y anuales para evaluar el avance en cuanto al rendimiento de las actividades programadas comparadas con las realizadas. Será necesario definir una instancia que posibilite la estandarización de los instrumentos de registro de la información y de la compilación y procesamiento de la información generada en relación a cada componente de acuerdo las agencias ejecutoras y en general del programa. (Ver Marco lógico de cada componente y del Programa General para mayor detalle en cuanto a indicadores y medios de verificación)

5. VIABILIDAD DEL PROGRAMA

5.1. Técnica (eficacia y efectividad de las intervenciones)

Las intervenciones a ser ejecutadas por el programa han demostrado ser efectivas para la reducción de la desnutrición. Los estudios muestran que la intervención prioritaria debe centrarse en los niños de seis meses a tres años, pues este período brinda una ventana de oportunidad para la prevención de la desnutrición y disminución del daño acumulativo e irreversible en el estado nutricional en etapas posteriores de la vida.

5.2. Institucional: Capacidad de las instituciones y unidades para ejecutar el programa.

La estructura institucional identificada para la gestión, ejecución y seguimiento del Programa es considerada como la más indicada para lograr de manera exitosa los objetivos y metas propuestas. En los últimos veinte años, no habido un sistema de coordinación inter-institucional mejor estructurado y con la visión tan amplia de país, como el desarrollado por la Red Solidaria y que es en principio un requisito para el éxito de este programa. Este, es a su vez complementado, por el acceso a un alto nivel de decisión política, que ha sido a lo largo de los años, razón suficiente para el aborto de muchas intervenciones nutricionales, que bien concebidas desde el punto de vista técnico, adolecieron del soporte político apropiado.

Vista la estructura institucional propuesta para la ejecución, las instituciones identificadas para la ejecución de los diversos componentes tienen la experiencia y credibilidad en las tareas e intervenciones consideradas. En el caso de la ejecución del modelo AIN-C, la Secretaría de Salud y varias ONGs ya conocidas, tienen la experiencia suficiente para operacionalizar una variante del mismo modelo con toda la facilidad del caso. Del mismo modo, la Secretaría de Salud, cuenta con un modelo de gestión para la prestación de servicios, que ha aprobado varias evaluaciones por parte de entes internacionales de cooperación.

5.3. Económica (eficiencia en la asignación de recursos).

Hasta el momento no se ha realizado un análisis costo beneficio del programa propuesto. Sin embargo, un análisis derivado de un estudio realizado por CEPAL para varios países de Latinoamérica, incluido Honduras, indica que este país, el nivel actual de desnutrición produce una pérdida anual de US\$ 48 millones, que se reduciría sustancialmente, invirtiendo en los próximos diez años, un promedio de tan solo US\$18 millones y generando un ahorro de US\$ 30 millones.

Similarmente, basados en estudios de distintas latitudes del mundo, una publicación del Banco Mundial "*Revalorización del papel fundamental de la nutrición para el desarrollo. Estrategia para una intervención en gran escala, 2006*", en el "Consenso de Copenhague se llegó a la conclusión de que las intervenciones del mismo tipo contenidas en el programa propuesto han demostrado ser costo - efectivas. Según este estudio, los beneficios generados por las intervenciones en nutrición se encuentran entre los más elevados considerando 17 posibles inversiones en desarrollo. Las inversiones en micronutrientes recibieron calificaciones superiores a las asignadas a aquellas orientadas a la liberalización comercial, el control del paludismo, mejoramiento del agua y el saneamiento. Los programas comunitarios destinados a los niños menores de 2 años también resultan eficaces en función de los costos para prevenir la desnutrición. "El suministro de micronutrientes es una inversión primordial" (Bhagwati y colaboradores, 2004). Según este mismo informe: "al reducir la desnutrición y la malnutrición por carencia de micronutrientes se reduce directamente la pobreza en su definición más amplia, que incluye el desarrollo humano y la formación de capital humano. Sin embargo, la desnutrición también está estrechamente vinculada a la

pobreza de ingresos". El costo beneficio de la suplementación con vitamina A en menores de 6 años es 4-43, la suplementación con hierro a embarazadas es 6-14, el enriquecimiento con hierro (per capita) es 176-200 y los programas integrados de atención infantil es de 9-16 (Behrman, Alderman y Hoddinott -2004).

A prima facia, la inversión requerida por este programa puede ser bastante alta, pero según una apreciación del FMI respecto a la solvencia económica de Honduras, se observa que las circunstancias económicas externas del país son en general favorables y las iniciativas de alcance regional están estimulando una nueva dinámica de cooperación y desarrollo. El alivio de la deuda, incluyendo el brindado recientemente a Honduras por parte del BID, le brinda al país respaldo financiero para nuevos programas, aunque se requiera el cumplimiento de diversas condicionalidades. Honduras, según lo reporta la mencionada apreciación, "fue uno de los primeros países que cumplió los requisitos para acogerse a la Iniciativa para el Alivio de la Deuda Multilateral. Gracias a ello, el Estado pudo recibir alivio de la deuda por parte del FMI debido a que su desempeño económico general fue satisfactorio, avanzó en la orientación de las políticas hacia la reducción de la pobreza y mejoró la gestión del gasto público.

Los resultados positivos del programa económico hondureño son claros. En el pasado Honduras pagó caro la falta de continuidad en la orientación adecuada de las políticas, pero, dado que el programa económico se mantuvo en su cauce durante el reciente período electoral, el país pudo mantener la estabilidad macroeconómica que constituye la base para lograr un mayor crecimiento, crear más puestos de trabajo y reducir la pobreza."²⁸

"Dos tercios de los hondureños siguen sumidos en la pobreza, y este es el reto fundamental para la nación de cara al futuro. El FMI apoya firmemente el compromiso del gobierno de la Administración actual de intensificar la lucha contra la pobreza. Los esfuerzos para consolidar la estabilidad económica y reducir la pobreza deben ir aunados. Los esfuerzos del gobierno por enfocar el presupuesto en la reducción de la pobreza y en una mejor calidad del gasto constituyen un paso en la dirección correcta. Estas medidas ayudarán a Honduras a lograr un avance sostenido hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, uno de los cuales postula la reducción de la pobreza extrema a la mitad para el año 2015".⁽²⁵⁾

Lo anterior muestra que el país debe hacer un compromiso en incrementar el porcentaje del PIB dedicado a este tipo de programas enfatizando en el presente programa como eje de su esfuerzo por lograr un mayor desarrollo de capital humano como estrategia de combate a la pobreza. De implicar mayor endeudamiento, el cual será requerido posiblemente, se debe garantizar el logro de los resultados en términos de un verdadero desarrollo del capital humano que a largo plazo repercuta en mayores rendimientos y mayor eficiencia en la generación de riqueza y crecimiento económico, compensando así en el mediano y largo plazo la carga crediticia.

28 Rodrigo de Rato Director Gerente Fondo Monetario Internacional. Honduras Tiene una Nueva Oportunidad Histórica. *La Tribuna*. 1 de Marzo 2006.

6. INDICE ALFABETICO DE ABREVIATURAS

ADRA	Agencia Adventista para el Desarrollo y Servicios Sociales
AECI	Agencia Española de Cooperación Internacional
AIEPI	Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
AIN	Atención Integral a la Niñez
AIN-C	Atención Integral a la Niñez con participación Comunitaria
BID	Banco Interamericano de desarrollo
BM	Banco Mundial
CARE	Cooperativa de Remesas al Exterior
CCF	Christian Children Fund
CESAMO	Centro de Salud Medico Odontológico
CESAR	Centro de Salud Rural
DTN	Defectos del Tubo Neural
ENCOVI	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida
ENDESA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ENESF	Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar
ERP	Estrategia de Reducción de la Pobreza
FHIS	Fondo Hondureño de Inversión Social
FMI	Fondo Monetario Internacional
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
INCAP	Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
INHFA	Instituto Hondureño de la Familia
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
L	Lempiras (Moneda Nacional. L.1= US \$ 19.02)
ONG	Organismo No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIB	Producto Interno Bruto
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNSAN	Programa Nacional de Seguridad Alimentaria Nutricional
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PRAF	Programa de Asignación Familiar
RESSCAD	Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana
SAN	Seguridad Alimentaria Nutricional
SICA	Sistema de la Integración Centroamericana
SNU	Sistema de Naciones Unidas
UNAT	Unidad de Apoyo Técnico
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UPEG	Unidad de Planificación, Evaluación y Gestión
USAID	Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos
WV	Visión Mundial

7. ANEXOS

SUMARIO

- I. Marco lógico general del programa "hacia la erradicación de la desnutrición crónica" Honduras 2007