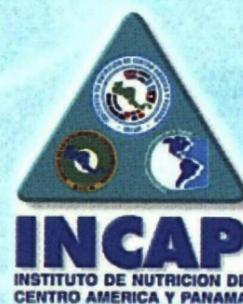




ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN HONDURAS: DOCUMENTACIÓN CRONOLÓGICA DE LAS ENCUESTAS NACIONALES (1954-2004)

JULIO 2006



**Organización
Panamericana
de la Salud**

*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

Coordinado por Adriana Hernández, INCAP/OPS Honduras

Este documento fue realizado con el apoyo técnico y financiero del INCAP/OPS

Fotografía: Adriana Hernández

www.paho.org

www.paho.who.hn

www.incap.paho.org

**ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN
EN HONDURAS:
DOCUMENTACIÓN CRONOLÓGICA
DE LAS ENCUESTAS NACIONALES
(1954-2004)**

JULIO 2006

Presentación

Son muchos los esfuerzos y recursos que en el área de nutrición en Honduras se han invertido con el fin de contribuir a disminuir la prevalencia de la desnutrición que afecta a la niñez limitando sus oportunidades y circunscribiéndola en un círculo de pobreza y subdesarrollo humano.

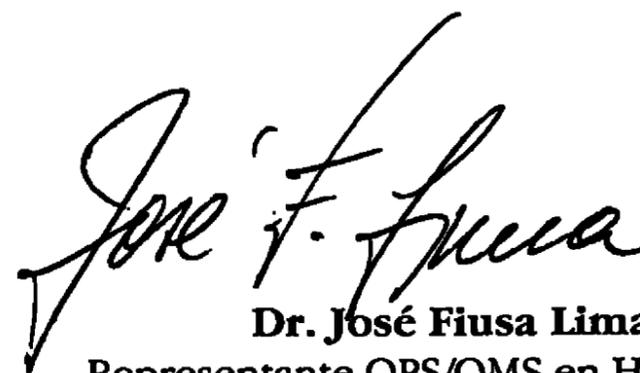
Para la Oficina de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), es un privilegio contribuir con la recopilación de los principales estudios nutricionales realizados a nivel nacional en Honduras en un solo documento de consulta.

Estos estudios se han venido realizando por mas de cinco décadas y fueron inicialmente impulsados por el INCAP/OPS como parte de su contribución científica, con el propósito de disponer de información para la toma de decisiones, elaboración de políticas, programas y proyectos, que de una u otra forma, han permitido avanzar en el crecimiento del desarrollo humano de la población hondureña. Posteriormente otras agencias e instituciones se han venido sumando para apoyar la realización de estudios similares.

El presente documento es apenas una primera aproximación, que se espera enriquecer de la experiencia de aquellos que durante años han contribuido con su trabajo a mejorar las condiciones de vida de la población con el único afán de ver una Honduras saludable, con una niñez con mejores oportunidades y mejor calidad de vida.

Confiamos que este documento sea de mucha utilidad tanto para el sector académico como para los que tienen la responsabilidad en cada periodo de gobierno, de llevar la gerencia de programas y proyectos de alimentación y nutrición, tanto a nivel gubernamental como privado, y que tienen de esta forma el compromiso de contribuir a mejorar la situación de aquellos grupos vulnerables y focalizar en las áreas geográficas que mas requieren el apoyo de dichos programas y proyectos, esperando que encuentren en este documento la información y evidencia necesaria para la acertada y oportuna toma de decisiones.

Para conocer los resultados de estos programas y proyectos, es indiscutible que el componente de seguimiento, monitoreo y evaluación se implemente eficazmente, y para ello motivamos a los responsables de dichas iniciativas para que este aspecto logre concretizarse como un compromiso técnico y moral de todos.


Dr. José Fiusa Lima

Representante OPS/OMS en Honduras



Índice

	<i>Página</i>
INTRODUCCIÓN	1
ENCUESTAS NACIONALES	3
CENSOS DE TALLA	17
SITUACION DE LOS ALIMENTOS FORTIFICADOS	23
OTROS ESTUDIOS RELEVANTES	29
COMENTARIOS Y REFLEXIONES	45
LISTADO DE ESTUDIOS	49

Introducción

El presente documento tiene sus raíces en la necesidad de disponer, de manera cronológica, la información nutricional que en el país se ha producido hasta la fecha, con el propósito de establecer la situación nutricional de la población hondureña; identificar las decisiones tomadas, darles seguimiento y definir las lecciones aprendidas para avanzar en función del conocimiento generado y tratar de acelerar la velocidad de disminución de la desnutrición, y contribuir de esta forma a alcanzar el objetivo del milenio #1 y a incidir en los restantes objetivos.

Para la elaboración del presente estudio se contó con el apoyo técnico y financiero del INCAP/OPS con sede en Guatemala, y una consultora fue contratada específicamente para la identificación de los principales estudios y encuestas nutricionales que se han realizado a nivel nacional en Honduras, además de brindar colaboración en la edición final del documento.

La documentación se obtuvo mediante diversas visitas a instituciones y agencias del sistema de Naciones Unidas y a través de consultas electrónicas al INCAP/OPS en Guatemala que facilitó los documentos relacionados con el tema en mención, lográndose identificar más de 40 documentos.

Una vez identificados los documentos, se revisó cada uno de ellos para establecer la población objetivo, la representatividad (nacional, urbana, rural, departamental, municipal), los principales hallazgos, así como tratar de identificar las principales decisiones tomadas en su momento con dicha información. Además, se realizó un resumen con los hallazgos más importantes de cada uno de los estudios para facilitar su revisión.

El primer borrador fue presentado y discutido con una mesa de análisis en el tema de nutrición, que se ha venido conformando desde el año recién pasado, gracias a la convocatoria del Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Secretaría de Salud, lo cual permitió ampliar la información recopilada hasta el momento.

Como se decía anteriormente, esta es una primera aproximación de sistematización, misma que tendrá que ser actualizada con los nuevos hallazgos de estudios que se vayan definiendo en el área a nivel nacional.

El documento se presenta en 4 secciones: los estudios nacionales, otros estudios relevantes, la sección de comentarios a modo de reflexión, y el listado de estudios revisados con su respectiva ubicación.

**ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN HONDURAS:
DOCUMENTACIÓN CRONOLÓGICA
DE LAS ENCUESTAS NACIONALES
(1954-2004)**

ENCUESTAS NACIONALES¹

¹ Aquellos estudios descriptivos producto de una encuesta nacional que incluía datos antropométricos, datos referentes a carencias nutricionales, lactancia materna y caracterización calórica de consumo de alimentos.

N°	Nombre del Estudio	Principales Hallazgos	Uso de la Información
1	<p>Endemic goiter in Honduras.</p> <p>Autores: Ernesto A; Borjas MD, Nevin S Scrimshaw.</p> <p>En: American Journal of Public Health. 1954, 44 (11): 1411-1415</p>	<p>Con la creación del INCAP en 1950, se inician los estudios nutricionales desarrollados debido a que el primer indicador de alta mortalidad en el área eran las deficiencias nutricionales.</p> <p>La encuesta muestra que uno de cada cuatro (22.6%) de las personas en el país tenían la tiroides patológicamente agrandada. En el 14 por ciento era ligeramente visible con la cabeza en posición normal y un uno por ciento poseía nódulos discretos. A raíz del estudio el bocio endémico se consideró como un problema de salud pública y se recomendó la yodación de toda la sal de consumo humano.</p>	<p>Formulación de la Ley Nacional de Yodación de a Sal (1960)</p>

N°	Nombre del Estudio	Principales Hallazgos	Uso de la Información
2	<p>Evaluación Nutricional de la población de Centroamérica y Panamá. Honduras. Autores: Instituto de Nutrición de C.A y Panamá, Oficina de Investigaciones Internacionales de los Institutos Nacionales de Salud (EEUU); Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 1969. 124 p. Realizada de septiembre a noviembre del año 1966. Propósito: Brindar datos básicos sobre los problemas nutricionales. Se esperaba aportar con ella abundantes datos esenciales para la formulación del plan nacional de salud y un lineamiento amplio para la evaluación de programas de nutrición aplicada.</p>	<p>La población hondureña en 1966 era de 2.1 millones de personas. Muestra: 600 familias de 30 comunidades con representatividad rural (20 viviendas en cada comunidad). San Pedro Sula fue seleccionada para la representatividad urbana con una muestra de 100 viviendas. Se logró examinar al 70.3% de la población meta. Las características analizadas fueron: examen clínico nutricional, prevalencia de diabetes y CV, maduración ósea y condición física, exámenes bioquímicos y hematológicos, estudios dietéticos, así como características del medio ambiente (socioculturales, economía agrícola, tecnología de alimentos y características inmunológicas y patológicas). Entre los principales resultados se encontraron: que el maíz es la principal fuente de proteína. La prevalencia de signos clínicos sugiere que el 21.4% de los niños menores de 5 años sufren de deficiencia proteica. Solo el 6% de las familias consumían cantidades iguales o mayores a las recomendadas de Vitamina A. y los estudios bioquímicos confirmaron un problema serio de salud pública, (mayor en el área rural). Solo el 16.5% de las familias consumían un valor superior a lo recomendado de riboflavina. El 27% se catalogaron en categoría baja y 5.4% en deficiente. Se identificó 10% de prevalencia de anemia. Se encontró un nivel deficiente de folatos séricos en el 13% de la población rural estudiada, y del 33% en la urbana. La deficiencia de vitamina B12 es relativamente rara (1%). Se encontró que el 83% de la población tenía niveles aceptables y altos de tiamina. Se encontró que el 97% de la población tenía un consumo amplio de niacina. Se evidenció un adecuado consumo de Acido Ascórbico en la población en general. Sin embargo, el bocio representa un severo problema de salud con 17% de prevalencia (21% mujeres y 8.9% en hombre). El consumo de calcio es superior a los requerimientos. Se tomó un total 17 medidas antropométricas. De acuerdo a la referencia de IOWA, a los 12 meses de edad el promedio de los niños hondureños tienen un peso equivalente al de un niño normal de 7 meses de edad y a la de dos años de edad corresponde el peso del de un año. Con respecto a la talla, los niños de 5 años de edad están atrasados casi 1.5 años en relación al estándar. La talla promedio para los hombres y mujeres adultos mayores de 20 años de edad fue de 165.3 y 153.4 cm respectivamente.</p>	<p>Se organizó el programa de yodación de la sal.</p>

Nº	Nombre del Estudio	Principales Hallazgos	Uso de la Información
3	<p>Perfiles dietéticos según el nivel socioeconómico en Honduras. 1976. Autores: Flores, Marina. INCAP</p> <p>En: Archivos Latinoamericanos de Nutrición. XXVI (4): 401-423, 1976.</p>	<p>Con el fin de contar con un estudio descriptivo de la situación alimentaria del área rural de Honduras, se llevó a cabo una serie de encuestas dietéticas de familias y niños preescolares, aplicando el método de registro diario de tres días. La muestra objeto de este estudio fue extraída de la misma que se incluyó en la evaluación nutricional del país realizada en 1966.</p> <p>Para establecer los perfiles dietéticos de los diferentes grupos de población se combinó la información socioeconómica de las familias con los datos provenientes de las encuestas dietéticas de familias y niños. De esta forma se obtuvo el consumo promedio de alimentos a nivel familiar y a nivel de los preescolares. Se encontró que el consumo de los principales alimentos está supeditado al grado socioeconómico de la familia, pero que las deficiencias alimentarias están determinadas también por otras condiciones ecológicas, tales como la baja disponibilidad de los alimentos y factores culturales.</p>	<p>Elaboración de canasta básica familiar</p> <p>Inicio de elaboración de guías familiares de alimentación</p>

N°	Nombre del Estudio	Principales Hallazgos	Uso de la Información
4	<p>Encuesta Nacional Salud Materno Infantil-1984.-</p> <p>Autores: UNICYT</p> <p>Nivel nacional 5,771 viviendas, visitadas 88% de 5,454 mujeres elegibles entre 15-44 años entrevistadas. Recolección y análisis de información sobre fecundidad, mortalidad infantil, lactancia materna, la partera tradicional, inmunización, diarreas y planificación familiar. También se recolectó información sobre agua, disposición de excretas, y electricidad de viviendas.</p>	<p>Agua, Excretas y Electricidad. El 25% de las viviendas dispone de agua potable intradomiciliar, 52% en Teg/SPS, y 9% en áreas rurales. 31% de las viviendas tenían Inodoro, 80% en Teg/SPS y 6% en áreas rurales. El 56% de las viviendas rurales no tenían facilidades de disposición de excretas. El 44% de las viviendas tenían electricidad, 95% Teg/SPS y 13% en áreas rurales.</p> <p>Fecundidad, Natalidad y Mortalidad Infantil. Las mujeres de 40-44 años de edad tenían un promedio de 6.6 nacimientos vivos. La tasa de fecundidad total (TFT) se estimó en 5.5 (oct /82-oct/84), y 5.3 (oct/83-oct/84). La tasa de natalidad es de 37 a nivel nacional, 34 a nivel urbano y 39 a nivel rural. La TM estaba entre 71 y 85 muertos por cada mil nacidos vivos.</p> <p>Embarazos, Parto y Puerperio. El 83% de las mujeres recibió atención prenatal. El 65% recibió atención institucional y 46% de la partera tradicional (PT); 28% recibieron ambos. El 59% de las mujeres hicieron atención prenatal en los primeros 3 meses de embarazo, y el 90% antes de los 6 meses.</p> <p>Vacuna Antitetánica. Dos tercios de las mujeres dijeron no estar vacunadas, 15% tuvo una sola dosis, 22% dos ó mas.</p> <p>Puerperio y Control del Niño. Sólo un 28% de las mujeres hicieron control puerperal. El 84% de madres llevaron a sus hijos a control. de crecimiento durante los primeros 3 meses (79%) y para vacunación.</p> <p>Lactancia Materna y Amenorrea Puerperal. La duración promedio de lactancia materna (LM) es de 16.2 meses, 19.0 meses a nivel rural y 11.7 meses a nivel urbano. Comparando entre ENPA/81, se observa un incremento de un mes en el promedio general, aunque en el área urbana aumentó de 9.6 a 11.7 meses. Antes de los 3 meses del hijo solo el 44% de madres están lactando exclusivamente con leche materna, que disminuye a 24% durante los 5 meses. Otros tipos de leche es el alimento complementario que más tempranamente se introduce en la dieta del niño (45% en los niños de 0-2 meses). La duración promedio de la amenorrea puerperal es de 11 meses.</p> <p>Diarrea. El 20% de los niños menores de 5 años tenían diarrea, de estos, solo un 24% buscó atención institucional, y de ellos, el 98% recibió tratamiento. En total, de los niños con diarrea, el 18% usó LITROSOL.</p>	<p>Formular y reforzar los planes nacionales de desarrollo en función de los grupos de población más vulnerables y en zonas de mayor pobreza y postergación. Se establecieron las bases para el inicio de la promoción de la lactancia materna y la IHAN.</p>

N°	Nombre del Estudio	Principales Hallazgos	Uso de la Información
5	<p>Encuesta Nacional de Nutrición Honduras, 1987 Autores: Ministerio de Salud Pública, MSH, INCAP Muestra = 3,976 viviendas, representatividad por regiones de salud. Componentes: Socioeconómico: Escolaridad, ocupación, vivienda, alfabetismo, saneamiento básico, accesibilidad a los servicios de salud, disponibilidad y producción de alimentos. Antropométrico: Del menor de 5 años Salud: Inmunizaciones Morbilidad, mortalidad, y alimentación infantil. Bioquímico: Anemias y vit. A en <5 años y MEF Fortificación de alimentos: Sal y azúcar. Consumo de alimentos Familia y en el niño entre 18 y 59 meses de edad, patrón alimentario y consumo proteico calórico.</p>	<p>A nivel nacional, solo en el 30.1% de los hogares encuestados se encontró un nivel adecuado de yodo en la sal. Las regiones sanitarias con la mayor proporción de hogares con niveles inaceptables de yodo en sal fueron la #4 (86.6%), la #5 (82%) y la #2 (79.5%). El 18.3% de los niños menores de cinco años de edad se encontraban afectados de desnutrición (peso/edad, <-2DE), y el 1.4% de sobrepeso (>+2DE). El 31.6% se encontraba afectado de retardo en crecimiento (talla/edad, <-2DE). El 3.7% se identificó con desnutrición aguda (peso/talla, <-2DE). La región sanitaria mas afectada por retardo en crecimiento en la población infantil fueron la #5 (48.9%) y la #2 (43.5%). La deficiencia de hierro, la deficiencia de vitamina A y los desórdenes por deficiencia del yodo (DDY) se han identificado como un problema de salud pública en Honduras desde hace algún tiempo. La encuesta nacional de 1987 indicó que la ingesta de hierro y vitamina A eran deficitarias. Esta última estaba por debajo de los 300 µm/diarios en tres de cada cuatro hogares y que, en promedio, cubría menos del 50% de la cantidad diaria recomendada. Menos del 20% de la ingesta de hierro era de origen animal y en total fue inferior a 15 mg/per cápita/día en dos de cada tres hogares. Más de la mitad de los hogares consumieron menos del 80% de la ingesta diaria recomendada de hierro. El 16.5% de los niños de 1 a 4 años de edad se encontraban deficientes de hemoglobina, y el 16% de las mujeres en edad fértil (10 a 44 años de edad).</p>	<p>Reorientar y reforzar las acciones a nivel nacional y de las diferentes regiones de salud en relación a su problemática alimentaria y nutricional.</p>

N°	Nombre del Estudio	Principales Hallazgos	Uso de la Información
6	<p>Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos, Honduras, 1987</p> <p>Autores: Ministerio de Salud Pública, MSH, INCAP/OPS</p> <p>Estudio realizado a nivel nacional, con representatividad por regiones de salud. Forma parte de la Encuesta Nacional de Nutrición, 1987, de la cual se tomó una sub muestra de 1,049 viviendas. Se utilizó el método "Recordatorio de 24 horas" complementado con el peso directo de alimentos. Su objetivo fue determinar la situación alimentaria familiar y del niño entre 18 y 59 meses de edad, caracterizar el patrón alimentario, el valor nutricional de la dieta.</p>	<p>Consumo promedio de alimentos a nivel familiar. <i>Derivados lácteos:</i> 190grs, el mayor en la Región Metropolitana (281g) y el menor en la Región 4 (199g); <i>Carnes:</i> 51g, el mayor consumo en las regiones metropolitanas, 3 y 6 y menor en la 2 y 5. La mitad de las familias no consumió carne el día previo a la entrevista, la carne de res fue la más consumida; <i>Huevos:</i> 25g, el mayor consumo en la metropolitana y el menor en las regiones 1, 4 y 7; <i>Frijol:</i> 64g, el más alto en la región 7 con 86.6g y el más bajo 43.7g en la metropolitana; <i>Cereales</i> (los más consumidos), maíz con 260g y el arroz con 41.6g; <i>Tomate y chile</i> (consumo familiar per cápita más alto), generalmente preparados como condimento de otras comidas. <i>Raíces y papas</i> 23% y <i>Frutas</i> 36%. El 97% de las familias consume un promedio de 40g de azúcar por persona. Un 88% reportó consumir grasas con un promedio per cápita de 28g., el 92% de las familias consumió café en un promedio de 9g por persona y el 21% reportó el consumo de bebidas gaseosas.</p> <p>Valor nutricional de la dieta familiar. Alrededor de la mitad de las familias consumieron menos de 2000Kcal. De estas, un 40% tuvo una ingesta menor de 1900Kcal. Siendo la región 4 la más afectada con un déficit de 200Kcal. El 16.2% consumió menos del 90% de lo recomendado. El 54% mostró una proporción menor al 25% en el consumo de proteína de origen animal. Un 73% de las familias tuvo una ingesta de vitamina A inferior a la mitad de lo recomendado. En el 36% de las familias el 10% del hierro fue de origen animal.</p> <p>Valor nutricional de la dieta del niño de 18 a 59 meses. La ingesta de calorías, proteínas, Vit A y hierro aumentan con la edad pero no se cubren los requerimientos. Un 58.5% de los niños consumió menos de 1100 Kcal (requerimientos entre 1300 y 1499 Kcal) una cuarta parte consume menos de la mitad de lo requerido.</p>	<p>Reorientación de las acciones nacionales y de las diferentes regiones de salud.</p>

N°	Nombre del Estudio	Principales Hallazgos	Uso de la Información
7	<p>Encuesta Nacional de Micronutrientes Honduras, 1996.</p> <p>Autor: Fundación Internacional de Ojos, Ministerio de Salud Pública, USAID, OMNI.</p> <p>Propósitos: Determinar en los niños de 12 a 71 meses de edad el estado de vitamina A con base en el nivel de retinol en plasma. Determinar en los niños de 12 a 71 meses de edad y sus madres la prevalencia de anemia con base en mediciones de hemoglobina y su estado nutricional con base en mediciones antropométricas. Determinar los niveles de yodo en la sal y de vitamina A en el azúcar a nivel doméstico.</p>	<p>En general, la situación económica y social es peor en las zonas rurales que en las urbanas y, entre las zonas rurales, las condiciones en la zona occidental y en el sur son peores que en el norte. Más de la mitad de los niños presentó síntomas de infección respiratoria, casi el doble de la prevalencia de diarrea. Predomina la desnutrición crónica (talla/edad) con 38.5% de los niños afectados, 24.5% con desnutrición global (peso/edad) y el 1.4% con desnutrición aguda (peso/talla). Se identificó el 13.6% con deficiencia de vit A y el 30.4% con anemia. El 80% de sal se encontró con buen nivel de yodo. Sin embargo, más del 45% en la zona del Occidente Rural y 55% en el Sur Rural no estaba yodada. La desnutrición, determinada también por el estado de micronutrientes, sugiere que la dieta es deficiente en cantidad y calidad. Los patrones de consumo de alimentos sugieren que la dieta es simple y limitada en verduras y frutas. El nivel de retinol del azúcar en el hogar se encontró a la mitad del estipulado en las normas para el sitio de producción. Los niños con una infección reciente incluyendo la diarrea, están en mayor riesgo de padecer anemia que los otros niños. Muchos de los niños anémicos no habían recibido suplementación con hierro. Las madres/cuidadoras tienden a ser bajas y con sobrepeso. Alrededor del 15% presentan riesgo obstétrico debido a su baja estatura y/o bajo peso corporal. Menos de una de cada diez mujeres presenta deficiencia crónica de energía, pero cerca de 3 de cada 10 tienen un exceso de peso de por lo menos el 20%. Hay casi tantas madres con deficiencia crónica de energía como con exceso de peso de 40% o más. Las madres con más de 30 años de edad presentan un riesgo mayor de exceso de peso que otras madres. Los patrones de dieta de las madres embarazadas, lactantes y no embarazadas son esencialmente similares. Los problemas vinculados con el exceso de peso podrían llegar a considerarse causa de preocupación además de la desnutrición, la infección y la hemorragia en las mujeres adultas pobres, especialmente las embarazadas. 1 de c/ 4 madres no embarazadas y 3 de cada 10 embarazadas están anémicas. Solamente la mitad de las madres había recibido hierro durante su último embarazo y alrededor de 1 de cada 8 madres había recibido vitamina A después del parto.</p>	<p>Reorientación de los recursos para la zona del Occidente Rural, especialmente en el sector salud. Concienciación en el personal de salud sobre el problema de anemia en los niños pequeños.</p>

N°	Nombre del Estudio	Principales Hallazgos	Uso de la Información
8	<p>Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar 1996.-</p> <p>Autores: SS, CDC, USAID, ASHONPLAFA</p> <p>Muestra: 7,505 mujeres entre 15 y 49 años Objetivo: obtener información sobre las tendencias y niveles actuales de los indicadores materno infantiles, lactancia materna, fecundidad, y conocimiento y uso de los métodos de planificación familiar.</p>	<p>El 69.2% de las viviendas a nivel nacional obtienen agua para beber de una llave dentro de la vivienda o de una llave en la propiedad, pero sólo 31.0% de las viviendas cuentan con inodoro lavable, mientras que el 53.4% tiene electricidad. La mortalidad infantil en Honduras para 1993 era de 42 muertos por mil nacidos vivos, cifra que refleja un descenso al compararla con la estimada para el año 1989 (50 por mil) a través de la encuesta de 1991/92. El descenso reciente de mortalidad infantil obedece a la disminución de la mortalidad post neonatal. Sin embargo, esta tasa sigue siendo alta. Las tres causas primarias de muerte neonatal de mayor importancia son: Trauma al nacimiento /asfisia, bajo peso al nacer/prematurez e infecciones respiratorias agudas. Las dos causas primarias con mayor frecuencia de niños que murieron en el periodo post neonatal son: diarrea/deshidratación e infecciones respiratorias agudas. El 96.0% de los niños nacidos en los últimos cinco años ha recibido el pecho materno alguna vez. La proporción de mujeres que da pecho al niño durante la primera hora post-parto, se ha incrementado de 34.3% en 1987 a 43.4% en 1996, a nivel nacional, la duración promedio de lactancia materna es de 17 meses, cifra que se ha mantenido sin variación desde 1987. Aunque la lactancia dura 17 meses, sólo por 2.1 meses promedio se da en forma exclusiva. Al llegar al sexto mes de vida, la lactancia exclusiva prácticamente desaparece. De los niños que nacieron desde enero de 1991, el 77.7% fue llevado a control de recién nacido. Las madres urbanas llevaron sus niños a control de recién nacido con mayor frecuencia (82%) que las rurales (74%). Los niños de las madres de nivel escolar superior tienen una proporción de 95% de asistencia, que disminuye a 71% en los niños de madres sin escolaridad. Entre 1987 y 1996 se observa una disminución en el porcentaje de niños de madres de 15 a 44 años de edad que fue traído a control del recién nacido, de 82% a 78%. El 37.8% de niños de 12 a 59 meses de edad se identificaron con desnutrición crónica, el 1.4% con desnutrición aguda y el 24.3% con desnutrición global. La prevalencia de anemia en los niños de 12 a 59 meses de edad fue de 32.6% y en las mujeres de 22.2% (15 a 49 años de edad).</p>	<p>Planeación y programación de actividades e intervenciones institucionales en salud y planificación familiar</p> <p>Reforzamiento de la promoción de la lactancia materna.</p>

N°	Nombre del Estudio	Principales Hallazgos	Uso de la Información
9	<p>Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar ENESF-2001 Encuesta Nacional de Salud Masculina ENSM-2001.</p> <p>Autores: SS, Ashonplafa, USAID, CDC, MSH, UNFPA</p> <p>La ENESF-01 es la séptima de las encuestas realizadas desde 1981, para ver tendencias de temas relacionados con la salud materna infantil. Propósito: mantener una evaluación periódica de la evolución de las condiciones de salud y del proceso de adopción de los servicios, especialmente los referidos a la salud de los niños y la salud reproductiva. Incluye nuevos módulos de nutrición, anemia en niños y sus madres y la escolaridad de los niños de 5 a 14 años de edad.</p>	<p>En general, el 95.8% de las madres informaron haber dado pecho a su último hijo nacido vivo. Las mujeres sin educación formal inician la lactancia mas temprano, el 25.9% da pecho a sus hijos dentro de los primeros 10 minutos, comparado con un 15.8% de mujeres con mayor educación. El 43.3% de los niños de 0 a 3 meses de edad fueron amamantados con lactancia materna exclusiva.</p> <p>El 18.4% los niños de 12 a 59 meses de edad se encontraron afectados por desnutrición global (peso/edad), el 29.9% de desnutrición crónica (talla/edad) y el 1.0% de desnutrición aguda (peso/talla). Con respecto a la prevalencia de anemia en este mismo grupo de edad, el 29.9% se identificó con este problema, y el 14.7% de las mujeres de 15 a 49 años de edad (no embarazadas).</p> <p>El 89.2% de niños de 12 a 59 meses con o sin carnet esta completamente vacunado con los 4 biológicos lo cual significa un incremento de casi 10 puntos porcentuales con relación a 1996. Individualmente la cobertura de cada biológico esta en alrededor del 95%.</p> <p>La diarrea sigue siendo la segunda causa mas importante de muerte en los menores de 5 años, las tasas mas altas se observan en el grupo de 6 a 23 meses de edad, precisamente cuando el proceso de desnutrición se inicia e instala. En esta encuesta la prevalencia de diarrea es de 22.5% y un 3.9% de los casos tenían una duración de 14 días o mas. Las infecciones respiratorias agudas continúan siendo la primera causa de morbilidad, mortalidad y demanda en servicios de salud en la niñez. La prevalencia para el 2001 es de 48.6%.</p>	<p>Diseño de nuevas políticas y programas, reestructuración de los actuales, y seguimiento a los procesos y nuevas iniciativas.</p>

N°	Nombre del Estudio	Principales Hallazgos	Uso de la Información
10	<p>Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. ENCOVI 2004. Autores: INE, Secretaría del Despacho Presidencial. Se realizó a nivel nacional con una muestra representativa que incorpora áreas rurales y urbanas de los 18 departamentos del país. Es una investigación de carácter multipropósito que permite conocer los diferentes aspectos y dimensiones del bienestar de los hogares. Incluye ingresos y gastos de las familias, y un conjunto de variables que describen los niveles de vida de los hogares, incorpora información sobre características de la vivienda, demografía, migración, educación, salud antropometría, mercado laboral</p>	<p>La ENCOVI estima en 7, 070,500 la población de Honduras (51.7% rural, 12.5% en el Distrito Central y el 7.6% en San Pedro Sula; por lo tanto el 20.1% de la población se concentra en estas dos ciudades, 41.8 % de la población urbana). El índice de masculinidad es de 0.95 y señala que en Honduras hay más mujeres que hombres (95 hombres por cada 100 mujeres). Este indicador es diferente en el área rural, donde se encuentran más hombres que mujeres. La edad promedio estimada es de 23.3 años. Las mujeres son, en promedio, un año mayor que los hombres (23.8 y 22.7 respectivamente); y la población rural (22.4) es mas joven que la urbana (24.2). Educación.- La tasa de analfabetismo a nivel nacional se estima en 17.7%. No hay grandes diferencias en cuanto a hombres y mujeres, pero si hay una gran brecha entre el área rural (26.5%) y el área urbana (9.5%). Mientras la población rural tiene en promedio 4.1 años de estudio, el área urbana tiene 6.8. La tasa de cobertura en primaria es de 89.8% en el país, 90.3% en el área rural y 89.1% urbana. La tasa de repitencia en primaria alcanza el 10.8% a nivel nacional y se incrementa dos puntos porcentuales en el área rural (12.7%), mientras que en el área urbana disminuye casi dos puntos porcentuales (8.3%). La repitencia en primer grado es la mas alta, llegando a ser 29.8% en el área rural. La tasa de deserción a nivel nacional es de 1.7%. Es mas alta en primer grado (4.4%) y disminuye a medida que aumenta el grado. Salud.- La cobertura de vacunación a nivel nacional es 86.1% siendo menor la cobertura urbana (84.4%) que la rural (87.4%). La prevalencia de diarrea en menores de cinco años es de 17.0%, y es mayor en el área rural (18.7%) que en el área urbana (14.9%). La diferencia entre el Distrito Central y San Pedro Sula es significativa (11.9% y 17.1% respectivamente). La prevalencia de neumonía en menores de 5 años, se estimó en 6.6%. La tasa mas alta es la del área rural (7.0%), la mas baja se registra en San Pedro Sula (4.9%). Empleo.- La población en edad de trabajar es de 5, 073,968, de los cuales 2, 569,579 son considerados como económicamente activos, por lo tanto se obtiene una tasa de participación de 50.6%. Esta relación es mayor para los hombres que para las mujeres (69.9% y 33.0% en ese orden). La diferencia entre la participación de hombres y</p>	<p>Formulación de políticas de nutrición y seguridad alimentaria.</p> <p>Planeación y programación de actividades e intervenciones.</p>

N°	Nombre del Estudio	Principales Hallazgos	Uso de la Información
10	(género, personas con problemas laborales, trabajo infantil y juvenil), ingresos y gastos, pobreza y otros temas de importancia.	<p>mujeres en el mercado laboral es mas marcada en el área rural, donde el 72.7% de los hombres en edad de trabajar esta económicamente activo, frente a un 25.5% de las mujeres. La tasa de Desempleo Abierto se estima en 5.9% para el país, 7.7% para el área urbana y 4.0% para el área Rural. Uno de los principales problemas del mercado laboral de Honduras es el Subempleo Invisible, condición en la que está el 27.8% de los ocupados del país. Situación que es mas grave en el área rural, donde el 36.7% de los ocupados trabaja mas de 36 horas semanales y gana menos del salario mínimo. El trabajo infantil en niños de 5 a 18 años, asciende al 14.5%, con marcadas diferencias, no solo entre las áreas urbanas y rurales sino en el aspecto de género. La Tasa de Trabajo Infantil masculina es de 21.8%; la femenina es de 7.1%. El 28.6% de los niños del área rural trabajan.</p> <p>Pobreza.- El ingreso per cápita de los hogares del país se estima en 1,740 lempiras. Mientras que en el caso del Distrito Central es de Lps. 3,509., en el área rural es de Lps. 944. La tasa de pobreza de los hogares hondureños se estima en 66.4% y en condición de pobreza extrema vive el 46.3% de los hogares hondureños. Si bien es cierto, hay diferencias en cuanto a pobreza entre el área urbana (72.1%) y rural (61.4), es la pobreza extrema la que evidencia la precaria condición en que viven la mayoría de los hogares rurales (32.3% área urbana y 62.2% en los hogares rurales).</p> <p>Nutrición.- Se identificó que el 26.2% de la población menor de cinco años de edad sufrían de retardo en talla, el 34.8% en el área rural y el 15.3% en la urbana. El 27.3% correspondía a hogares con jefe hombre y 21.7% con mujer. Existe una amplia brecha de desnutrición entre los hogares pobres (46.2%) y los menos pobres (4.2%). Se identificó una prevalencia de 47.2% de desnutrición crónica en los hogares con madres sin escolaridad y 3.7% con escolaridad. Por grupo de edad, el 30% de los niños de 12 a 59 meses se encontraron afectados de desnutrición crónica, y un 3% con sobrepeso. El consumo aparente fue de 2,242.8 calorías. Mayor (5%) en el área urbana 2,304.2 que en la rural 2,178.3. El mayor aporte calórico proviene de los granos (50%), grasas (11%) y lácteos (7.4%).</p>	

**ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN HONDURAS:
DOCUMENTACIÓN CRONOLÓGICA
DE LAS ENCUESTAS NACIONALES
(1954-2004)**

**ENCUESTAS NACIONALES:
CENSOS DE TALLA EN ESCOLARES**

N°	Nombre del Estudio	Principales Hallazgos	Uso de la Información
1	<p>Sexto Censo de talla en Escolares de Primer Grado-1996. Autores: Ministerio de Educación, Dirección General de Educación Primaria, Servicio de Alimentación Escolar de Honduras-SAEH</p> <p>Se recolectó información en el 93.2% de los escolares matriculados en primer grado comprendidos en edades de 6 a 9 años. Cobertura que varió entre los departamentos de Francisco Morazán, Cortés y Yoro, con los mayores porcentajes de participación, mientras que en Islas de la Bahía, Gracias a Dios y Ocotepeque fueron menores.</p>	<p>Se alcanzó una cobertura del 97.6%. Al analizar la situación nutricional de los escolares del primer grado, a nivel nacional, se encuentra que se caracterizó por un elevado porcentaje de niños y niñas con retardo en talla, siendo el promedio nacional de 37.97% de los cuales el 25.69% tenían retardo moderado y el 12.8% retardo severo, cifras bastante altas que permite concluir que existe gran número de escolares con desnutrición crónica. Los departamentos mas afectados continúan siendo Intibucá, Lempira, La Paz y Copán, presentando las menores prevalencias Islas de la Bahía, Gracias a Dios y Francisco Morazán. Es de hacer notar que Copán, tiene el mayor número de sus municipios con prevalencias altas, pero Intibucá presenta los municipios donde la magnitud del problema es mayor, ya que siete de ellos muestran los porcentajes más altos de desnutrición, llegando en uno de ellos a ser de 93.9%. Los niños con edades menores manifestaban las prevalencias más bajas y a medida que aumentaba la edad también se incrementaba el porcentaje de niños y niñas que presentaban un mayor índice de desnutrición, (28.21% para los escolares de 6 años, 40.7% para los de 7 años, 51.9% para los de 8 años y 58.9% para los de 9 años).</p> <p>El estado nutricional de acuerdo al sexo de los escolares, presentó también marcadas diferencias, encontrándose que los varones son los mas afectados (42.26% para el sexo masculino y 33.33% para el femenino). Los niños y niñas que asisten a escuelas oficiales, presentan prevalencias más altas que los de escuelas privadas (39.5% para las escuelas oficiales y 11.2% para las privadas). La repitencia constituye un factor que hace que esta proporción aumente ya que el 40.22% comprendidos en esta categoría presentaban retardo en talla, mientras que en los no repitentes, esta cifra fue de 37.35%. Los niños y niñas de las escuelas rurales presentaron prevalencias mayores que en las urbanas, siendo estos porcentajes de 44.66% y 26.24% respectivamente.</p>	<p>Criterios de focalización de los beneficiarios de los bonos</p> <p>Formulación planes de desarrollo en función de los grupos de población más vulnerables y en zonas de mayor pobreza y postergación.</p>

N°	Nombre del Estudio	Principales Hallazgos	Uso de la Información
2	<p>Séptimo Censo Nacional de Talla 1997 Autores: Secretaría de Educación, PRAF</p> <p>Se recolectó información de 234,111 escolares entre 6 y 9 años de edad, con una cobertura de 94.2% de los niños matriculados en el primer grado. Proporciona información sobre el estado de nutrición de los escolares, medidos a través del indicador talla para edad, en forma desagregada a nivel nacional, departamental y municipal, permitiendo establecer áreas geográficas específicas.</p>	<p>El censo se efectuó en 8,107 escuelas de los 297 municipios, de los 18 departamentos y contó con la participación de 10,200 maestros de primer grado. La cobertura a nivel de escuela fue de 97.3%. Un 45.3% de la población estudiada correspondió a escolares de 6 años, el 33.2% a los de 7 años, el 14.6% a los de ocho años y el 6.9% a los de 9 años. Es importante hacer notar que el 78.5% corresponde a los escolares de 6 y 7 años. El 51.7% correspondió al sexo masculino, el 94.9% asistían a las escuelas oficiales, el 63.4% vivían en el área rural y el porcentaje de repitentes fue de 21.4%. De los 234.111 niños, el 59.4% tenía una talla para su edad normal, mientras que la prevalencia promedio de retardo en talla encontrada fue de 40.6%, con un mínimo de 10.5% en Islas de la Bahía y un máximo de 68.05 % en Intibucá. Presentaron retardo moderado el 26.6% y retardo severo el 14.0%, cifras bastante elevadas que ponen de manifiesto la gravedad del problema nutricional de los escolares en todo el país. El grupo de edad que presentó las menores prevalencias fue el de 6 años (31.6%), porcentaje que se incrementa a medida que aumenta la edad, presentándose una mayor prevalencia en el grupo de 9 años (62.3%). El 47.6% de los escolares provenientes de escuelas rurales presentaron prevalencias mas elevadas de retardo en talla, mientras que en el área urbana fue de 28.5%. El estado nutricional de los escolares según sexo, mostró marcadas diferencias, encontrándose para el sexo masculino un 45.3%, mientras que para el femenino el 35.6%. Los niños y niñas que asistían a los centros educativos oficiales presentaron prevalencias mas altas (42.2%) que los de las escuelas privadas (12.1%). 12 de los 18 departamentos tenían un porcentaje de niños con retardo en talla superior al 37% y en cinco de la zona occidental, la prevalencia fue > 52% considerado de muy alto riesgo. Los departamentos Intibucá, Lempira, La Paz, Copán, y Santa Bárbara son los más afectados.</p>	<p>Criterios de focalización de los beneficiarios de los bonos.</p> <p>Gestión de políticas sociales.</p> <p>Formulación de los planes nacionales de desarrollo en función de los grupos de población más vulnerables y en zonas de mayor pobreza y postergación.</p>

N°	Nombre del Estudio	Principales Hallazgos	Uso de la Información
3	<p>Octavo Censo de Talla en Niños de Primer Grado año 2001. Autores: Presidencia de la República, PRAF</p> <p>Instrumento estadístico que recoge datos de edad, sexo y estatura de los niños de primer grado. El maestro toma las medidas auxiliado de: una cinta métrica, una escuadra, una cinta plomada y una hoja de registro de datos. Este Censo incluyó además, 3 preguntas en relación al tipo de piso, acceso al agua y bienes durables con que cuenta la vivienda donde vive.</p>	<p>El estado nutricional muestra mejoras respecto a la tendencia observada hasta 1997. La proporción de niños con estado nutricional normal sube de 59.37% a 63.76%, y la tasa de desnutrición total disminuye de 40.63% a 36.24%. Este descenso significa una variación de -10.8% durante el periodo 1997-2001.</p> <p>La tendencia de mejoramiento significa en términos absolutos, que los niños con crecimiento normal aumentaron de 138,999 a 151,129 durante el período 1997-2001. Los niños con desnutrición por su parte, han disminuido de 95,112 a 85,903. En términos relativos esto significa un incremento de 7.4% para el estado nutricional normal y de 10.8% para el riesgo de desnutrición. La tendencia descendente es más intensa en la desnutrición severa que en la moderada.</p> <p>La desnutrición refleja serias desigualdades socioeconómicas entre ambas áreas: urbana y rural. El número de desnutridos urbanos es 19,534 frente a 66,369 niños desnutridos rurales. Las tasas respectivas son 24.63% y 42.08%.</p> <p>Situación actual: Islas de la Bahía continúa en el Grupo Bajo. Al Grupo Moderado que incluía Atlántida, Colón, Cortés, Fco. Morazán y Gracias a Dios se le agregan cinco departamentos: Valle, Olancho, Choluteca, Yoro y El Paraíso. El Grupo alto se reduce de 7 a 3 (Comayagua, Ocotepeque y Santa Bárbara).</p> <p>El Grupo Muy alto permanece con los departamentos que históricamente han mostrado la incidencia más alta de desnutrición, incluye: Copán, La Paz, Lempira e Intibucá.</p>	<p>Para el diseño de mapas de pobreza Formulación de la Estrategia de Reducción de la Pobreza Focalización de programas y proyectos de desarrollo.</p> <p>Identificación de las comunidades urbanas y rurales donde los índices de desnutrición son más altos y donde la incidencia de la desnutrición severa es mayor.</p>

**ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN HONDURAS:
DOCUMENTACIÓN CRONOLÓGICA
DE LAS ENCUESTAS NACIONALES
(1954-2004)**

**ENCUESTAS NACIONALES:
SITUACIÓN DE LOS ALIMENTOS FORTIFICADOS**

N°	Nombre del Estudio	Principales Hallazgos	Uso de la Información
1	<p>Situación de los Alimentos Fortificados Honduras 2000. Autores: Control de Alimentos, INCAP/OPS.</p> <p>El presente documento es un resumen del estado de la fortificación de alimentos en Honduras en el año 2000 y se ha preparado con el propósito de ilustrar su situación, el trabajo interinstitucional y proponer que se publique un informe similar en forma anual que sea útil para los técnicos y los tomadores de decisión.</p>	<p>La Encuesta de Micronutrientes de 1996 reveló que el 38% de los niños hondureños entre 12 y 71 meses de edad tiene baja talla para su edad; el 24% tiene bajo peso para su edad y el 1% tiene bajo peso para su talla. Esto significa que casi dos de cada cinco niños tienen retraso de talla y uno de cuatro está bajo de peso. De la misma encuesta se obtiene la información de que la dieta es deficitaria, ya que, menos de una tercera parte de los niños consumió leche líquida, sólo alrededor del 10% de los niños comió algún tipo de queso, y cerca del 40% de los niños comió huevos y carne de pollo o pescado. Las verduras consumidas con mayor frecuencia fueron cebollas, tomates y chile dulce. El consumo de azúcar y café esta muy difundido.</p> <p>El estado de la población en relación a los niveles de hemoglobina indica que el 30% de los niños entre 12 y los 71 meses de edad estaba anémico. Esto contrasta con sólo 13% con deficiencia subclínica de vitamina A. La situación del estado nutricional de la población en cuanto al yodo es aparentemente satisfactoria, juzgando por los niveles encontrados en orina de escolares de las zonas consideradas de alta prevalencia. Esta mejoría del estado nutricional en vitamina A y yodo se atribuyó al programa de fortificación del azúcar con vitamina A y sal con yodo, respectivamente.</p> <p>En 1996, con el apoyo del INCAP/OPS, Honduras confirmó que la prevalencia de bocio era un problema de salud pública. Como estrategia para controlar y prevenir los desórdenes por deficiencia de yodo, adoptó la yodación de la sal con importantes logros. En 1999, el Proyecto Tiromóvil determinó, que la zona central del país, considerada endémica, tenía una prevalencia de bocio de 3.5%, cifra que está por debajo del criterio de 5% que establece la OMS para identificarlo como un problema de salud pública. El reto de Honduras es alcanzar la universalidad de la yodación de la sal, mejorar su calidad, eliminar las impurezas y reducir la humedad y el tamaño del cristal. Lo anterior permitiría la fluoración de la sal, ya que la alta prevalencia de caries dentales y enfermedades periodontales en escolares están bien documentadas.</p>	<p>Controlar y prevenir las deficiencias de vitamina A, hierro y yodo,</p> <p>Evidenciar que la fortificación del azúcar, harina de trigo y sal, es eficiente para prevenir y controlar los micronutrientes deficitarios en la población.</p>

N°	Nombre del Estudio	Principales Hallazgos	Uso de la Información
2	<p>Situación de los Alimentos Fortificados Honduras 2001. Autores: INCAP/OPS, UNICEF, SS, División Control Alimentos</p> <p>La Secretaría de Salud de Honduras decretó desde los años sesenta, la fortificación de la sal con yodo, azúcar con vitamina A y harina de trigo con hierro. En sus inicios se contó con el apoyo de USAID para luego unirse a este esfuerzo UNICEF; INCAP/OPS y en los últimos dos años, la Iniciativa de Micronutrientes (MI) de Canadá.</p>	<p>La Encuesta de Micronutrientes de 1996 (ENM) demostró que la reducción de la prevalencia de la deficiencia de vitamina A ha sido importante, de 40% a 13% en los niños de 12-71 meses, comparada con la Encuesta Nacional de Nutrición de 1987. En comparación con la ENM, la ENESF-01 reveló que la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro sufrió un descenso importante de 43% en mujeres en edad fértil (de 25.8% a 14.7%), no así en los niños de 12 a 59 meses de edad, cuya disminución fue únicamente de 11% (de 33.5% a 29.9%). Esto es adjudicable, sobre todo a la fortificación, ya que la cobertura de la suplementación con hierro alcanzó 34% en los niños de 6-11 meses, 48% en los de 12-59 y 43% en embarazadas.</p> <p>En el año 2001, el 88.6% de las muestras de sal provenientes de hogares contenía niveles de yodo de acuerdo a lo establecido en el reglamento vigente, con un promedio de 73 ppm. El 49% de muestras de azúcar y el 97% de muestras de pan tenía niveles permitidos de vitamina A y hierro con promedios de 6.8 ppm y de 77 ppm respectivamente. Estos resultados alentadores son coherentes con la disminución de la desnutrición crónica a 29% y la global a 15.6% en la población de 3-59 meses de edad, según la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF 2001) realizada por la Secretaría de Salud, ASHONPLAFA, USAID y CDC en el año 2001.</p>	<p>Armonizar las leyes y los procesos en esta área.</p> <p>Evidenciar que la fortificación del azúcar, harina de trigo y sal, es eficiente para prevenir y controlar los micronutrientes deficitarios en la población.</p>

N°	Nombre del Estudio	Principales Hallazgos	Uso de la Información
3	<p>Situación de los Alimentos Fortificados Honduras 2002. Autores: Secretaría de Salud, División Control de Alimentos, INCAP/OPS, UNICEF</p> <p>Este es el tercer documento de la serie "Situación de los alimentos fortificados en Honduras".</p> <p>Describe los resultados del monitoreo de los alimentos fortificados en Honduras durante 2002, incluyendo la sal con yodo, la harina de trigo con hierro, Ácido Fólico y otras vitaminas de complejo B, y el azúcar con vitamina A.</p>	<p>En el 2002, los análisis químicos en los alimentos fortificados revelaron que la yodación de la sal en plantas yodadoras siguió manteniendo niveles exitosos, ya que, el 94% de las muestras contenía niveles de yodo superiores a 50 ppm. El resultado del muestreo en hogares a través de Escuelas Saludables revela que el 91% de la muestras contenía concentraciones de yodo mayores de 15ppm, lo cual cumple con lo establecido a este nivel.</p> <p>En relación a la vigilancia del azúcar en hogares, también se cumple con el criterio de éxito, ya que, los datos muestran que el 97% de las muestras contenían niveles mayores a 3.5 ppm. Los análisis realizados en las muestras de galleta o pan tomadas en hogares indican que el 96% cumple con los niveles establecidos en un rango de más de 30ppm de hierro.</p> <p>Los avances que Honduras ha logrado en la fortificación de la sal con yodo son muy significativos, sin embargo, es necesario mantener los logros y avanzar en la mejoría de la producción de una sal de mejor calidad, es decir, aumentar la pureza, reducir la humedad y homogeneizar el tamaño del cristal, lo cual volverá la industria salinera hondureña mas competitiva en el libre mercado.</p>	<p>Armonizar las leyes y los procesos en esta área.</p> <p>Evidenciar que la fortificación del azúcar, harina de trigo y sal, es eficiente para prevenir y controlar los micronutrientes deficitarios en la población.</p>

N°	Nombre del Estudio	Principales Hallazgos	Uso de la Información
4	<p>Situación de los Alimentos Fortificados Honduras, 2003, Autores: MOST, USAID, INCAP/OPS, UNICEF</p> <p>Este es el cuarto documento de la serie "Situación de los alimentos fortificados en Honduras".</p> <p>Este documento describe los resultados del monitoreo de los alimentos fortificados en Honduras durante 2003, incluyendo la sal con yodo, la harina de trigo con hierro, Ácido Fólico y otras vitaminas de complejo B, y el azúcar con vitamina A.</p>	<p>En la última década, Honduras ha logrado avances significativos en la reducción de la prevalencia de los Desórdenes por Deficiencia de Yodo. La manifestación más severa, el bocio, se redujo a 3.5% (Tiromóvil, 1999) y por Deficiencia de Vitamina A, la prevalencia descendió a 13% (Enc. Nac. de Micronutrientes, 1996). A pesar de que en el 2001 las tasas de anemia habían descendido significativamente en las mujeres en edad fértil y modestamente en el grupo de niños de 12 a 59 meses, la anemia todavía constituye un problema serio de salud, con una prevalencia de 30% en menores de 5 años, 45% en menores de 2 años y 15% en mujeres en edad fértil.</p> <p>La deficiencia de ácido fólico (principal causa de defectos del tubo neural y también causa de anemia) alcanzó una frecuencia de 3.3 por 1000 de los nacimientos en 2000.</p> <p>Los resultados indican que el 78.5% de las muestras de sal cumplían con lo establecido de yodo a nivel de hogares. En las muestras de sal, el 91% cumplía con el mínimo establecido de Vitamina A. el 100% de las muestras de harina de trigo y el 82% de las muestras de pan contenían niveles de hierro de acuerdo a lo establecido.</p> <p>La única estrategia implementada en Honduras para prevenir y controlar la deficiencia de yodo es la yodación de la sal. Los importantes avances en este programa colocan a Honduras en una situación ventajosa en el control efectivo de los Desórdenes por Deficiencia de Yodo (DDY) mediante la universalización de la yodación de la sal, ya que por casi una década, 80% o más de las muestras de sal recolectadas en los hogares contienen niveles aceptados de yodo.</p>	<p>Considerar la posibilidad de fortificar otros alimentos de consumo masivo. Mostrar resultados a nivel nacional como evidencia del compromiso político con respecto al control de las deficiencias de los micronutrientes.</p>

**ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN HONDURAS:
DOCUMENTACIÓN CRONOLÓGICA
DE LAS ENCUESTAS NACIONALES
(1954-2004)**

OTROS ESTUDIOS RELEVANTES

N°	Nombre del Estudio	Principales Hallazgos	Uso de la Información
1	Canasta Básica de Alimentos 1966	En base a 2,900 Kilocorías;	Estimación del salario mínimo.
	Adecuada de Costo Mínimo 1979-1983	Estimación de las necesidades mínimas de alimentos del el país, para ser incluidas en el plan nacional de desarrollo 1979-1983.	Elaboración de planes nacionales de desarrollo.
	Revisión de la Dieta Promedio, correspondiente a los años de 1978 y 1979.	A partir de datos recientes sobre consumo de alimentos a nivel familiar.	
	Canasta Básica de Alimentos 1981	Estimación de diferentes canastas para cubrir las necesidades promedio de energía y proteínas de la población hondureña, comprendiendo cada una de ellas un total de 16 productos alimenticios. CBA Ideal en base a 2,900 cal. CBA Promedio de 2,138 cal. CBA Mínima Promedio de 1,925 cal y CBA de subsistencia.	
	Canasta Básica de Alimentos 1991	Elaborada por la Secretaría de Planificación , Coordinación y Presupuesto SECPLAN a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Nutrición de 1987, considerando para ello 30 productos alimenticios para el nivel Nacional, por áreas: Urbana, Metropolitana y Rural; Por Regiones: Norte, Sur, Oriente y Occidente Estimación en base a costo y no en función del consumo real.	
	Canasta Básica de Alimentos a nivel nacional Enero 2000-dic. 2006	Para una familia promedio de cinco personas enero del 2000 dic. 2006, periodicidad trimestral, Diario y mensual, Nacional, por áreas: Urbana, Metropolitana y Rural; Por Regiones: Norte, Sur, Oriente y Occidente Elaboradas a partir de datos proporcionados por el Banco Central, Secretaría del Trabajo y Seguridad Social.	

N°	Nombre del Estudio	Principales Hallazgos	Uso de la Información
2	<p>Encuesta Nacional de Nutrición, Región Metropolitana, 1987 Autores: Ministerio de Salud Pública, MSH INCAP</p> <p>Componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Socioeconómico: Escolaridad, ocupación, alfabetismo, vivienda, saneamiento básico, acceso a los servicios de salud, disponibilidad y producción de alimentos. - Antropométrico: Niño menor de 5 años. - Morbilidad, mortalidad, Inmunizaciones y alimentación infantil. - Bioquímico Anemias y vit. A en <5 años y MEF. - Fortificación de alimentos Sal y azúcar. - Consumo de alimentos En la familia y en el niño entre 18 y 59 meses de edad 	<p>En la relación de peso para la edad según el puntaje Z se encontró afectado un 13.5% de la población menor de cinco años de edad. Con respecto al retardo en el crecimiento (talla para la edad) la población afectada fue de 23.4% y de peso para talla se encontró un valor de 0.1%.</p> <p>Solo un 9% de la población menor de cinco años se encontraron deficientes en hemoglobina y 11% en hematocrito.</p> <p>El 18% de los niños estaban bajo control de crecimiento y desarrollo, y poco más de la mitad (54%) lo hacían mensualmente.</p> <p>El 90% de los menores de 2 años estaba recibiendo lactancia materna. El 47% inició la lactancia dentro de los primeros 10 minutos después del parto. De los niños lactados el 52% continuaba lactando al momento de la encuesta. De los que habían sido destetados, el 14% ocurrió durante el primer mes.</p> <p>El 78% de los niños había recibido agua en los primeros cuatro meses y el 60.4% otras leches.</p>	<p>Reorientar y reforzar las acciones a nivel nacional y de las diferentes regiones de salud en relación a su problemática alimentaria y nutricional.</p>

N°	Nombre del Estudio	Principales Hallazgos	Uso de la Información
3	<p>Encuesta Nacional de Nutrición Región de Salud No. 1, 1987 Ministerio de Salud Pública, MSH INCAP Componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Socioeconómico: Escolaridad, ocupación, alfabetismo, vivienda, saneamiento básico, acceso a los servicios de salud, disponibilidad y producción de alimentos. - Antropométrico: Niño menor de 5 años. - Morbilidad, mortalidad, Inmunizaciones y alimentación infantil. - Bioquímico Anemias y vit. A en <5 años y MEFI. - Fortificación de alimentos Sal y azúcar. - Consumo de alimentos En la familia y en el niño entre 18 y 59 meses de edad 	<p>En la relación de peso para la edad según el puntaje Z se encontró un 40.7%, de población menor de cinco años de edad afectada, el 50.6% respecto a talla para la edad y 6.6% de peso tara talla.</p> <p>El 18.3% se encontró afectado por anemia (hemoglobina) y 16.9% de acuerdo a valores deficientes en hematocrito.</p> <p>El 14.7% de los niños estaban bajo control de crecimiento y desarrollo, y el 41.3% lo hacían mensualmente.</p> <p>El 97.6% de los menores de 2 años estaba recibiendo lactancia materna. El 30.2% inició la lactancia dentro de los primeros 10 minutos después del parto. De los niños lactados el 69.4% continuaba lactando al momento de la encuesta. De los que habían sido destetados, el 10.8% ocurrió durante el primes mes.</p> <p>El 77% de los niños había recibido agua en los primeros cuatro meses.</p>	<p>Reorientar y reforzar las acciones a nivel nacional y de las diferentes regiones de salud en relación a su problemática alimentaria y nutricional.</p>

N°	Nombre del Estudio	Principales Hallazgos	Uso de la Información
4	<p>Determinantes de la Seguridad Alimentaria familiar en Honduras.</p> <p>Autores: Un Informe Sobre la Encuesta Nacional de Consumo, Ingreso, Gasto y Nutrición 1993/94 Nov. 1996.- ANRO, USAID, IMPACT</p> <p>Este estudio examina las causas de la inseguridad alimentaria familiar utilizando datos de la Encuesta Nacional de Consumo, Ingreso, Gasto y Nutrición.-1993-94 en una muestra de 2,772 familias representativas del país y de 6 subregiones (dominios): Tegucigalpa, San Pedro Sula y otras ciudades de tamaño mediano, ciudades pequeñas y las regiones rurales del norte/central, occidente y sur. no se incluyeron Islas de la Bahía y Gracias a Dios.</p>	<p>La prevalencia del retardo en el crecimiento (RC) en Honduras es alta en comparación con la región centroamericana. El 40% de los niños < de 5 años padecen de RC (talla/edad inferior a -2 DE). El 21% tiene bajo peso (peso/edad bajo) y la mayoría de ellos también padece de RC.</p> <p>La desnutrición aguda (bajo peso/talla), es poco común: solamente 2.4% de los niños la padecen; cifra que es comparable a la de Centroamérica.</p> <p>La adecuación calórica a nivel del hogar está asociada con la prevalencia del RC, pero no siempre se mantiene uniforme dentro de las regiones. Niveles de adecuación calórica más altos están asociados con prevalencias de RC más bajas. En los hogares con adecuación calórica superior al 120%, el 29% de los niños presentan RC. Aun a estos niveles altos de adecuación calórica los hogares rurales tienen prevalencias de RC mayores que los urbanos, lo que indica la importancia de las condiciones ambientales en la situación nutricional.</p> <p>La prevalencia del RC es más baja en el primer año de vida, aumenta bruscamente entre 1 y 2 años y se estabiliza después de los 2 años. Este patrón indica una vez más que los factores tales como la presencia de diarrea en los niños destetados, otros estados morbosos, y quizás prácticas puericulturales que no reconozcan la necesidad de una alimentación frecuente y con mucha atención para los bebés podrían estar contribuyendo al RC. La situación nutricional no demuestra evidencia de discriminación con base en el género en la distribución de alimentos o la atención de salud: no hay diferencias en la prevalencia del RC según el sexo del niño. Los niños que no padecen RC tienen mayor probabilidad de tener madres que tienen trabajo remunerado fuera del hogar que los niños con RC. Esta situación se da tanto en los niños menores de 2 años como en los de 2 años y más. La adecuación calórica no muestra una variación uniforme entre los dominios rurales y urbanos, aunque el Occidente Rural tiene el promedio de adecuación calórica más bajo y el porcentaje más alto de hogares que no alcanzan un 100% de adecuación calórica.</p>	<p>Formulación de políticas aplicables a las condiciones que prevalecen en la Región del Occidente Rural.</p> <p>Elaboración de las guías alimentarias.</p>

N°	Nombre del Estudio	Principales Hallazgos	Uso de la Información
5	<p>Salud y Nutrición. Un estudio de las encuestas de hogares. Nov. 1996. Autores: SECPLAN, BID, UNICEF, Ruta Social</p> <p>Analiza las Encuestas de Hogares de Propósitos Múltiples de 1990 a 1995; el Módulo de Condiciones de Vida agregado a las mismas en 1991, 1992 y 1993 y los resultados de la encuesta de Indicadores Socio-Económicos realizada por USAID (1994). Examina algunos de los indicadores en salud: prevalencia de las enfermedades comunes y de la desnutrición, distancia promedio al centro de salud, tipo de centro visitado, personal que brinda la atención y consumo promedio de calorías.</p>	<p>Este estudio indica que el perfil epidemiológico del país está caracterizado por la presencia de enfermedades infecto contagiosas. La mayor prevalencia de diarreas se observa en la zona rural sur y la de IRAS en la rural occidente.</p> <p>Igualmente los datos señalan altas tasas de desnutrición en la población <5 años; los más altos índices se observan en el área rural, donde aproximadamente 2 de cada 10 niños presentan déficit en relación a peso/edad y a peso/talla, y 5 de cada 10 en relación talla/edad.</p> <p>La gravedad del problema se presenta entre los niños(as) provenientes de los hogares mas pobres, sobresaliendo la zona rural occidente. Asociado al problema nutricional, el consumo promedio de calorías, (cal/día/adulto) de la población hondureña es sumamente bajo. La adecuación calórica asciende apenas a 76% a nivel nacional, 77% en el área urbana y 75% en la rural, observando el menor porcentaje la zona rural occidente (66%) y dentro de esta, el mas bajo porcentaje de consumo adecuado de calorías está entre la población de los hogares más pobres, con una diferencia de aproximadamente 35%. En el 5% de hogares más pobres los granos constituyen la principal fuente de calorías, con un aporte de 74% al total de calorías consumidas.</p> <p>En los primeros años de la década de los 90 los indicadores básicos de salud presentaron mejoras sustantivas en el promedio nacional, sin embargo, estos promedios esconden la existencia de grandes brechas entre diferentes sectores de la población hondureña: los pobres, los niños y los habitantes de las áreas rurales especialmente del occidente del país.</p>	<p>Análisis de las condiciones de vida en el país y evaluación de su evolución en el tiempo.</p> <p>Extensión de los servicios básicos de salud y mejoramiento de la calidad de los servicios prestados.</p>

Nº	Nombre del Estudio	Principales Hallazgos	Uso de la Información
6	<p>Sistematización del Modelo de Seguridad Alimentaria y Nutricional en Comunidades rurales del Occidente de Honduras. Feb. 1998 Autores: INHESCO</p> <p>El Instituto Ecuménico de Servicios a la Comunidad (INEHSCO) realiza en el occidente rural de Honduras una intervención en salud que busca el desarrollo integral del ser humano. Parte de esta intervención en salud se relaciona con el campo de la alimentación y de la nutrición. La presente sistematización busca documentar el proceso de trabajo de INEHSO en comunidades rurales del occidente de Honduras, y ofrecer además los resultados preliminares en materia de seguridad alimentaria y nutricional que los mismos están dando en la actualidad.</p>	<p>El Occidente rural de Honduras ha sido tradicionalmente la zona mas afectada por el subdesarrollo. Esta zona comprende el área rural de los departamentos de Copán, Santa Bárbara, Intibucá, Lempira, y Ocotepeque. En la encuesta de micronutrientes realizados en 1996 a nivel nacional, el dominio que correspondía al occidente rural contó con los índices de desnutrición más altos del país.</p> <p>El patrón alimentario de consumo muestra como único producto consumido en el 100% de los hogares la tortilla de maíz, en segundo lugar los frijoles. El 97% de las calorías que consumen las familias en un día proviene de estos alimentos siendo el mayor consumo calórico proporcionado por las tortillas de maíz en un 50%. El patrón alimenticio de esta población rural es netamente de autoconsumo predominando los cultivos locales lo que favorece a una dieta monótona y de escasa calidad nutricional. El consumo de productos de origen animal es muy escaso lo que limita también el consumo de algunos micronutrientes como el hierro y la vitamina A. El único micronutriente que tiene un alto consumo es la vitamina C. Existe marcada deficiencia en el aporte de grasas, proteínas, hierro y vitamina A.</p> <p>Se determinó el estado nutricional utilizando los indicadores de peso y talla en niños de 12 a 71 meses de edad. La prevalencia de desnutrición global fue de 36.5% y la prevalencia de retardo en talla fue de 57.4%. La prevalencia de anemia encontrada en este grupo de niños es de 24%. Se tomó una muestra en 111 mujeres y la prevalencia encontrada de anemia fue de 30.6%.</p>	<p>Diseñar un plan de acción en alimentación y nutrición y reforzar el componente de monitoreo y evaluación en INEHSO.</p>

N°	Nombre del Estudio	Principales Hallazgos	Uso de la Información
7	<p>Emergencia Alimentaria Honduras, 2001, Informe de la 2da. Evaluación Rápida Nutricional. Diciembre 2001. Autores: UNICEF/CRS/ Sec de Salud La Comisión Permanente de Contingencias (COPECO), países amigos, agencias internacionales y organismos nacionales han realizado esfuerzos conjuntos para dar respuesta a las necesidades de las familias afectadas por la sequía declarada el pasado 23 de julio 2001 que afectó a 104 municipios de 8 departamentos del país. Se entregaron más de 20 mil raciones alimenticias familiares, además de semillas y otros insumos para la reactivación de la agricultura en las zonas afectadas.</p>	<p>Esta evaluación rápida constituye un estudio parcial que no tiene representatividad estadística y su objetivo fue comparar resultados entre la línea base (julio) y un corte (octubre), únicamente se mostraron los resultados de las bases de datos de las Evaluaciones Rápidas Nutricionales #1 y #2 en su expresión reducida. Se analizaron 404 datos, 157 de Choluteca y 247 de El Paraíso (38.9% y 61.1% respectivamente). Los datos por grupo de edad muestran que los incrementos, lógicamente después de 3 meses de realizada la 1ª. Encuesta, se dieron en los grupos de 24 a 59 meses y mayores de 60 meses, el 49% de los datos analizados fueron de niñas y el 51% de niños. El grupo <24 meses de edad pasó de 39.4% a 33.2%. Los resultados de desnutrición aguda (peso/talla, moderada + severa, <- 2Z) muestran un incremento de 11 casos reportados en agosto, a 24 casos, lo que significa un incremento de 2.7% a 5.9% de desnutrición aguda en las 22 comunidades evaluadas. El mayor incremento de casos fue en la desnutrición aguda moderada (<-2Z y ≥-3Z), de 10 (2.5%) casos en la 1ª. Evaluación a 18 (4.5%) casos en la 2ª.; y la desnutrición aguda severa (<-3Z) se incrementó de 1 (0.25%) caso detectado en la 1ª. Evaluación a 6 (1.5%) en la 2ª. cuatro de éstos se presentaron en las comunidades de El Paraíso y dos en las comunidades de Choluteca. La desnutrición aguda prevalece más en las comunidades de El Paraíso que en Choluteca, y en números absolutos, por un caso mas, Choluteca presenta un mayor incremento. La prevalencia de desnutrición aguda se incrementó mas en las niñas (de 2 casos a 10) que en los niños (de 9 a 14 casos), aunque estos presentan una mayor prevalencia en ambas evaluaciones. En las dos evaluaciones, los menores de 24 meses han sido más afectados con 5.03 y 6.7% de prevalencia. La severidad de los casos de desnutrición aguda también pertenece a este grupo de edad (5 de 6 casos). Sin embargo, durante la 2ª. Evaluación se encontró que en números absolutos, la desnutrición aguda afectó mas a los mayores de 24 meses con 15 (63%) de los 25 casos encontrados.</p>	<p>Monitorear la situación nutricional de los niños/as menores de cinco años después de 3 meses de declarada la emergencia alimentaria por la sequía en Honduras en función de la línea de base establecida en comunidades de Choluteca y El Paraíso Elaboración de proyectos de Ayuda Humanitaria.</p>

N°	Nombre del Estudio	Principales Hallazgos	Uso de la Información
8	<p>Mecanismos de Adaptación y Respuesta de las Familias en Comunidades Afectadas por las Sequías Recurrentes en la Zona Sur de Honduras. Ag.2002 Autores: UNICEF/CRS/ Sec de Salud Propósito: identificar los mecanismos de adaptación y respuesta de las familias en comunidades afectadas por las sequías recurrentes en la zona sur de Honduras.</p> <p>Se realizó en 6 comunidades de Choluteca y 5 en Orocuina con familias directamente afectadas por la sequía.</p>	<p>La investigación realizada permitió identificar los mecanismos de adaptación y respuesta a la sequía, en dos áreas; la productiva y la social.</p> <p>1.- Mecanismos de adaptación y respuesta del área productiva: alquilar tierra, cultivar maicillo, sembrar en postrera, regar manualmente, vender mano de obra, criar animales de patio y otros productos, emigrar en busca de trabajo y recibir remesas de dinero. La orientación manifestada por estos mecanismos muestra que en la zona se está disminuyendo la orientación agrícola, al convertirse los productores en jornaleros. La falta de diversificación, los intermediarios en la comercialización de los productos, los campesinos no sujetos a crédito y las familias numerosas influyen sobre la seguridad alimentaria, donde la participación de las mujeres y los adolescentes en las actividades de apoyo a la economía familiar, se convierten en una necesidad fundamental. 2.- Mecanismos de adaptación y respuesta en el área social: cooperación y solidaridad, disminuir la ración de los alimentos, cambiar el patrón de alimentos, usar medicamentos caseros para los problemas de salud y gestionar alimentos ante instituciones. Este problema es visible a partir de la disminución en la ingesta de alimentos, lo que trae como consecuencia, una población con bajo nivel nutricional y una fuerza laboral deficiente, por lo que en las comunidades se manifiestan diferentes lazos de cooperación y solidaridad que les permite superar ciertas etapas de la vida cotidiana, mayormente en casos de necesidad. A pesar de la recurrencia del fenómeno del niño y de los continuos periodos de sequía no se ha creado un sistema informativo permanente sobre la siembra para la zona. Recomendaciones:</p> <p>1.- Implementar estrategias y actividades en el área productiva y social, a fin de lograr un desarrollo integral de las comunidades. 2.- Realizar un diagnóstico participativo sobre plantas alternativas en las comunidades que permitan equilibrar las fuentes nutricionales. 3.- Los miembros de las comunidades recomiendan proyectos, que den respuesta a los problemas de alimentación y sostenibles. 4.- Establecer el uso de los medios de información sobre el fenómeno del niño, no solo como medio informativo de la siembra, sino como un proceso constante en el manejo del mismo. 5.- La incorporación de proyectos colectivos con inclusión de uso de aguas subterráneas.</p>	<p>Elaboración de propuestas de alerta temprana a nivel comunitario.</p>

Nº	Nombre del Estudio	Principales Hallazgos	Uso de la Información
9	<p>La Nutrición de las niñas y las mujeres: un derecho humano que debe cumplirse. Febrero 2003 Autor: UNICEF El proyecto Ayuda Humanitaria en Nutrición, considerando la escasa valoración del estado nutricional que se realiza en la atención a las mujeres, decidió realizar una exploración a nivel local para valorar el estado nutricional de las embarazadas y mujeres lactantes, con el fin de contribuir a identificar una herramienta útil para complementar la atención a las mujeres a través de indicadores no convencionales, sencillos y de bajo costo como el perímetro braquial y de otros ya utilizados como el diagnóstico de anemia clínica, peso y talla.</p>	<p>El 50.3% de las embarazadas fueron diagnosticadas clínicamente con anemia, aunque un 93% hayan recibido multivitamínicos. Ello debe llamar la atención sobre la administración y uso de los mismos por las embarazadas, así como el realizar estudios sobre parasitismo con el fin de corroborar las causas de la misma.</p> <p>El 8% de las embarazadas presentan inadecuado crecimiento intrauterino, siendo la desnutrición uno de los principales factores para llegar a esta situación, por lo que será necesario orientar esfuerzos para profundizar en este tema y buscar soluciones al respecto.</p> <p>Se estima que el 25% de las embarazadas y lactantes valoradas en el estudio presentan un riesgo de desnutrición utilizando el perímetro braquial, y el 8% se encuentran desnutridas de acuerdo a resultados del índice de masa corporal (peso/talla). Esta diferencia es comprensible debido a la precisión de este último indicador, por lo que el primero es utilizado únicamente para el monitoreo poblacional de mujeres. Llama la atención el alto porcentaje de mujeres con sobrepeso (28.7%), por lo que debería ser parte de un análisis a profundidad para tomar acción al respecto.</p> <p>Recomendaciones: Atender los problemas nutricionales de las embarazadas y lactantes, tanto aquellas con problemas de desnutrición como con sobrepeso, a través de consejería nutricional en primera instancia, y con suplementación nutricional en los centros respectivos.</p> <p>Socializar la presente información con los centros de salud participantes, áreas y regiones de salud, con el fin de que a su vez lo hagan con las alcaldías respectivas, y canalizar el apoyo que sea necesario para atender y prevenir la malnutrición en las mujeres.</p> <p>Capacitar en el uso del indicador del IMC al personal técnico de la Secretaría de Salud, para la atención personalizada para las mujeres, y en el uso del PB para los estudios de población.</p>	<p>Orientar acciones para el mejoramiento tanto del estado nutricional como de la atención en las MEF.</p>

N°	Nombre del Estudio	Principales Hallazgos	Uso de la Información
10	<p>Evaluación Nutricional de Embarazadas y Mujeres Lactantes en 3 Departamentos de Honduras. Septiembre 2003. Autores: SS, UNICEF</p> <p>Estimar la situación nutricional de las embarazadas y mujeres lactantes en una zona recurrente a sequías (Valle, Choluteca y El Paraíso) para corroborar los resultados obtenidos en estudio similar anterior. Demostrar que el PB y el IMC junto con otros indicadores de uso regular por el personal técnico que brindan atención primaria en salud, contribuyen a estimar la situación nutricional de las mujeres es sencilla y de bajo costo.</p>	<p>En total se evaluaron 421 mujeres lactantes y 329 embarazadas. El 53.8% de las embarazadas evaluadas presentaban signos clínicos de anemia. Aproximadamente el 30% de todas las mujeres embarazadas y lactantes participantes en el estudio, presentaron valores menores a 235 mm en su perímetro braquial, lo que sugiere que una de cada tres mujeres embarazadas y lactantes que demandan los servicios de salud presentan algún riesgo de desnutrición o se encuentran ya desnutridas.</p> <p>El PB de acuerdo a estos resultados, si bien no constituye un indicador preciso para identificar a las mujeres desnutridas, si nos alerta sobre la necesidad de profundizar mas en la evaluación nutricional de las mujeres debido a los datos aportados. Mientras que el IMC precisa la situación nutricional de las embarazadas y lactantes, tanto en aquellas con desnutrición como las que tiene sobrepeso. Todas las mujeres en riesgo de desnutrición, con desnutrición o sobrepeso identificadas en este estudio, acudieron a los centros de salud de la red de la Secretaría de Salud, por lo cual pueden ser atendidas oportunamente.</p> <p>De acuerdo al IMC, el 10% de las mujeres lactantes presentó desnutrición aguda y el 55% se identificó con sobrepeso y obesidad, lo cual representa únicamente un 45% en estado nutricional normal. También se debe considerar que la población meta la constituyeron las mujeres que demandan el servicio de salud, por lo que habrá de explorar la situación de aquellas no demandantes. Los resultados de los estudios realizados el año recién pasado y el actual, son muy similares, por lo que el presente estudio ratificó los resultados encontrados en el estudio anterior, promocionó el uso del perímetro braquial y del índice de masa corporal para complementar la atención integral a la mujer, y orientar así acciones para el mejoramiento tanto del estado nutricional como de la atención que se le brinda.</p>	<p>Señala la necesidad de atender la polaridad nutricional en las mujeres lactantes.</p>

N°	Nombre del Estudio	Principales Hallazgos	Uso de la Información
11	<p>Análisis y Cartografía de la Vulnerabilidad a la Inseguridad Alimentaria y Nutricional. Oct. 2003 Autor: PMA</p> <p>El objetivo principal de este documento es el de identificar los municipios más vulnerables del país, que permita al PMA focalizar las actividades en las zonas con mayores problemas de hambre. En segundo lugar se pretende desarrollar una metodología simple y dinámica, en la que, a través de un enfoque multisectorial, se incorporen los diferentes factores e interacciones que determinan la seguridad alimentaria del país como un medio para caracterizar su situación y monitorear su dinámica.</p>	<p>Los municipios altamente vulnerables tienen una producción calórica que cubre solamente un 53% de las necesidades energéticas de la población. Si se suman las limitantes de acceso económico (US \$ 525 de ingreso anuales) y las pobres condiciones de vivienda y acceso a servicios básicos, estas limitan en gran medida las posibilidades de garantizar su seguridad alimentaria. El análisis combinado de los componentes muestra que los de mayor peso relativo son el consumo y utilización de alimentos (44%), seguido del acceso (30%) y, en menor proporción, la disponibilidad de alimentos (26%). Aun cuando la disponibilidad tiene el peso relativo más bajo, su importancia real se incrementa al considerar que gran parte del ingreso que permite el acceso a los alimentos de las familias, especialmente de las más pobres, proviene del sector agrícola.</p> <p>Los municipios altamente vulnerables debido a condiciones estructurales (menor capacidad de respuesta), se concentran en la región occidental del país (56% del total), principalmente en los departamentos de Lempira (22%), Copán (11%), seguidos de Olancho (11%) y El Paraíso (10%). En menor proporción se incluyen dentro del total de municipios con menor capacidad de respuesta, algunos ubicados en el Sur de Santa Bárbara (8%), La Paz (8%) y Francisco Morazán (7%). El análisis de regresión realizado muestra que existe una diversidad de causas o factores involucrados con el problema de desnutrición. La mayor parte de las causas están relacionadas con las pobres condiciones socioeconómicas y ambientales en que vive gran parte de la población, como su bajo nivel productivo de alimentos y de ingreso, así como la falta de inocuidad de los alimentos consumidos, debido a las pobres condiciones de la vivienda y hacinamiento en que viven, y el limitado acceso a agua y saneamiento básico. Con base a resultados a nivel municipal, se puede inferir una tipología de las familias más vulnerables, que son generalmente numerosas con limitado acceso a la tierra y otros bienes de capital, de bajo nivel de escolaridad y están asentadas en regiones montañosas, poco productivas y de mayor riesgo, con infraestructura de comunicación, salud y educación deficientes que los mantiene aislados del resto del país y con limitado acceso a los servicios básicos y a los mercados.</p>	<p>Identificar los municipios más vulnerables del país.</p> <p>Focalizar las actividades en las zonas con mayores problemas de hambre.</p> <p>Caracterización de los factores que determinan la seguridad alimentaria.</p>

N°	Nombre del Estudio	Principales Hallazgos	Uso de la Información
12	<p>Estudios de Nutrición en Niños y Niñas en 22 Municipios de Honduras, 2004 Autores: SS, CRS y UNICEF.</p> <p>Se estudiaron 4,103 niños/as entre 6 y 59 meses de edad, de 22 municipios de 6 departamentos políticos: Copán; Intibucá; Lempira; Choluteca; Valle y Ocotepeque. Se realizó una prueba cualitativa rápida sobre el contenido de yodo en la sal, y se utilizó la variable "grupo étnico". Para el estado nutricional de los niños/as entre 6 y 59 meses de edad se utilizó el puntaje Z y para sobrepeso se consideró el índice de masa corporal (IMC) por edad.</p>	<p>Se logró evaluar el 99% de la muestra total de niños/as (50.7% del sexo femenino y 49.3% masculino). El 14.9% fueron niños/as de 6 a 12 meses de edad, el 28.7% de 12.1 a 24 meses, el 56.4% de 24.1 a 59 meses. Los grupos poblacionales evaluados fueron ladinos (49.1%), lencas (41.1%) establecidos en Intibucá y Lempira y por Chortís (9.7%). En general, el 35.6% de los niños/as han sufrido de diarrea en las últimas dos semanas. Mas de la mitad de los niños evaluados (54.3%), han padecido enfermedades respiratorias en las últimas 2 semanas. El 61.3% de los/as niños mayores de un año de edad habían sido desparasitados en los últimos seis meses. El suministro de hierro en la población infantil entre 6-59 meses alcanza un 51% a nivel general; el grupo de 6 a 12 meses de edad, es el que menos recibe este beneficio (44.9%). Aproximadamente el 72% de los/as niños/as Chortí no reciben este suplemento. La suplementación con vitamina A en la población infantil entre 6-59 meses alcanza los mejores resultados en esta investigación (97.6%) al igual que la vacuna contra sarampión (99.1%). La evaluación de la concentración de hemoglobina, se realizó en 576 niños/as de los municipios de Marcovia, Amapala y San Lorenzo. Los resultados indican una prevalencia de anemia en el 53.5% de la población evaluada, del cual 1.6% de anemia es severa (>g/dl), 23.6% moderada (7-9.9g/dl) y 28.3% leve (10.0-10.9 g/dl). El mayor porcentaje de casos de anemia severa se presenta en niños entre los 6-12 meses. 7 de cada 10 niños del grupo de 6 a 24 meses de edad sufren de anemia, es decir el 100% de los niños tendrían deficiencia de hierro. El 83.4% de los hogares utilizan sal yodada, paradójicamente en Valle se encontró el menor valor de disponibilidad en los hogares (61.1%). El estado nutricional de los/as niños/as (Peso/Talla, puntaje Z) refleja que existe 5.5% de desnutrición aguda global. Todos los municipios sin excepción, se encuentran por arriba del promedio nacional (ENESF 2001). La referencia nacional (ENESF 2001) para niños/as de 12 a 59 meses de edad es de 18.1%, y para este mismo grupo etéreo, la investigación encontró una prevalencia de casi el doble (36.2%). La desnutrición crónica se manifiesta a nivel nacional en el 32.9% de la población menor de cinco años (ENESF 2001) y en la investigación se encontró afectado el 43.8% en este grupo de población.</p>	<p>Monitorear los avances del país en cuanto a los objetivos del milenio.</p> <p>Se han enfocado acciones urgentes para contribuir a disminuir la desnutrición aguda, global y crónica en la población infantil.</p> <p>Considerar la posibilidad de orientar esfuerzos al control del sobrepeso.</p>

N°	Nombre del Estudio	Principales Hallazgos	Uso de la Información
13	<p>El Estado de la Inseguridad Alimentaria en Honduras 2005. Autores: ANCHA y FAO</p> <p>El propósito de este documento es informar y captar la atención de la población hondureña acerca de la magnitud del hambre y de la inseguridad alimentaria y la urgencia de luchar contra este problema que perjudica a millones de personas y cuyas se magnifican hacia el futuro.</p>	<p>Este documento comprende 3 capítulos:</p> <p>El primero presenta las estimaciones más recientes sobre el número de personas subnutridas, junto con cálculos preliminares sobre la pesada carga económica que la inseguridad alimentaria impone a la sociedad Hondureña. Este capítulo presenta un estimado de la magnitud del hambre y de la inseguridad alimentaria en Honduras, se analizan sus relaciones con la pobreza, se exploran sus consecuencias sobre la salud y la calidad de vida de las personas y el impacto económico, así como los esfuerzos por medir sus manifestaciones. Se informa además, sobre las zonas y poblaciones más afectadas y que requieren una atención prioritaria.</p> <p>El segundo presenta una reseña especial, dedicada a los efectos de la globalización sobre el sector agroalimentario nacional; enfatiza en las repercusiones de la rápida urbanización, la concentración del comercio minorista de alimentos en los supermercados y los cambios en los patrones de ingreso y consumo de la población y sus efectos sobre la seguridad alimentaria.</p> <p>Y el tercero ofrece ejemplos de acciones y medidas fundamentales a aplicar para poder cumplir los compromisos establecidos en el plan de acción de la Cumbre Mundial de la Alimentación y su adecuación al marco de los correspondientes Objetivos de Desarrollo del Milenio. Con el propósito de ilustrar las lecciones relevantes y de reafirmar la imperiosa necesidad de fortalecer los esfuerzos realizados hasta ahora, presenta una revisión de algunas de las intervenciones contra el hambre y la inseguridad alimentaria que se han realizado en Honduras.</p> <p>Además, presenta indicadores detallados sobre diversos aspectos relacionados con la seguridad alimentaria y nutricional de Honduras.</p>	<p>Planeación y programación de actividades e intervenciones institucionales en beneficio de la población hondureña.</p>

N°	Nombre del Estudio	Principales Hallazgos	Uso de la Información
14	<p>El Derecho a la Alimentación. Diferentes puntos de Vista. 2005 Autores: FAO, SAG, ANCHA.</p> <p>La Desnutrición y la Inseguridad Alimentaria, como la pobreza, es un fenómeno multidimensional, que impacta al país en su conjunto e inhibe sus perspectivas de desarrollo. Atendiendo a esa complejidad este documento contiene trabajos de investigación que abordan el derecho a la alimentación adecuada.</p>	<p>El derecho a una alimentación adecuada, a no sufrir de hambre y malnutrición, es fundamental para todas las personas y pertenece a los derechos llamados de segunda generación; o sea a los derechos económicos, sociales, y culturales.</p> <p>La seguridad alimentaria, universal y sustentable, es primordial para alcanzar los objetivos sociales, económicos y su desarrollo humano. Debe entenderse que la seguridad alimentaria existe cuando todas las personas tienen, en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimentarias y sus preferencias en cuanto a los alimentos, a fin de llevar una vida activa y sana.</p> <p>El Estado de Honduras es signatario del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) el cual enuncia, entre otros, el derecho a una alimentación adecuada. Por tanto no es posible concebir el derecho a una alimentación adecuada aislado de toda la gama de derechos de primera, segunda y tercera generación.</p> <p>Los derechos con los cuales guarda estrecha relación el derechos a una alimentación adecuada son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El derecho a trabajar y recibir un salario que contribuya a un estándar de vida adecuado; el derecho a un medio ambiente sano y seguro; • El derecho a no ser discriminado por motivos de sexo, raza o cualquier otra condición; • El derecho a la igualdad hombre y mujer; • El derecho de los niños a un ambiente apropiado para su desarrollo físico y mental; • El derecho a la educación y acceso a la información; • El derecho a un seguro social; • El derecho al desarrollo, a la paz y a disfrutar de los beneficios del progreso científico; • El derecho a un acceso seguro a agua potable y a recurso, incluyendo recursos eléctricos para cocinar y; • El derecho a un alto estándar de salud mental y física entre otros. 	<p>Contribuir a la realización progresiva del derecho a la alimentación y de esta manera contribuir al objetivo de desarrollo del milenio.</p>

**ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN HONDURAS:
DOCUMENTACIÓN CRONOLÓGICA
DE LAS ENCUESTAS NACIONALES
(1954-2004)**

COMENTARIOS Y REFLEXIONES²

² De acuerdo a presentación realizada del presente documento en junio 2006 con un grupo de análisis en nutrición.

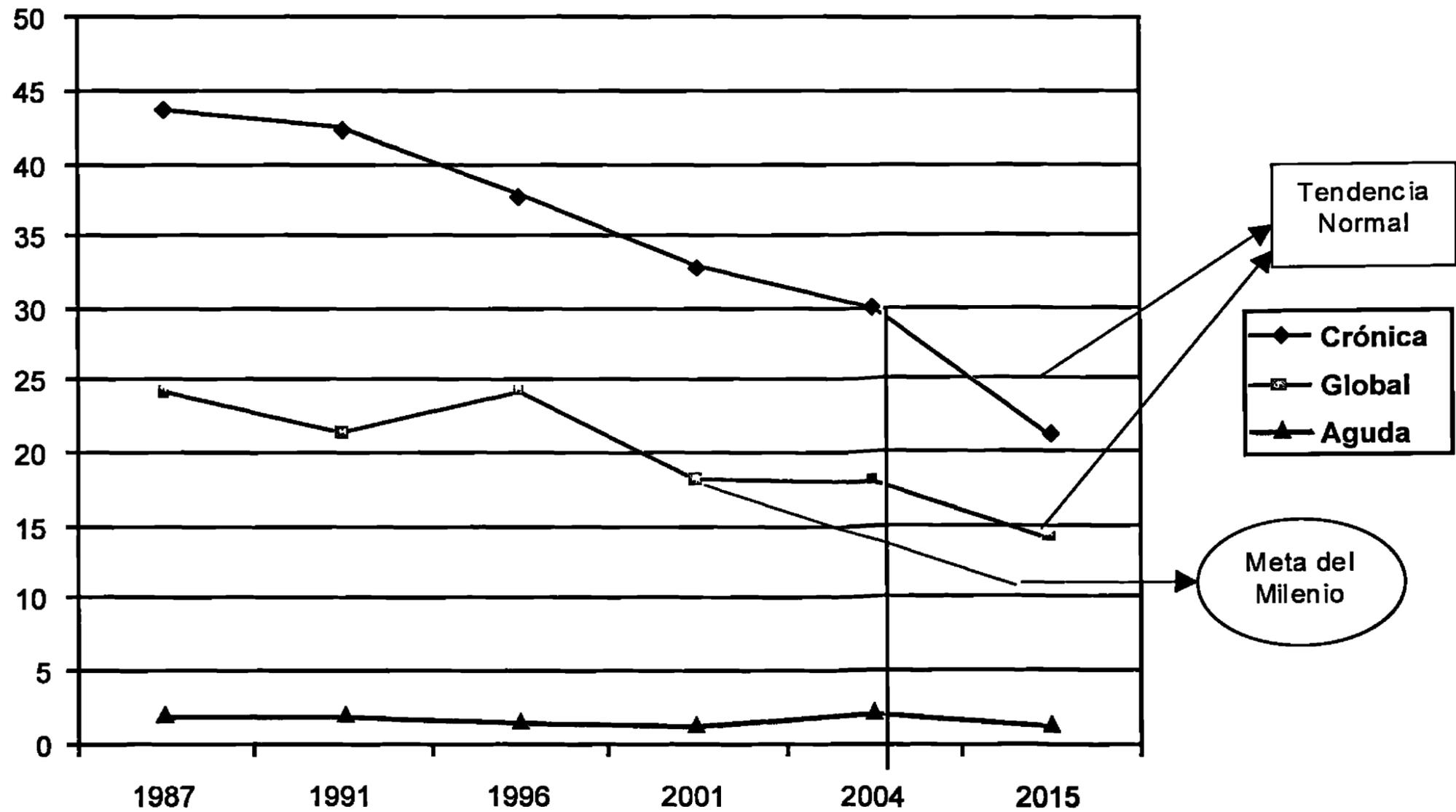
Comentarios y Reflexiones:

Aunque no ha sido fácil identificar los usos de la información generados durante los últimos años, se identificaron los siguientes aspectos importantes:

- Los estudios han sido importantes para contar con la caracterización nacional del problema nutricional, y para la construcción de las NBI
- Los estudios han contribuido para contar con políticas nacionales en Salud Materno Infantil, en Nutrición y en SAN.
- Aproximadamente el 90% de la sal en Honduras se encuentra yodada, lo cual ha mantenido en control los desórdenes por deficiencia de yodo.
- La fortificación del azúcar con Vitamina A, ha contribuido al control de la deficiencia de este micronutriente en la población en general.
- La incorporación de la vitamina A en las Jornadas Nacionales de Vacunación ha sido un éxito para garantizar al menos una dosis de esta vitamina en los niños y niñas menores de cinco años de edad.
- La baja prevalencia de lactancia materna en los años 80 permitió redoblar esfuerzos para implementar proyectos y estrategias que la promovieran y fomentaran, logrando a la fecha una de las prevalencias más altas en la región, (34%), el 40% de los hospitales acreditados como amigos de la lactancia materna y la norma sectorial de Promoción y Fomento de la Lactancia Materna (acuerdo 4780).
- Es importante hacer notar, que no han faltado recursos humanos ni financieros, la disponibilidad de fondos no ha sido el principal problema para mejorar la situación nutricional en Honduras.
- Sin duda la situación nutricional ha mejorado pero no a la velocidad que se requiere. Las intervenciones han sido fragmentadas.
- Se requiere un estudio de alternativas de solución, saber por qué han fracasado las intervenciones o no han tenido el impacto esperado.

- Es necesario analizar las propuestas realizadas a la fecha, como el estudio sobre el derecho a la alimentación y analizar el abordaje a la problemática en Alimentación y Nutrición de manera integral.
- La diferencia entre hombres y mujeres y la situación nutricional de la niñez hace reflexionar sobre la necesidad de incluir al hombre en las intervenciones, y no solo a las mujeres.
- La población pobre no accede a las intervenciones de acuerdo a estudios de la UNAT, por lo cual es imprescindible tomarlo en cuenta para la planificación de proyectos.
- Se requiere monitorear el impacto de las decisiones tomadas, darles continuidad, sobre todo a los proyectos y programas implementados.
- Falta focalización como estudios micro, en zonas donde los problemas son mucho mayores a los promedios.
- En los estudios falta considerar a las etnias y el enfoque de género; faltan estudios para la disminución de la Mortalidad Materna y de yoduria en escolares a nivel nacional, también se podrían incluir los factores causales para generar estrategias de respuesta, cómo mejorar el poder adquisitivo.
- Se deben tomar en cuenta los avances en el contexto: departamental, de Mancomunidades, Municipales, etc. Lo que se requiere es un abordaje integral, intersectorial. Focalizar en las zonas prioritarias.
- Se debe fomentar socialización de información en cuanto a la alimentación del niño después de los 6 meses de edad para combatir la desnutrición.
- Existen muchos programas y proyectos que deberían sistematizar sus experiencias en cómo mejorar la ingesta de los niños pequeños.
- Es urgente establecer el compromiso de socialización de informes de las ONGs para intercambiar experiencias, implementar aquellas exitosas y aprender de las lecciones.
- En una próxima ocasión, se propone realizar una investigación epidemiológica de la situación nutricional que avance más allá de la documentación cronológica de los estudios nutricionales.

En la siguiente gráfica se pueden observar los avances a la fecha en cuanto a los indicadores nutricionales, observándose que en un periodo de 17 años se ha podido disminuir el equivalente a 6.1 puntos porcentuales en la desnutrición global, que de continuar con la misma velocidad de cambio, será imposible alcanzar la meta de milenio respectiva al hambre y la desnutrición. Sin embargo, en el mismo periodo de tiempo, con respecto a la desnutrición crónica o retardo de crecimiento, se han logrado disminuir el equivalente a 14 puntos porcentuales, equivalente a 0.8 puntos porcentuales por año, lo que con la misma tendencia, se logrará disminuir a la mitad la prevalencia que se identificó en 1991, sin embargo, esta continuará siendo alta por lo que es necesario redoblar esfuerzos para incrementar la velocidad de dicha tendencia, para intentar alcanzar prevalencias de menos de dos dígitos.



**ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN HONDURAS:
DOCUMENTACIÓN CRONOLÓGICA
DE LAS ENCUESTAS NACIONALES
(1954-2004)**

LISTADO DE ESTUDIOS

Nº	Estudios sobre Nutrición en Honduras	Ubicación del Documento
1	Endemic goiter in Honduras. Ernesto A; Borjas MD, and Nevin S Scrimshaw. En: American Journal of Public Health. American Journal of Public Health. 1954, 44 (11): 1411-1415	Centro Documentación INCAP/OPS sede Guatemala
2	Evaluación Nutricional de la población de Centroamérica y Panamá. Honduras. INCAP. 1966.	Centro Documentación INCAP/OPS sede Guatemala
3	Perfiles dietéticos según el nivel socioeconómico en Honduras. Flores, Marina. INCAP. En: Archivos Latinoamericanos de Nutrición. XXVI (4) : 401-423, 1976.	Centro Documentación INCAP/OPS sede Guatemala
4	Encuesta Nacional Salud Materno Infantil-1984. UNICYT	Secretaría de Salud
5	Encuesta Nacional de Nutrición Honduras, 1987, Ministerio de Salud Pública, MSH, INCAP	Centro Documentación OPS/OMS
6	Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos, Honduras, 1987. Ministerio de Salud Pública, MSH INCAP	Centro Documentación INCAP/OPS sede Guatemala
7	Encuesta Nacional de Micronutrientes Honduras, 1996. Fundación Internacional de Ojos, Ministerio de Salud Pública, USAID, OMNI.	Centro Documentación OPS/OMS
8	Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar 1996. SS, Ashonplafa, CDC, USAID	Centro Documentación OPS/OMS
9	Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar ENESF 2001, Encuesta Nacional de Salud Masculina ENSM.2001. SS, ASHONPLAFA, USAID, CDC, MSH, UNFPA	Centro Documentación OPS/OMS
10	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida- ENCOVI 2004. Agosto-Nov. 2004. INE, Secretaría del Despacho Presidencial	Centro Documentación OPS/OMS
CENSOS DE TALLA		
1	VI Censo de talla en Escolares de Primer Grado 1996, Ministerio de Educación , Dirección General de Educación Primaria, Servicio de Alimentación Escolar de Honduras.SAEH	Centro Documentación OPS/OMS
2	VII Censo Nacional de Talla 1997.- Secretaría de Educación, PRAF	Centro Documentación OPS/OMS
3	VIII Censo de Talla en Niños de Primer Grado año 2001. Presidencia de la República, PRAF	Centro Documentación OPS/OMS
SITUACION DE ALIMENTOS FORTIFICADOS EN HONDURAS		
1	Situación de los Alimentos Fortificados Honduras 2000. Control de Alimentos, INCAP/OPS.	Centro Documentación OPS/OMS y UNICEF
2	Situación de los Alimentos Fortificados Honduras 2001. INCAP/OPS, UNICEF, SS, División Control Alimentos	Centro Documentación OPS/OMS y UNICEF
3	Situación de los Alimentos Fortificados Honduras 2002, Secretaría de Salud, División Control de Alimentos, INCAP/OPS, UNICEF	Centro Documentación OPS/OMS y PNSAN Secretaría de Salud

N°	Estudios sobre Nutrición en Honduras	Ubicación del Documento
4	Situación de los Alimentos Fortificados Honduras 2003, MOST, USAID, INCAP/OPS, UNICEF	Centro Documentación OPS/OMS y PNSAN Secretaría de Salud
OTROS ESTUDIOS RELEVANTES		
1	Canasta Básica de Alimentos 1966	Sec. de Trabajo, Banco Central
2	Encuesta Nacional de Nutrición, Región Metropolitana, Honduras, 1987, Ministerio de Salud Pública, MSH, INCAP	Centro Documentación OPS/OMS y Secretaría de Salud
3	Encuesta Nacional de Nutrición, Región de Salud No. 1, Honduras, 1987, Ministerio de Salud Pública, MSH, INCAP	Centro Documentación OPS/OMS y Secretaría de Salud
4	Determinantes de la Seguridad Alimentaria familiar en Honduras. Un Informe Sobre la Encuesta Nacional de Consumo, Ingreso, Gasto y Nutrición.-1993-94 (CIENS 94). Nov. 1996.- ANRO, USAID, IMPACT	Centro Documentación OPS/OMS y USAID, Secretaría de Salud
5	Salud y Nutrición. Un estudio de las encuestas de hogares. Nov. 1996. SECPLAN, BID, UNICEF, Ruta Social	UNICEF
6	Sistematización del Modelo Seguridad Alimentaria y Nutricional en Comunidades rurales del Occidente de Honduras. Febrero-1998 INHESCO	Centro Documentación OPS/OMS y UNICEF
7	Emergencia Alimentaria, Informe de la Segunda Evaluación Rápida Nutricional. Honduras, 2001, 22 Comunidades de los Departamentos de Choluteca y El Paraíso.	UNICEF
8	Mecanismos de Adaptación y Respuesta de las Familias en Comunidades Afectadas por las Sequías Recurrentes en la Zona Sur de Honduras. Agosto-2002	UNICEF
9	La Nutrición de las niñas y las mujeres: un derecho humano que debe cumplirse. Tegucigalpa, Honduras, Febrero-2003 UNICEF	UNICEF
10	Evaluación Nutricional de Embarazadas y Mujeres Lactantes en 3 Departamentos de Honduras. Septiembre-2003. SS, OPS/UNICEF, ECHO.-	UNICEF
11	Análisis y Cartografía de la Vulnerabilidad a la Inseguridad Alimentaria y Nutricional. Oct. 2003. PMA	PMA, UNICEF, Centro Documentación OPS/OMS
12	Estudios de Nutrición en Niños y Niñas en 22 Municipios de Honduras, UNICEF. 2004	Centro Documentación OPS/OMS y UNICEF
13	El Estado de la Inseguridad Alimentaria en Honduras 2005. ANCHA, FAO	Centro Documentación OPS/OMS y FAO
14	El Derecho a la Alimentación. Diferentes puntos de Vista, marzo del 2005.- FAO, SAG, ANCHA,	Centro Documentación OPS/OMS y FAO

Otros estudios para consulta (no revisados en este documento):

N°	Estudios sobre Nutrición en Honduras	Ubicación del Documento
1	Condiciones de Agua y Saneamiento en Honduras 1990-1995. Análisis de Encuestas de Hogares. SECPLAN, BID, UNICEF, RUTA Social	UNICEF
2	Análisis de Situación de la Infancia, Mujer y Juventud 1995. SECPLAN, UNICEF	UNICEF
3	Salud y Nutrición. Un estudio de las encuestas de hogares. Nov. 1996. SECPLAN, BID, UNICEF, Ruta Social	
4	Prácticas Mejoradas de Alimentación. Ministerio de Salud/Proyecto Basics. Abril 1997.	UNICEF
5	Los Censos de Talla en Honduras. Una Revisión de la Experiencia 1998. PRAF	Centro Documentación OPS/OMS
6	Análisis de Situación Infancia, Mujer y Juventud.- Honduras 1998. SETCO, IHNFA, UNICEF	UNICEF
7	Hacia la Eliminación de los Desórdenes por Deficiencia de Yodo en Honduras. Enero 2000, Secretaría de Salud de Honduras, INCAP, UNICEF, ASOPROSALH.	UNICEF
8	Evaluación Nutricional en Amapala, Caridad, Langue, San Lorenzo y Nacaome, Departamento de Valle. Honduras 2003 UNICEF	UNICEF
9	Investigación Cualitativa sobre Prácticas Alimentarias en Choluteca, Valle y el Paraíso, 2003. UNICEF	UNICEF
10	Trigésima Primera Encuesta Permanentes de Hogares. Octubre 2005. INE	UNICEF

PRINCIPALES ENCUESTAS Y ESTUDIOS NACIONALES CON UN FUERTE COMPONENTE DE NUTRICIÓN POR ORDEN CRONOLOGICO HONDURAS (1954 - 2004)

1. Encuesta Nacional de Bocio, 1954
2. Encuesta Nacional de Nutrición, 1966, 1987
3. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 1984
4. Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos, 1987
5. Censos de Talla en Escolares de Primer Grado, 1986, 1991, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 2001
6. Encuesta Nacional de Micronutrientes, 1996
7. Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar, 1996, 2001
8. Situación Nacional de Alimentos Fortificados, 2000, 2001, 2002, 2003
9. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida, 2004