



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

TITULACIÓN DE ECONOMISTA

Análisis de la condicionalidad del Bono de Desarrollo Humano en la salud y nutrición de los niños de 0 a 36 meses de edad en el Ecuador año 2010

Trabajo de fin de titulación

AUTORA:

Armijos González Rocío del Carmen

DIRECTORA:

Loaiza Peña Andrea Patricia, Mgs.

Loja-Ecuador

2012

CERTIFICACIÓN

Magíster

Andrea Patricia Loaiza Peña

DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE CARRERA

CERTIFICA:

Que el presente trabajo, denominado “ANÁLISIS DE LA CONDICIONALIDAD DEL BONO DE DESARROLLO HUMANO EN LA SALUD Y NUTRICIÓN DE LOS NIÑOS DE 0 A 36 MESES DE EDAD EN EL ECUADOR AÑO 2010” realizado por la profesional en formación ARMIJOS GONZÁLEZ ROCÍO DEL CARMEN, cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Loja, Septiembre del 2012.

f) _____

CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Armijos González Rocío del Carmen declaro ser autora del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

f. _____
Armijos González Rocío del Carmen

AUTORÍA

Las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo, son de exclusiva responsabilidad del autor.

Armijos González Rocío del Carmen

DEDICATORIA

A Dios, a mis padres y hermano, quienes han sido el apoyo incondicional en el transcurso de mi vida y carrera universitaria, brindándome la fuerza, inspiración y ganas de luchar día a día por salir adelante.

AGRADECIMIENTO

Expreso mis más sinceros agradecimientos a la Universidad Técnica Particular de Loja, de manera especial a la escuela de Economía, a través de la cual me he podido formar durante estos cinco años, y lograr culminar mis estudios superiores.

También agradezco a todos los profesores que me impartieron sus valiosos conocimientos y experiencias durante mis estudios, de manera especial a la Magíster Andrea Loaiza por sus buenos consejos, correcta orientación y por ser la guía y apoyo incondicional en el desarrollo de la presente tesis.

A mis amigos, compañeros y a todas las personas que de una u otra manera, me supieron apoyar en el transcurso de mi formación profesional.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|---------------------------|-----|
| Certificación..... | ii |
| Cesión de derechos..... | iii |
| Autoría..... | iv |
| Dedicatoria..... | v |
| Agradecimiento..... | vi |
| Índice de contenidos..... | vii |
| Resumen..... | 1 |
| Introducción..... | 2 |
| Objetivos..... | 3 |
| Hipótesis..... | 4 |

CAPITULO I. CONSIDERACIONES TEÓRICAS

| | |
|--|----|
| 1.1. Introducción..... | 7 |
| 1.2. La teoría del capital humano..... | 7 |
| 1.3. El Desarrollo Humano..... | 10 |
| 1.4. Desarrollo como libertad y la salud en el desarrollo..... | 10 |
| 1.5. Las leyes de los pobres..... | 12 |
| 1.6. Transferencias monetarias condicionadas en efectivo..... | 15 |
| 1.6.1. Argumentos a favor de las TMC..... | 16 |
| 1.6.2. Argumentos en contra de las TMC..... | 17 |
| 1.6.3. Explicación económica de las TMC..... | 19 |
| 1.7. La salud en los programas de protección social..... | 21 |

CAPITULO II. EVIDENCIA EMPÍRICA

| | | |
|----------|---|----|
| 2.1. | Introducción..... | 24 |
| 2.2. | Programas de TMC en América Latina..... | 24 |
| 2.2.1. | Brasil: Bolsa Familia..... | 26 |
| 2.2.1.1. | Evidencia empírica en Salud..... | 26 |
| 2.2.2. | Colombia: Familias en Acción..... | 27 |
| 2.2.2.1. | Evidencia empírica en Salud..... | 28 |
| 2.2.3. | Paraguay: TEKOPORA..... | 29 |
| 2.2.3.1. | Evidencia empírica en Salud..... | 30 |
| 2.2.4. | Perú: JUNTOS..... | 31 |
| 2.2.4.1. | Evidencia empírica en Salud..... | 31 |
| 2.2.5. | México: Progres/Oportunidades..... | 32 |
| 2.2.5.1. | Evidencia empírica en Salud..... | 33 |
| 2.2.6. | Ecuador: Bono de Desarrollo Humano..... | 34 |
| 2.2.6.1. | Evidencia empírica en Salud..... | 35 |

CAPITULO III. ANÁLISIS COMPARATIVO DE ANEMIA Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA DE LOS NIÑOS EN LOS GRUPOS DE TRATAMIENTO Y CONTROL

| | | |
|------|---|----|
| 3.1. | Introducción..... | 38 |
| 3.2. | Metodología..... | 38 |
| 3.3. | Bono de Desarrollo Humano y programas afines..... | 39 |
| 3.4. | Características generales de la población..... | 40 |

| | |
|--|-----------|
| 3.5. Desnutrición crónica..... | 41 |
| 3.5.1. Desnutrición crónica en el Ecuador..... | 42 |
| 3.5.2. Desnutrición crónica en las provincias del Ecuador..... | 44 |
| 3.6. Anemia..... | 49 |
| 3.6.1. Anemia en el Ecuador..... | 49 |
| 3.6.2. Anemia en las provincias del Ecuador..... | 51 |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | |
| Conclusiones..... | 56 |
| Recomendaciones..... | 59 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 61 |

RESUMEN

En la presente investigación se analiza la transferencia y condicionalidad del Bono de Desarrollo Humano (BDH) en la salud y nutrición de los niños de 0 a 36 meses de edad en el Ecuador año 2010, para lo cual se compara dos grupos denominados de tratamiento (beneficiarios BDH) y de control (no beneficiarios del BDH).

Los resultados señalan que para la anemia a nivel nacional, existe un 58.4% de niños del grupo de tratamiento que tienen anemia, frente al 58.9% del grupo de control, concluyendo que el BDH a nivel nacional ha incidido positivamente en la reducción de la cantidad de niños con anemia. Al comparar las condiciones de desnutrición crónica de los niños tanto de los grupos de tratamiento y control a nivel nacional, se pudo observar que el 31.5% de los niños del grupo de tratamiento tienen desnutrición crónica, frente al 23.4% del grupo de control, por lo que el BDH no ha tenido impacto en la reducción de la cantidad de niños con desnutrición crónica en comparación con los niños del grupo de control a nivel nacional.

INTRODUCCIÓN

Si únicamente se considerara como capital humano a las destrezas con las que nace el individuo fuera mucho más fácil su medición. Sin embargo las capacidades humanas incrementan o decrecen por las acciones humanas (Garcés, 2003).

Los Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas (TMC), actualmente, rigen en varios países de Latinoamérica, entre ellos Ecuador. Estos programas sociales se han llevado a cabo con la finalidad de reducir la pobreza e incrementar las capacidades y destrezas de los grupos más vulnerables de la población. Las transferencias monetarias se realizan a las familias que se encuentran bajo la línea de pobreza bajo la condicionalidad de que lleven a sus niños a chequeos médicos, a la escuela y que reciban suplementos vitamínicos.

En el año 1998 se creó en Ecuador el Bono Solidario con la finalidad de proteger el consumo mínimo de las personas pobres que se vieron afectadas por la cancelación de los subsidios, sin embargo éste Bono se convirtió en una herramienta para compensar la disminución del poder adquisitivo de los ingresos y las altas tasas de desempleo. En el año 2003, se cambió la denominación a Bono de Desarrollo Humano (BDH) que incluía una condicionalidad en salud, nutrición y educación para las madres beneficiarias con niños pequeños y en edad escolar, sin embargo ésta no se cumple en su totalidad ya que no es verificada en el cien por ciento de la población beneficiaria.

En la presente investigación se analiza el impacto del BDH en la salud y nutrición de los niños de 0 a 36 meses de edad en el Ecuador, mediante comparaciones entre dos grupos de niños denominados de “tratamiento” (beneficiarios del BDH) y “control” (no beneficiarios del BDH), con la finalidad de conocer si la transferencia y condicionalidad han logrado que mayor porcentaje de niños beneficiarios estén sanos en comparación a los no beneficiarios o si, por el contrario, ésta no ha tenido impacto por no verificar la condicionalidad en la mayoría de la población.

OBJETIVOS

Objetivo general

Realizar un análisis comparativo a nivel nacional en los niños de 0 a 36 meses de edad pertenecientes a los grupos de tratamiento y control, con la finalidad de determinar si la transferencia y condicionalidad del BDH han logrado que exista mayor cantidad de niños sanos en el grupo de tratamiento en relación al grupo de control.

Objetivos específicos

- ✓ Desarrollar el sustento teórico que servirá de base para el desarrollo de la presente investigación.
- ✓ Revisar la evidencia empírica de los programas de TMC en salud y nutrición de América Latina.
- ✓ Analizar las variables anemia y desnutrición crónica en los niños de 0 a 36 meses de edad en el Ecuador durante el año 2010.

Con la finalidad de dar cumplimiento a los objetivos específicos, se elaboró un capítulo por cada objetivo específico, mientras que el objetivo general se cumplió con el término de la investigación.

HIPÓTESIS

Anemia

H₀: La transferencia y condicionalidad del BDH no han incidido positivamente en la existencia de menor cantidad de niños con anemia en el grupo de tratamiento en comparación con los niños del grupo de control en Ecuador en el año 2010.

H₁: La transferencia y condicionalidad del BDH han incidido positivamente en la existencia de menor cantidad de niños con anemia en el grupo de tratamiento en comparación con los niños del grupo de control en Ecuador en el año 2010.

Una vez concluido el trabajo, se rechaza la H₀ y se acepta la H₁.

Se rechaza la hipótesis nula, porque existe menor cantidad de niños con anemia en el grupo de tratamiento.

La razón de la aceptación de la hipótesis alternativa, radica en los resultados obtenidos en el desarrollo del tercer capítulo, en el cual se evidencia que para la variable anemia a nivel nacional existe una incidencia positiva del BDH medido a través de la existencia de menor cantidad de niños anémicos beneficiarios del BDH en comparación con la cantidad de niños anémicos que no se benefician del BDH.

Desnutrición crónica

H₀: La transferencia y condicionalidad del BDH no han incidido positivamente en la existencia de menor cantidad de niños con desnutrición crónica en el grupo de tratamiento en comparación con los niños del grupo de control en Ecuador en el año 2010.

H₁: La transferencia y condicionalidad del BDH han incidido positivamente en la existencia de menor cantidad de niños con desnutrición crónica en el grupo de tratamiento en comparación con los niños del grupo de control en Ecuador en el año 2010.

Una vez concluido el trabajo, se acepta la H₀ y se rechaza la H₁.

La razón de la aceptación de la hipótesis nula, radica en los resultados obtenidos en el desarrollo del tercer capítulo, en el cual se evidencia que para la variable desnutrición crónica a nivel nacional, existe mayor cantidad de niños con éste padecimiento en el grupo de tratamiento y la razón principal es debido a la falta del cumplimiento de la condicionalidad por parte de las madres de familia, así como también la falta de verificación por parte del programa.

Se rechaza la hipótesis alternativa, porque existe mayor cantidad de niños con desnutrición crónica pertenecientes al grupo de tratamiento a nivel nacional.

CAPÍTULO I

CONSIDERACIONES TEÓRICAS

1.1. Introducción

En el presente capítulo se desarrollará el fundamento teórico sobre el cual nos basaremos para el desarrollo de ésta investigación.

Se abordarán varios conceptos que se han considerado pertinentes y que se relacionan con el BDH y su condicionalidad en salud y nutrición, tema central de la investigación.

1.2. La teoría del capital humano

Según Llerena (2010) si bien existen varias teorías de desarrollo que incluyen componentes sociales, una gran parte de éstas buscan un aumento de variables reales tales como el producto de un país. Sin embargo también existen corrientes más humanistas que se centran en el desarrollo humano medido a través de la educación, salud, entre otros, que no toman en cuenta variables reales. En el centro de éstas, la teoría de desarrollo, conocida como teoría del capital humano, no desmerece ni al análisis económico ni a las variables humanistas, sino que las relaciona buscando principalmente el desarrollo humano.

El actual concepto de capital humano, se remonta a las aportaciones de los autores clásicos, quienes mencionan que cualidades tales como: conocimientos adquiridos por los trabajadores, su salud, etc., influyen en la actividad económica.

Falgueras (2008) indica que Adam Smith es el principal autor clásico que ha tratado temas relacionados con el concepto de capital humano en su libro “la riqueza de las naciones”. Adam Smith menciona que el stock de capital de un país, es la agregación del stock de capital de sus miembros y lo clasifica con los mismos criterios que los del trabajador individual, lo que se diferencia es que además de los edificios, maquinarias y mejoras en la productividad de la tierra, incluye como parte del capital fijo de una nación, la adquisición y el mantenimiento de habilidades y conocimientos, las mismas que se pueden utilizar para crear riqueza por parte de los trabajadores, ésto se debe a que el incremento de la destreza de un trabajador es considerado igual que una máquina, que en el tiempo de preparación se incurren en gastos, pero luego se compensa por los beneficios que se generan.

Según Llerena (2010) Theodore W. Schultz y Gary Becker de la Escuela de Chicago, han hecho contribuciones importantes a la teoría de capital humano. Schultz se opone a los modelos que abogan por la inversión material y menciona que es importante y necesario invertir en capital humano, recalca el impacto positivo del incremento del capital humano en la innovación y productividad, exalta la distinción entre capital como retorno de la producción y capital como asignación del tiempo, en este último sentido se ajusta la figura del capital humano.

Schultz menciona que es necesario distinguir entre los principales grupos de actividades que mejoran las capacidades humanas: la salud y los servicios; entendidos como aquellos que mejoran la vitalidad e incrementan la esperanza de vida de las personas; el entrenamiento en el trabajo; la educación; estudios para adultos; migraciones; e individuos en búsqueda de nuevas oportunidades. Además analiza varios componentes del capital humano, entre ellos: el estado de salud de cada persona visto como capital sanitario y su contribución como servicios sanitarios (Ramírez, n.d).

Enfatiza que parte de la calidad es heredada y adquirida. El stock con el tiempo pierde su valor y por ende la inversión bruta en capital humano implica costes de adquisición y mantenimiento, entre los cuales se encuentran: el cuidado a los niños, su nutrición, vestimenta, techo, cuidados médicos y cuidado de uno mismo. El beneficio que se obtiene por medio del capital sanitario consiste en mejoras del estado de salud o eliminación de enfermedad, lo cual contribuye al trabajo, al consumo y actividades de tiempo de ocio. *“El incremento del capital sanitario y de las otras formas de Capital Humano tiende a incrementar la productividad de los obreros”* (Ramírez, n.d).

Falgueras (2008) señala que para Becker, la economía es la ciencia de los comportamientos humanos. Éste autor se caracteriza por haber realizado un gran aporte a la teoría del capital humano mencionando que cualquier clase de actividad (monetaria o no monetaria) que incide en las rentas monetarias del futuro, es conocida como inversión en capital humano. Falgueras (2008) menciona que según Becker (n.d), la educación, los gastos en cuidados médicos, charlas sobre valores (honestidad y puntualidad), formación profesional, las

migraciones, la búsqueda de información sobre precios y rentas forman parte también del capital, ya que mejoran la salud e incrementan los ingresos. Además menciona que es completamente lógico mantener la afirmación de que los gastos en educación y las atenciones médicas son inversiones en capital humano, así como también destaca que éstos son gastos que producen capital humano y no físico o financiero ya que es imposible apartar a una persona de sus conocimientos, su estado de salud o valores.

Falgueras (2008) indica que la Organización para el Comercio y el Desarrollo Económico (1998) define al capital humano como aquel que abarca el conocimiento, las capacidades y competencias que poseen las personas y que son importantes y determinantes para la actividad económica. Se considera como capital humano aquellas inversiones realizadas en educación, salud, y otros factores que ayudan al incremento de la productividad.

Se debe tomar en cuenta que capital humano engloba todas las condiciones de las personas, no solamente en lo referente a educación, sino también el conjunto de habilidades o capacidades que impulsan el desarrollo de procesos mentales tales como la memoria y lenguaje.

El capital humano es un conjunto de habilidades y capacidades que ayudan a incrementar y mantener la productividad, la innovación y la empleabilidad de una persona o comunidad. El capital humano puede tener variaciones ya sea incrementos o decrementos. Contribuye a su incremento la educación, conocimientos, destrezas y habilidades, competencias expresadas en diferentes formas según la persona.

El incrementar los niveles educativos con aprendizaje avanzado, la prolongación y calidad de vida con un buen estado de salud, es la base para un proceso de acumulación de capital humano, que no posee límite de expansión.

Según Garcés (2003) si se considerara como capital humano solamente a las destrezas con las que nace el individuo fuera mucho más fácil su medición. Las capacidades humanas incrementan o decrecen por las acciones humanas.

1.3. El Desarrollo Humano

Escribano (n.d) menciona que para finales de los 70 del siglo anterior, algunos economistas, ya destacaban la importancia de los aspectos humanos del desarrollo. Mencionaban que el principal aspecto del desarrollo, era la satisfacción de las necesidades básicas de los individuos a través de la erradicación de la pobreza, el incremento de la educación y el asegurar una nutrición y niveles de salud adecuados.

“La verdadera riqueza de una nación está en su gente. El objetivo básico del desarrollo es crear un ambiente propicio para que los seres humanos disfruten de una vida prolongada, saludable y creativa” (PNUD, 1990).

El desarrollo humano se conoce como un proceso mediante el cual se amplían las oportunidades de los individuos, las cuales se podrían extender con el tiempo. Las tres oportunidades principales son: presencia de una vida prolongada y saludable, al acceso de la educación y el disfrute de un nivel de vida decente. El PNUD menciona que si no se poseen estas tres oportunidades, otras alternativas serán inaccesibles.

El desarrollo humano tiene dos características: la primera es la formación de las capacidades humanas tales como: conocimientos, destrezas y el buen estado de salud. La segunda es el uso de las capacidades adquiridas para el descanso, producción o actividades de tipo cultural, social y político.

1.4. Desarrollo como libertad y la salud en el desarrollo

Edo & Graziano (2002) mencionan que en el enfoque del desarrollo como libertad de Amartya Sen, se argumenta que en la actualidad se ha cambiado la forma de ver al desarrollo como acumulación de capital traducido en bienes físicos, empezando a considerarlo como un proceso en el que interviene exclusivamente la capacidad productiva de los seres humanos o personas.

Sen menciona que la visión de desarrollo como libertad es diferente a la del capital humano. La principal diferencia entre éstas, es que el capital humano centra su atención en el incremento de la producción para lograr incrementar la

capacidad de las personas. Por otro lado, la visión del desarrollo como libertad, aprecia la capacidad de las personas para vivir la vida, tener razones para valorarla y varias opciones entre las cuales pueden elegir.

Se puede decir que mientras el enfoque de desarrollo como libertad coloca a las personas en el centro de la escena, el enfoque de capital humano coloca en primer lugar al crecimiento económico.

La conclusión de Sen es que se debería ir más allá del concepto de capital humano ya que su ampliación es adicional, inclusiva y alternativa a la perspectiva del desarrollo humano (Edo & Graziano, 2002).

Sen menciona que el desarrollo tiene como principal objetivo, el mejoramiento de la vida y libertades que disfrutamos las personas y precisamente una de las libertades de mayor importancia es la de gozar de buen estado de salud, es decir no estar propensos a enfermedades y causas de mortalidad que se pueden evitar. Así también menciona que es de vital importancia entender la condicionalidad de la relación entre crecimiento económico y buen estado de salud, así como es fundamental admitir la relevancia de esta relación aun que no sea condicionada ni contingente (OMS, 2000).

También se menciona que el proceso que es llevado a cabo por el desarrollo, no tiene como finalidad los incrementos de ingresos reales por habitante y se enfoca en dar especial atención a la prestación de servicios sociales tales como salud y educación que reducen los niveles de mortalidad e incrementan la esperanza y calidad de vida.

La OMS (2000) cita a Sen (n.d), quien menciona que el buen estado de la salud es la base del desarrollo. Quienes examinan si el mejor estado de salud es un buen instrumento para el desarrollo, desconocen tal vez que la salud es parte fundamental de un buen desarrollo. Además se argumenta que el buen estado de salud o el mejoramiento de ésta, es de gran contribución para el crecimiento económico.

Otro aspecto importante tomado en cuenta, es que al ser iguales todos los demás factores, el buen estado de salud y el adelanto económico se refuerzan

mutuamente. Es así que una persona que goza de un buen estado de salud, logrará obtener ingresos más fácilmente y la persona que posee ingresos más elevados logrará alcanzar asistencias médicas y mejorar su alimentación, lo que repercutirá en su nutrición y se lograrán libertades necesarias que le permitirán llevar a cabo una vida más sana.

Otro elemento a tomar en cuenta es que cuando los demás factores no son iguales, el estado de salud puede elevarse mediante diferentes medidas tales como la aplicación de políticas públicas en la creación de prestación de servicios de salud, asistencias médicas a la población vulnerable, etc.

Según la OMS (2000) la existencia de varios factores de política pueden debilitar el buen estado de la salud y el crecimiento económico, los mismos que parecen estar estrechamente relacionados.

Los ingresos generados como consecuencia del crecimiento económico pueden ser utilizados de diferentes maneras, tanto para reducir los niveles de pobreza o proveer de servicios públicos.

Un último elemento a considerar es que una economía al ser pobre no se ve impedida de conseguir grandes logros sanitarios al utilizar los recursos disponibles de una forma productiva socialmente. Sen menciona que es de mucha importancia tomar en cuenta las consideraciones económicas relacionadas con los costos del tratamiento médico de la salud y la prestación de servicios de salud.

Así mismo menciona que la prestación de servicios de salud requiere gran intensidad y aporte de mano de obra y las economías con bajos niveles salariales logran ventajas relativas otorgando mayores prioridades a las atenciones en cuestión sanitaria.

1.5. Las leyes de los pobres

Las leyes de los pobres tienen su punto de partida en Inglaterra y son la consecuencia de las reglas y prácticas con las cuales desde la primera mitad del siglo XVI se intentó suprimir el vagabundeo (Ventura, 2007).

Las ayudas legales a los pobres que se instituyeron en ese momento, se caracterizaban porque éstas se financiaban por medio de los impuestos a las propiedades; el tipo de ayuda variaba según el tipo de pobre, que iban desde limosnas y asilos para los pobres incapacitados (enfermos y ancianos), enseñanza de oficios para los niños, trabajo para los pobres capacitados y castigo o pena de prisión para aquellos que tenían, o podían y no querían realizar ningún trabajo.

Rodríguez (2003) indica que Adam Smith en el contexto de la distinción entre trabajo productivo e improductivo, mencionaba que los pobres que no trabajan (ociosos), con su improductividad absorben recursos por medio de la ayuda legal y por ende, reducen los fondos destinados para el mantenimiento del trabajo productivo. Ésto provoca la reducción de la tasa de acumulación de capital y el retraso del progreso tecnológico.

Robert Malthus realizó una oposición directa a las leyes de los pobres de su tiempo. Atacó con firmeza contra las leyes de los pobres en general y contra el sistema de Speenhamland¹ en particular. Éste desarrolló todos los argumentos que conllevaron a proponer la eliminación completa de forma gradual de las leyes de los pobres (Rodríguez, 2003).

El primer argumento se basa en que el sistema de ayuda legal a los pobres elevaba el precio de las provisiones. La principal idea era que el otorgar subsidios a los pobres, repercutía en un incremento de la demanda cuya consecuencia era la subida de los precios. El segundo argumento malthusiano se relacionaba con el principio de la población que sostenía que el otorgar subsidios a las clases trabajadoras, por ningún motivo serviría para sacarlas de la miseria, sino que solamente incentivarían el crecimiento de la población (Rodríguez, 2003).

David Ricardo aceptó los argumentos de Malthus y se manifestó en sus principios. Puso énfasis en la idea de que las leyes de los pobres disminuían la productividad del trabajo y en que éstas significaban una intrusión perjudicial en el principio de

¹El Sistema Speenhamland era un subsidio otorgado a las personas que con su salario no llegaban al mínimo de subsistencia.

la libre competencia. Ricardo concordó con Malthus en una abolición gradual de las leyes de los pobres, además mencionaba que aceptaría en las leyes de los pobres el cambio concreto de auxiliar a los enfermos y ancianos y en determinadas ocasiones, socorrer también a los niños (Rodríguez, 2003).

Marshall en sus principios de economía (1890), reconocía que el observar las necesidades humanas y asistirles, se ha desarrollado lentamente en el transcurso de la humanidad. Además daba especial atención a la importancia de las condiciones de salud, fuerza física, intelectual y moral de la población como la base de la eficiencia industrial de la que depende la producción de la riqueza material, en tanto que en sentido contrario, la gran importancia de la riqueza material radica en el hecho de que cuando es utilizada debidamente, incrementa el estado de salud, la fuerza física, mental y moral de las personas. Es decir, señala la presencia de un círculo virtuoso entre la salud mental, física y la producción de riqueza material (Chaparro & Rodríguez, n.d).

Marshall considera que la vida industrial moderna tiene características fundamentales tales como: independencia y deseo de cada persona de elegir su destino, confianza en sí mismo, acción deliberada, junto con la rapidez de decisión, de juicio, de hábito de predecir el futuro y ajustar su situación a posteriores fines. Considera que el limitar la competencia puede resultar antisocial, y de ésta afirmación se deriva su rechazo a las leyes de los pobres.

Chaparro & Rodríguez (n.d) citan a Marshall (1980) quien afirma que *“los que se aprovechaban más de esta generosidad eran, naturalmente, los más perezosos e indignos, los menos respetuosos de sí mismos y los menos emprendedores”*. La ley de pobres había creado inseguridad en los trabajadores, puesto que ordenaba ser indulgentes con el indigno, tanto como ser duro con los más dignos y laboriosos, forjando a que muchos pensarán que era una locura hacer provisiones para el futuro. Marshall mencionó que si las personas no consiguen ayuda cuando lo necesitan, éstas y sus hijos tendrán mayores probabilidades de convertirse en unas personas débiles de cuerpo y carácter y ser incapaces de colaborar con la producción de la riqueza material de un país. En el mismo sentido afirma que éstos llegarán a ser más desafortunados si con frecuencia reciben ayudas cuando verdaderamente no la necesitan, por falta de esfuerzo.

Marshall menciona que los habitantes de un país pueden hacer gastos en forma de caridad pública o privada, la misma que puede tener efectos positivos al mejorar el bienestar de las personas y contribuir al incremento del ingreso nacional real, pero éste resultado será dudoso. Otro es que cada país posee tantos pobres como los que haya decidido pagar.

Una solución a éste problema dada por Marshall fue de carácter estructural y se basó en el logro de la inclusión social por medio de alicientes y mejoras en el acceso al empleo. Otra solución fue recurrir al sistema de caridad, pues se dió cuenta de que en la sociedad se generaban nociones tendientes a lograr que los que se hayan ayudado a sí mismos y tratado de resolver sus futuras necesidades, sean mejor tratados por la sociedad que los perezosos e improductivos. Pero menciona que, en este sentido, queda mucho por hacer.

1.6. Transferencias monetarias condicionadas en efectivo

Rivera (2009) cita a Fleury & Molina (2000) quienes comentan que la evolución de las políticas de protección social, reflejan el hecho de que el Estado moderno considera la pobreza como una cuestión social, la misma que se refleja en la aplicación de las políticas públicas.

“La política social debe entenderse como el conjunto coherente de principios y acciones gestionadas por el Estado, que determinan la distribución y el control social del bienestar de una población por vía política” (Rivera, 2009).

A finales del siglo pasado, los países de América Latina, entre ellos Ecuador, han adoptado nuevos e innovadores programas de alivio de la pobreza. Cobran especial importancia los programas de TMC en efectivo, enfocados a la mejora en los niveles de educación y salud. Un ejemplo de este tipo de programas para el caso ecuatoriano es el BDH (Rivera, 2009).

La adopción del sistema de TMC en efectivo, se debe a que el libre mercado no garantiza la distribución equitativa y justa de los recursos en la sociedad y especialmente a los más necesitados. Ésta es la principal razón por la cual se requiere adoptar éstas políticas que incrementen la eficiencia en la transferencia de ingresos incrementando las oportunidades de los pobres.

Los programas de TMC se han convertido en una de las principales políticas sociales para eliminar la transmisión intergeneracional de la pobreza, disminuir la desigualdad, mejorar los niveles educativos y el estado de salud y nutrición de los niños que se encuentran bajo la línea de pobreza en economías en desarrollo.

Éste programa consiste en otorgar dinero a las madres pobres, con la condición de que envíen a sus niños a la escuela, mejoren sus niveles de nutrición y tenerlos al día en los controles de salud preventivos.

Según el Informe de Desarrollo Humano (1990) los subsidios sociales son absolutamente necesarios para los grupos de menores ingresos. Los subsidios de alimentación y de salud, elevan las oportunidades de las personas de gozar de mejores niveles de vida, siempre y cuando se destinen correctamente a las personas de bajos ingresos y se administren en forma eficiente. Constituyen un mecanismo de seguridad esencial en sociedades pobres que, por lo general, carecen de los esquemas de seguridad social.

Villatorio (2005) cita a la CEPAL (2000) que menciona que los programas de TMC encuadran en la definición de protección social como inversión en capital humano. Tiene como indicio que la falta de inversión en capital humano, origina la transmisión intergeneracional de la pobreza y menciona que a través del condicionamiento de las transferencias, se logrará incrementar las capacidades de la población más pobre, la misma que contribuirá al incremento de la producción de la economía.

La aplicación de las TMC podría ser más efectiva que las intervenciones tradicionales, al ser el condicionamiento el principal elemento de su éxito.

El hecho de que las TMC en efectivo reduzca el presupuesto que se lo hubiese podido destinar para inversiones públicas, puede tener características de eficiencia y equidad.

1.6.1. Argumentos a favor de las TMC

Se asume que el crecimiento económico es un factor de gran importancia en la superación y reducción de la pobreza. Sin embargo, sus beneficios generados no

siempre se distribuyen equitativamente en la población y, por ende, no pueden mejorar sus condiciones de vida. En base a esto, es necesaria la aplicación de políticas públicas para lograr estabilización por medio de la regulación y la dotación de bienes y servicios públicos a la colectividad. Rivera (2009) menciona que los principales instrumentos aplicados de política pública, son la distribución directa y focalizada de los recursos hacia los hogares pobres ya que en gran parte de los países subdesarrollados, el gasto público no llega hacia los sectores más pobres de la población.

En este sentido las TMC en efectivo son una política social con mayor focalización y con destino exclusivo a los pobres (Rivera, 2009).

Rivera (2009) cita a Villatoro (2005) quien argumenta que éstos programas, logran altos grados de focalización, y el hecho de llegar exclusivamente hacia los hogares pobres, les permitirá llevar a cabo planes que no hubiesen podido ejecutarlos sin la intervención del programa.

Otro argumento a favor es que las transferencias monetarias son óptimas si el monto de inversión de las familias en capital humano en los niños es demasiado bajo, es decir por debajo del nivel óptimo privado, ya que los padres pueden considerar que la inversión en salud y educación en sus hijos, no les podría generar retribuciones económicas en el futuro.

Según Rivera (2009) la aplicación de las transferencias monetarias, podrían ayudar a la reducción de los costos de oportunidad al utilizar los servicios de salud, nutrición y educación.

El hecho de transferir ayudas monetarias a los pobres, significa que éstas se dirigirán con mayor focalización y mayor eficiencia, reduciendo las asimetrías y logrando un contrato social entre el estado y los beneficiarios, el mismo que se verá aplicado con el cumplimiento de la condicionalidad (Rivera, 2009).

1.6.2. Argumentos en contra de las TMC

Rivera (2009) cita a Moreno (2007) quien menciona en primer lugar que la aplicación de los programas de TMC, proponen soluciones de eliminación de la

pobreza en forma individual o familiar, limitando la participación y formación de capital social. En base a esto, la incidencia en la disminución de la pobreza puede ser menos efectiva. Además, Moreno (2007) comenta que una de las características de la economía ecuatoriana, es que los pobres viven en barrios comunes, y el hecho de que determinadas familias de ésta condición, sean beneficiarias de las transferencias, afectará a las familias que no reciben éstos beneficios generando un resentimiento y rompiendo el nivel de confianza y la formación conjunta de capital social.

En segundo lugar, se menciona que las transferencias monetarias se enfocan solamente en ayudas a la población pobre, pero no toman en cuenta otros aspectos como la cohesión social. Se menciona que éste modelo no toma en cuenta aspectos culturales y psicosociales que podrían incidir en las elecciones y las preferencias de las personas, además de pasar por alto el tema de imperfecciones de los mercados.

Además se sostiene que las transferencias monetarias condicionadas dirigidas a las familias en extrema pobreza y con gran vulnerabilidad, no servirían para sacarlas de esa situación, sino solamente para disminuir la brecha de pobreza, mas no superarla.

Otro argumento en contra es que al optar los gobiernos por éstos sistemas de transferencias monetarias, incurren en costos de oportunidad, renunciando a otras opciones de inversión pública.

Rivera (2009) cita a Fizbein & Schady (2009) quienes recalcan que el hecho de que los hogares beneficiarios reciban mensualmente una transferencia de dinero, no implica que éstos lo utilizarán adecuadamente y mencionan que el gobierno debe enfocarse a realizar inversión en infraestructura básica para el bienestar de toda la población, tales como: construcción de carreteras, puertos, escuelas y hospitales.

Finalmente, un último argumento en contra, es que la transferencia monetaria podría provocar en los hogares el desincentivo al trabajo, incrementando las horas de ocio.

1.6.3. Explicación económica de las TMC

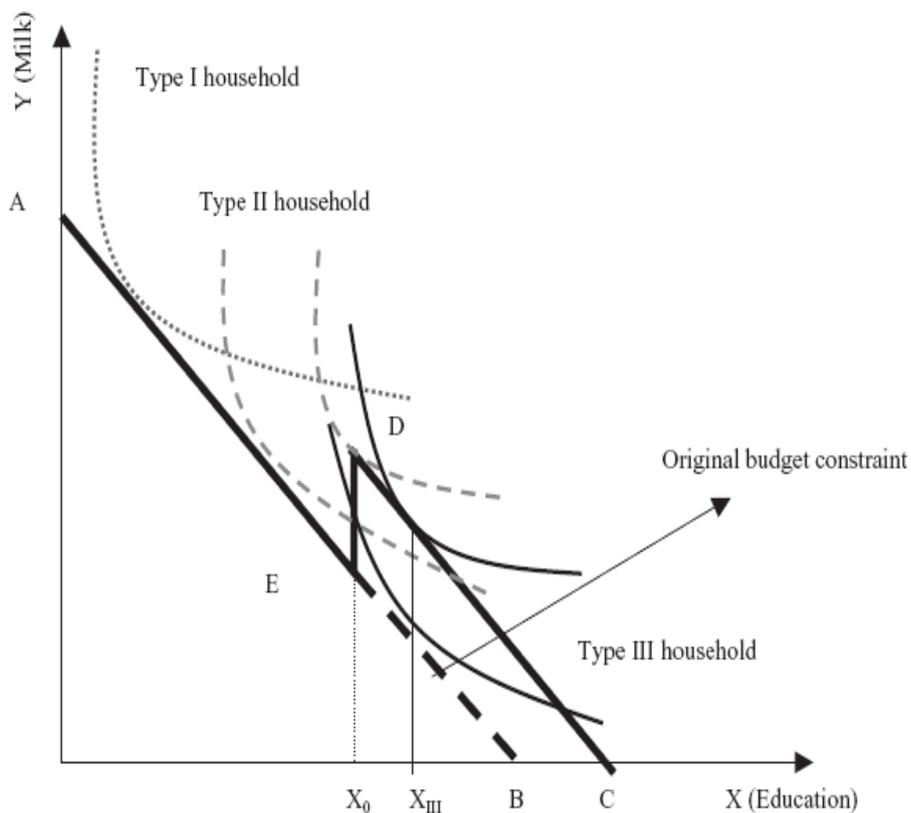
Los principales objetivos que persiguen las TMC son la eficiencia y la equidad, y el impacto del programa dependerá del cumplimiento de cada objetivo (Das, Do, Özler, 2005).

Das, Do & Özler (2005) establecen un modelo en el cuál se especifica una teoría económica, la misma que define un programa que necesita de una determinada acción para recibir un beneficio (monetario o en especie) como una transferencia en efectivo condicionada.

El programa se define como la TMC al cumplimiento de realizar inversión en capital humano ya sea en el ámbito de la educación o salud.

Dicho modelo menciona que cada hogar puede consumir dos bienes: X (por ejemplo, educación) y Y (por ejemplo leche) (Figura 1).

Figura 1. Los hogares y programas de transferencias condicionadas en efectivo



Fuente: Das, Do & Özler (2005)

Lo máximo que cada hogar puede consumir antes de formar parte del programa, está dado por la restricción presupuestaria AB. Por ejemplo si en el bien X el hogar decide gastar todo su ingreso, podrá consumir hasta la cantidad B. De igual manera, si el hogar decide gastar todo su ingreso en el bien Y, podrá consumir hasta la cantidad A.

Al implementarse el programa, la restricción presupuestaria cambia, pasando de AB a AEDC. Con ésta nueva restricción, si la familia consume cantidades inferiores a X_0 , obtiene un ingreso adicional representado por ED; pero si el hogar consume menos de X_0 , no recibe ninguna transferencia monetaria y se mantiene con su restricción presupuestaria que poseía antes de la transferencia, AE.

Es decir, X_0 representa la condicionalidad para recibir el ingreso adicional; en otras palabras, que los hogares deber por lo menos consumir esa cantidad del bien.

Dentro del modelo, existen tres diferentes tipos de hogares con distintos comportamientos. El hogar de tipo I (curva de indiferencia punteada) decide no participar en el programa, por lo que se mantiene en el mismo lugar de su restricción presupuestaria, AE, consumiendo por lo menos la cantidad requerida X_0 . El hogar de tipo II (curva de indiferencia con líneas entrecortadas) participa en el programa y se mueve de su restricción presupuestaria AE (en la que consumía menos que X_0) a consumir X_0 . El hogar de tipo III (curva de indiferencia de línea sólida) que consumía más que X_0 antes de la implementación del programa, sigue consumiendo la misma cantidad luego del inicio del programa.

En base a lo anterior, las TMC son la peor opción que transferir dinero no condicionado. Es decir, si a los hogares se les transfiriera dinero sin condicionamiento a consumir X_0 , la restricción presupuestaria de éstos estuviese dada por la línea CD, llegando hasta el eje de las Y.

En los hogares de tipo I y II, la TMC es peor que una cantidad igual de dinero sin la condicionalidad (con la Transferencia Monetaria no Condicionada (TMNC), los hogares se moverían a una curva de indiferencia mayor), y para el hogar de tipo III, la TMC equivale a una transferencia monetaria sin condición.

Los hacedores de políticas al imponer condiciones, estimulan a las familias a realizar actos que normalmente no los harían. Sin embargo, si las acciones son diferentes a las que los hogares hubiesen elegido por ellos mismos, el bienestar del hogar debe ser menor por las distorsiones en las elecciones de consumo (el bienestar de la familia con TMC es menor que el bienestar bajo las TMNC). Solamente para el hogar de tipo III, las TMC y las TMNC producen resultados equivalentes, ya que el mismo no presenta distorsiones en sus elecciones de consumo porque antes de la implementación del programa, ésta familia ya consumía X_0 .

En éste ejemplo no hay fallas de mercado, ya que las decisiones de los hogares, son decisiones óptimas para la sociedad. Pero si se supone que el hogar no toma decisiones socialmente óptimas, se puede decir que el hogar de tipo II está sub invirtiendo en educación (al decidir el hogar sus niveles de educación no toma en cuenta los efectos que ésta tiene en la sociedad).

El primer fundamento tomado en cuenta para establecer las TMC, es que dichos programas se pueden utilizar para mejorar la eficiencia cuando existen fallas de mercado en la economía. Es decir, una TMC a la educación puede provocar el incremento del bienestar de la sociedad en mayor cantidad del que proporcionaría una TMNC, a pesar de que el bienestar individual del hogar se puede reducir.

El segundo fundamento para la utilización de las TMC se relaciona con la equidad y redistribución. Cuando los hacedores de políticas solamente desean entregar dinero a los hogares pobres, se necesita implementar un filtro de beneficiarios, pero si dicha implementación resulta ser difícil y costosa, la principal solución es la aplicación de la condicionalidad que logra que los hogares pobres participen y los hogares ricos decidan no participar.

1.7. La salud en los programas de protección social

No solamente el ingreso es el único instrumento capaz de generar capacidades. Existen otros factores, tales como: atención infantil, educación básica y asistencia de salud, que no solamente elevan la calidad de vida, sino también las libertades

fundamentales y la capacidad de las personas para generar ingresos y posiblemente para vencer la pobreza (Sen, 2001).

Según Garcés (2003) la salud es considerada como un mercado en el cual intervienen oferentes y demandantes para fijar el precio y el contrato de prestación, de tal forma que éste mercado sería considerado como cualquier otro en situación de competencia que podría llegar a una situación óptima visto desde el punto económico. Sin embargo la salud debe ser provista por el gobierno en forma gratuita de manera que se asegure el acceso de todos los integrantes de la sociedad.

Las repercusiones de las tendencias económicas y políticas en la salud mundial son complejas. Según la OMS (2006) existen pruebas de la estrecha relación entre pobreza y morbilidad.

Para la población que se encuentre en pobreza, se reduce su poder adquisitivo y se incrementa la incapacidad de cubrir el valor monetario de los medicamentos, reduciéndose la demanda efectiva.

La aplicación de políticas adecuadas que incrementen la prestación de servicios de salud y factores relacionados pueden marcar una gran diferencia en lo que a la situación sanitaria se refiere, incluso en países con bajos niveles de ingresos por habitante.

Según Garcés (2003) a la salud se la considera como un bien social, y las mejoras en ésta, están estrechamente relacionadas con la reducción de la pobreza, ya que la eliminación o reducción de enfermedades, eleva la productividad de la mano de obra y por ende suben los salarios.

El incremento de la utilización de los servicios de salud, especialmente la salud preventiva, es una de las finalidades primordiales de los programas de TMC (Rivera, 2009).

CAPÍTULO II

EVIDENCIA EMPÍRICA

2.1. Introducción

Los programas de TMC se han constituido, en América Latina, en una de las principales estrategias de lucha contra la pobreza. La implementación de dichos programas ha sido apoyada por los organismos multilaterales, que los presentan como experiencias exitosas a ser tomadas en cuenta por los países y regiones en los cuales todavía no se han implementado.

En el presente capítulo, se presenta evidencia empírica de los programas TMC de seis países de Latinoamérica: Brasil, Colombia, Paraguay, Perú, México y Ecuador, en los cuales se indican los principales resultados en el ámbito de salud y nutrición de los niños beneficiarios, derivados de la condicionalidad.

La razón por la que se eligió a dichos países se debe a que se requiere tener una perspectiva más amplia acerca de la incidencia de la condicionalidad en salud y nutrición de las TMC, es decir verificar si efectivamente éstas repercuten en el mejoramiento de los indicadores de salud y nutrición de todos los países tomados en cuenta o solamente son positivos en algunos de ellos dependiendo del tiempo de vigencia del programa; es por ésto que se eligieron países que se encuentran en diferentes posiciones en lo que respecta al año de adopción del programa, destacando por su mayor representatividad: Brasil y México, seguidos por Ecuador, Colombia, Perú y Paraguay.

2.2. Programas de TMC en América Latina

Los programas de TMC se han popularizado en América Latina, como una alternativa de solución a la pobreza y de un incremento del capital humano.

Según Draibe & Riesco (2009) éstos programas operan en base a condicionalidades, es decir, que la entrega de la transferencia monetaria está sujeta al cumplimiento de ciertos requisitos por parte de los miembros de la familia, en las áreas de educación, salud (asistencia regular a los servicios de salud) y otros.

Estos programas, se caracterizan por dos objetivos comunes: el alivio de la pobreza en el corto plazo, y la reducción de la pobreza futura por medio del

incremento del capital humano de los integrantes más jóvenes de las familias en los cuales se realiza inversión en salud, nutrición y educación.

Entre las principales características de éstos programas a nivel de América Latina encontramos que: las transferencias se llevan a cabo como un subsidio a la demanda con la finalidad de lograr la estabilidad del consumo familiar e incrementar el uso de los servicios sociales por parte de los niños y adolescentes, la población objetivo de éste programa son las familias en pobreza extrema con niños en edad escolar y la entrega de dicha transferencia se realiza a las madres de familia (Draibe & Riesco, 2009).

Todos los programas de transferencias monetarias, poseen condicionalidades en salud y nutrición. En el componente de salud se entregan las transferencias con la finalidad de incrementar el ingreso de los hogares, con la condición de la asistencia de toda la familia a chequeos médicos en los centros de salud y participación de las madres en charlas educativas sobre salud. Por medio del componente alimentario, se realiza la entrega de suplementos alimenticios para los niños lactantes y madres en estado de gestación.

A continuación se detallan los seis programas de TMC en América Latina:

Tabla 1. Programas de transferencias monetarias condicionadas

| País | Programa | Año de inicio |
|----------|---------------------------|---------------|
| Brasil | Bolsa Familia | 2003 |
| Colombia | Familias en Acción | 1999 |
| Paraguay | TEKOPORA | 2005 |
| Perú | JUNTOS | 2005 |
| México | Progresar/Oportunidades | 1997 |
| Ecuador | Bono de Desarrollo Humano | 1998 |

Fuente: Francke & Cruzado (2009); Barrios, Galeano & Sánchez (2008)

2.2.1. Brasil: Bolsa Familia

El programa Bolsa Familia, se creó formalmente en Octubre del año 2003 como un componente de la estrategia “Fome Zero” (hambre cero) que ha integrado cuatro programas de transferencias que se habían venido creando desde el 2001.

Según Villatorio (2005) el programa se creó con la finalidad de: 1) combatir la miseria y exclusión social y 2) lograr la emancipación de las familias pobres.

La condicionalidad del programa está vinculada al sector salud y educación.

En salud se deberá cumplir con la vacunación y controles de crecimiento, así como con el programa de crecimiento y desarrollo (visitas médicas de control) de los niños de 0 a 6 años. También las mujeres embarazadas deben frecuentar un programa pre-natal y las mujeres lactantes de 14 a 44 años el programa de acompañamiento correspondiente.

El cumplimiento de la condicionalidad, está bajo la responsabilidad de las municipalidades en coordinación con las instituciones correspondientes. Además, es evaluado en función de toda la familia beneficiaria y no solamente como individuos particulares.

El objetivo inmediato del Programa es complementar los ingresos de las familias en extrema pobreza y las familias pobres con integrantes menores de 17 años o madres gestantes. Siempre que una familia mantenga estas características, y no incumpla las condicionalidades establecidas por el programa, puede ser beneficiaria del Programa Bolsa Familia.

2.2.1.1. Evidencia empírica en salud

A continuación se detalla el estudio: “Effects of a conditional cash transfer programme on childnutrition in Brazil” realizado por Paes, Pacheco & Shisue (2011).

Paes, Pacheco & Shisue (2011) emplearon cuatro conjuntos de datos de corte transversal de las encuestas de salud y nutrición, llevadas a cabo en el periodo

2005-2006, mediante las cuales se recolectó muestras probabilísticas de niños menores de 5 años de edad quienes fueron seleccionados.

Se pudo observar que un niño menor de 5 años inscrito en el programa Bolsa Familia, ha tenido la oportunidad en un 26% de poseer la altura adecuada para la edad y peso en comparación con los niños que no estaban inscritos en el programa. No se encontró asociación entre la inscripción en el programa Bolsa Familia y el peso para la talla.

Los niños con peso normal al nacer tuvieron entre 2.2 a 4.5 veces más probabilidades de tener adecuados índices antropométricos. Los niños con bajo peso al nacer comenzaron en una situación de desventaja y requirieron de meses o años para alcanzar el peso y la talla adecuados para la edad.

La escolaridad del jefe de familia fue asociada con una inadecuada altura para la edad y peso para la edad del niño.

Al realizar la estratificación por grupos de edad, los niños mayores de 12 meses inscritos en el programa eran más propensos a tener una altura adecuada para la edad que los niños de la misma edad que no estaban inscritos. Sin embargo, éste efecto no se observó en niños de menos de 12 meses de edad. Los niños de 12 a 35 meses y de 36 a 59 meses inscritos en el programa tenían un 19% y 41% de probabilidades más altas de tener la altura adecuada para la edad, que los niños no expuestos al programa.

2.2.2. Colombia: Familias en Acción

El programa Familias en Acción tuvo lugar a finales de los años noventa del siglo anterior específicamente en 1999, como una iniciativa del Gobierno colombiano para impulsar el mejoramiento de los indicadores sociales (Francke & Cruzado, 2009).

Según Villatorio (2005) el objetivo inicial del programa Familias en Acción era incentivar la conservación del capital humano de los hogares, mediante la entrega de subsidios condicionados a la asistencia en educación y acciones de cuidado

de la salud y nutrición de la población menor de 18 años que se encuentra en pobreza.

La selección de beneficiarios se logra mediante la aplicación de un test de medidas, llamado Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN) que clasifica a las familias en uno de seis posibles niveles SISBEN. Los puntajes posibles SISBEN se encuentran entre 0 a 100 (0 el hogar más empobrecido). El nivel 1 de SISBEN corresponde a la pobreza extrema. Las familias en áreas urbanas con un puntaje SISBEN menor de 37 y las familias en áreas rurales con un puntaje SISBEN menor de 19 son clasificadas como SISBEN nivel 1 (Vera, Attanasio, Gómez, Heredia, Romero, 2010).

Las familias son elegibles para formar parte del programa Familias en Acción si cumple los siguientes requisitos: vive en un municipio donde el programa opera; tiene un carnet de identificación colombiano; tiene niños menores de 18 años, y está clasificada como SISBEN 1.

2.2.2.1. Evidencia empírica en salud

A continuación se detalla el estudio: “Transferencias monetarias condicionadas y Nutrición Infantil” realizado por Vera, Attanasio, Gómez, Heredia, Romero, en el año 2010.

Vera, Attanasio, Gómez, Heredia, Romero (2010) emplearon datos de tres encuestas; una encuesta que sirvió de línea base y dos encuestas de seguimiento.

Los autores pudieron evidenciar que aquellos niños que vivían en los grupos de tratamiento, tenían un mayor número de chequeos de crecimiento, en comparación a los niños que vivían en los grupos de control.

Según Vera et al., (2010) lo anterior es coherente con los resultados del informe de la línea base, que indicó que los municipios de tratamiento, tenían mejor infraestructura en servicios de salud que los municipios de control. No obstante, según los resultados obtenidos, dicha diferencia no se refleja en mejor morbilidad o mejores resultados nutricionales en los grupos de tratamiento, sino que

pareciera que los niños que forman parte de los grupos de tratamiento sufrieran resultados de salud peores (los niños en los grupos de tratamiento con edades de entre 48 y 84 meses tuvieron menores valores de talla para la edad, y los niños con 24 y 48 meses de edad que vivían en la parte urbana, tenían mayor probabilidad de reportar diarrea en los últimos 15 días).

Por otro lado, también se valoró el uso de la salud preventiva. En el primer seguimiento, el programa Familias en Acción aumentó la probabilidad en un 0.15 de que los niños menores a 24 meses que vivían en áreas urbanas, estuvieran al día con la vacunación. Los niños mayores a 24 meses y los que vivían en las zonas rurales, mejoraron la vacunación. También, el programa tuvo un efecto positivo en el número de controles de crecimiento para niños mayores de 24 meses de edad en ambas áreas (urbana y rural). En el segundo seguimiento, el programa incrementó el número de controles de crecimiento solo para niños entre 48 y 84 meses, pero no para niños menores de ese rango. El programa aumentó la probabilidad de vacunación en un 0.095 para niños entre 48 y 84 meses que viven en la parte rural del municipio.

2.2.3. Paraguay: TEKOPORA

El programa se inició como piloto en el año 2005 en 5 distritos de Paraguay considerados como pobres, extendiéndose en los años posteriores a otros 10 distritos pobres ordenados según el índice de prevalencia de pobreza crónica (Barrios, Galeano & Sánchez, 2008).

Tekopora brinda asistencia a todas las familias del área urbano y rural que se encuentren en condiciones de pobreza extrema, con la finalidad de facilitar el acceso universal a salud y nutrición de los niños, mujeres embarazadas, ancianos, indígenas y discapacitados.

Las TMC del programa Tekopora incluyen las visitas a los hogares por parte de los llamados “Guías familiares” para comprobar el cumplimiento de las condicionalidades por parte de las familias y la realización de orientaciones sobre el mejoramiento del hábitat familiar, hábitos de higiene, alimentación y estado de salud.

La persona del hogar beneficiario encargada de recibir la transferencia condicionada, es la madre de familia, quien se compromete al cumplimiento de las condicionalidades en salud-nutrición y educación de los niños, chequeos continuos prenatales en caso de estar embarazada, y mejoras en la alimentación con la finalidad de mejorar la calidad de vida de dicho hogar mediante el incremento del capital humano.

Es importante mencionar que la condicionalidad en salud se verifica cada tres o cuatro meses según las zonas. Se asegura un cumplimiento cabal gracias a la presencia de los guías familiares.

2.2.3.1. Evidencia empírica en salud

A continuación se resumen los principales hallazgos del estudio: “El impacto del programa TEKOPORA de Paraguay en la nutrición, el consumo y economía local” realizado por Barrios, Galeano & Sánchez, en el año 2008.

Barrios, Galeano & Sánchez (2008) adoptaron un método de comparación entre dos grupos, uno de tratamiento constituido por los beneficiarios de las transferencias y otro grupo de control conformado por los no beneficiarios.

Dichos grupos estaban conformados por niños de 0 a 5 años de edad en base a mediciones de peso y talla, las mismas que eran tomadas antes de la implementación del programa y luego de un año de haberse iniciado.

En el estudio del estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años, se obtuvo los datos antropométricos de peso y talla de niños menores de 5 años de edad, conformándose la muestra final por 585 niños. De este grupo, 387 niños formaban parte de las familias beneficiarias.

Al realizar el análisis de la desnutrición global y desnutrición aguda entre los niños pertenecientes a los dos grupos (tratamiento y control) no se observó diferencias significativas entre éstos. Sin embargo, los autores sostienen que al evaluar la cantidad de niños con desnutrición crónica para ambos grupos, se observó mayor impacto en los niños beneficiarios, pero dicha diferencia debe ser considerada relativa ya que la muestra que contenía los niños en el grupo de tratamiento, era

la de peores condiciones de vida, ya que la talla baja tiene mucha relación con la ingesta alimentaria, menor acceso a los servicios básicos y otras variables.

2.2.4. Perú: JUNTOS

El programa nacional de apoyo directo a los más pobres JUNTOS, se creó en el año 2005 con la finalidad de contribuir al logro de superación de la pobreza, facilitar el acceso a servicios básicos en salud, nutrición e identidad, y contribuir a la preservación del capital humano especialmente en las zonas de mayor riesgo y vulnerabilidad.

Las familias son beneficiarias de JUNTOS si califican bajo los criterios previamente establecidos tales como pobreza y exclusión.

La familia que se beneficia del programa por medio de la madre de familia, se compromete a llevar a los niños menores de 5 años a los establecimientos de salud con la finalidad de que se les realice controles en salud y nutrición. Esto implica la aplicación de vacunas, suplementos vitamínicos, controles de parásitos, etc. Así mismo la madre de familia en edad fértil o embarazada, debe asistir regularmente a los centros de salud para recibir los respectivos controles prenatales, suplementos vitamínicos, nutricionales y vacunas.

Si se cumplen cabalmente las condicionalidades impuestas por el programa, los hogares recibirán mensualmente una transferencia en efectivo, caso contrario, la transferencia de efectivo se suspenderá durante tres meses o de forma indefinida.

Las metas para JUNTOS, en el corto plazo, son reducir la extrema pobreza y, en el largo plazo, desarrollar las capacidades humanas para prevenir la transmisión intergeneracional de la pobreza.

2.2.4.1. Evidencia empírica en salud

A continuación se analiza el estudio: “El impacto y potencial del programa juntos en Perú: Evidencia de una Evaluación no Experimental” realizado por Perova & Vakis (2010).

Perova & Vakis (2010) utilizaron la encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2006-2007, bases de datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), del Registro Nacional de Municipalidades (RENAMU) de los años 2006 y 2007, y el Censo Nacional de Población del 2005.

En cuanto a los impactos en la salud y nutrición, en el estudio se observa que el programa Juntos incrementó los servicios de salud principalmente por las transferencias realizadas.

Así mismo los resultados de la evaluación demuestran que la salud en los niños menores de cinco años se incrementó significativamente. Demuestra la afirmación anterior que los niños de los hogares que reciben las transferencias en efectivo, tienen el 37% más de probabilidades de tener chequeos médicos, 22% más de probabilidad de ser atendidos por el médico y 7% más de probabilidad de ser vacunados.

Sin embargo lo que notan los autores es que aun que se haya incrementado el acceso a éstos servicios básicos a los beneficiarios del programa Juntos, los niveles alcanzados están todavía muy por debajo de la meta de dicho programa.

Una de las razones de explicación sería la falta de cumplimiento de las condicionalidades del programa.

2.2.5. México: Progresas/Oportunidades

El programa de Educación, Salud y Alimentación, denominado Progresas, se creó en el año de 1997 como una alternativa a la salida de la crisis que en 1994 y 1995 azotó a la economía Mexicana.

Este programa se creó con la idea de formar el capital humano de las familias más pobres y vulnerables de México, ayudando al desarrollo normal de las capacidades, gracias a los subsidios entregados en áreas de educación, salud y alimentación. El subsidio era en efectivo y se entregaba por medio de la red financiera privada cada dos meses a las familias que se encontraban en situación de pobreza, siempre y cuando cumplieren con las condicionalidades establecidas en el programa.

Mediante el subsidio de salud se trataba de brindar a todos los miembros de la familia servicios médicos preventivos. Además se tenía como finalidad educar a las madres y demás miembros de la familia en el auto cuidado de la salud y control externo en los centros de salud.

Según Francke & Cruzado (2009) con la finalidad de ingresar y permanecer en el programa, las familias receptoras de la transferencia monetaria, por medio de la madre de familia debían de cumplir con las siguientes condiciones: Llevar a los niños menores a los centros de salud a ser debidamente inmunizados, pesados y que la madre reciba suplementos nutricionales, asista a charlas sobre salud, nutrición e higiene. Las mujeres en estado de gestación debían acudir a los centros de salud para recibir cuidado prenatal, suplementos nutricionales y educación sobre su salud e higiene. Las madres en estado de lactancia, debían acudir regularmente a los centros de salud para recibir cuidado post parto, suplementos nutricionales, educación sobre salud, nutrición e higiene.

En el año 2002 en la presidencia de Vicente Fox, Progresía fue relanzado con el nombre de Programa de Desarrollo Humano Oportunidades o más conocido como Progresía/Oportunidades.

2.2.5.1. Evidencia empírica en salud

A continuación se analiza el estudio: “El Impacto del Programa de Educación Salud y Alimentación (Progresía) sobre la Salud, realizado por Gertler (nd), citado por Progresía (2000) en su informe: Programa de Educación, Salud y Alimentación: Más oportunidades para las familias pobres: Evaluación de Resultados del Programa de Educación, Salud y Alimentación.

Se midió el impacto del programa sobre las consultas suministradas en los centros de salud.

En el último trimestre de la implementación del programa (1997) los autores pudieron evidenciar que la tasa de las consultas en las localidades de tratamiento, fue ligeramente mayor en comparación con las localidades de control, incrementándose ésta diferencia a lo largo del tiempo conforme se extendía la cobertura del programa.

Gracias a la aplicación del programa, se ha visto un notable incremento en el uso de los servicios de salud en las clínicas públicas tanto para chequeos preventivos, control de embarazo y vigilancia nutritiva. En base a lo anterior, se ha observado una disminución en el número de hospitalizaciones.

También se examinó el impacto del programa por medio de las percepciones de las madres de familia sobre la salud de sus hijos. Se observó que en ambos grupos, los niños de los hogares pobres tendían a enfermarse menos y por un menor número de días que los niños de hogares no pobres. Éste resultado es más optimista entre los niños de hogares pobres en localidades de tratamiento. Por otro lado, las tasas de morbilidad se mantienen iguales tanto en el periodo previo a la intervención del Programa en las comunidades de tratamiento y de control. Con el paso del tiempo, estas tasas disminuyen con mayor rapidez en los grupos de tratamiento.

Los autores encontraron que el impacto de Progresá en la probabilidad de que un niño se enferme, es negativa y distinta de cero. El programa redujo las tasas de morbilidad en 4.7% para los niños beneficiarios de entre 0 y 2 años; 3.2% de decremento para los niños de entre 3 y 5 años de edad.

2.2.6. Ecuador: Bono de Desarrollo Humano

En el año 1998 se implementó en Ecuador el denominado “Bono Solidario” ejecutado por el Gobierno Nacional como alternativa a los cancelados subsidios energéticos. Éste Bono era una transferencia monetaria temporal para proteger el consumo mínimo de las personas pobres afectadas con la eliminación de los subsidios. Después éste Bono se convierte en una herramienta para compensar la disminución del poder adquisitivo de los ingresos y las altas tasas de desempleo.

El Bono Solidario estaba destinado a las madres de familia pobres con hijos menores de 18 años, adultos mayores pobres (más de 65 años) y personas pobres discapacitadas. La transferencia a cada familia se realizaba a través de las instituciones bancarias a nivel nacional y correspondía a 15 dólares mensuales para familias con hijos menores.

A mediados del 2003 se cambia la denominación a “Bono de Desarrollo Humano” (BDH). Su objetivo fue ampliar el capital humano y evitar la persistencia de la pobreza, a través de la entrega de compensaciones monetarias directas a los hogares en pobreza e indigencia, incorporando corresponsabilidades específicas orientadas a la inversión en educación y salud, a fin de garantizar a los hogares un nivel mínimo de consumo, contribuir con la disminución de los niveles de desnutrición crónica y de enfermedades prevenibles para niños hasta 5 años de edad, entre otros aspectos. En este mismo año se llevó a cabo la refocalización de beneficiarios a través de la creación del Sistema de Selección de Beneficiarios SELBEN², mediante el cual se calcula un índice de bienestar que asigna un puntaje al hogar, según sus características demográficas y socioeconómicas (Younger, Ponce, Hidalgo, n.d).

Desde ésta fecha, el BDH se conoce como un beneficio monetario mensual que está condicionado al cumplimiento de requisitos establecidos por el Programa de Protección Social, en el caso de las madres.

El programa del BDH entrega una transferencia monetaria mensual a las familias con menores de edad sujetos a corresponsabilidades en salud y educación, y a personas con discapacidad.

En el año 2007, se incrementó el valor del Bono de Desarrollo Humano a la suma de treinta dólares mensuales y para el año 2009, se incrementó a 35 dólares mensuales.

2.2.6.1. Evidencia empírica en salud

A continuación se analiza el estudio: “Does Money Matter? The Effects of Cash Transfers on Child Health and Development in Rural Ecuador” realizado por Paxson & Schady en el año 2007.

²El índice SELBEN es un índice compuesto de bienestar que resume información del núcleo familiar tales como características individuales (composición demográfica y nivel de educación de los miembros), características de infraestructura de la vivienda (materiales de construcción y acceso a servicios) y equipamiento básico a través de la técnica estadística de componentes principales. El SELBEN cubre al 90% de las familias en el área rural y un porcentaje similar de familias en sectores urbanos preseleccionados por tener una alta concentración de familias pobres.

Para la selección de las familias beneficiarias del BDH, Paxson & Schady (2007) utilizan el índice de SELBEN. Sólo las familias en los dos primeros quintiles del índice SELBEN son elegibles para las transferencias monetarias. Se excluyeron a las familias con niños mayores, además solo utilizaron niños de hogares rurales a pesar de que se incluyeran a niños urbanos.

Paxson & Schady (2007) examinan los efectos del BDH en la salud y en los resultados de desarrollo, que se pueden clasificar en medidas de resultados físicos y medidas de resultados cognitivos y de comportamiento.

En los resultados físicos, los autores consideran tres medidas de desarrollo físico del niño: nivel de hemoglobina, la talla para la edad y el control motor fino.

Entre los resultados cognitivos y de comportamiento, los autores utilizaron el Test de Vocabulario en Imágenes Peabody (TVIP), prueba que se administró a los niños de 36 meses de edad y mayores.

Los resultados encontrados en lo referente al promedio de talla para la edad indican que el 27.2% de los niños sufren retraso de crecimiento. El control motor fino tiene el 16% de una desviación estándar superior en los niños del grupo de tratamiento sobre los niños del grupo de control, el vocabulario (TVIP) y las dos pruebas de la memoria (WJ-1 y WJ-2) parecen mejorar considerablemente para los niños en el cuartil más bajo de la distribución del gasto per cápita. En los niveles más altos de gasto, los resultados mejoran más lentamente o no mejoran en absoluto.

El efecto del tratamiento tiene un impacto más grande para los niños pequeños que el efecto que genera para los niños mayores (Paxson & Schady, 2007).

Paxson & Schady (2007) encuentran que relativamente las TMC en efectivo elevaron los niveles de hemoglobina de los niños más pobres, un mejor control de la motricidad fina, la mejora de los resultados cognitivos, y condujo a una reducción de los problemas de conducta.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA ANEMIA Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA DE LOS NIÑOS EN LOS GRUPOS DE TRATAMIENTO Y CONTROL

3.1. Introducción

El buen empleo de la transferencia y el cumplimiento de la condicionalidad del BDH es un factor muy importante para lograr la base del desarrollo como lo menciona Amartya Sen.

Varios autores encuadran a las TMC en efectivo en la definición de protección social como inversión en capital humano y tienen como indicio que la falta de inversión en capital humano, origina la transmisión intergeneracional de la pobreza, mencionando que a través del condicionamiento de las transferencias, se logrará incrementar las capacidades de la población más pobre, la misma que contribuirá al aumento de la producción de la economía.

En el presente capítulo se realiza un análisis comparativo de dos grupos denominados de tratamiento (beneficiarios BDH) y de control (no beneficiarios del BDH) conformados por niños de 0 a 36 meses de edad con la finalidad de comprobar si el grupo que recibe el BDH posee mayor cantidad de niños sanos y bien nutridos en comparación con aquel grupo de no beneficiarios, lo cual será atribuido al cumplimiento de la condicionalidad.

En el mismo sentido se identificará las provincias con mayor y menor porcentaje de niños con anemia y desnutrición crónica y dentro de cada una, se realizará un análisis comparativo con la finalidad de establecer si la transferencia del BDH incide en que exista menor cantidad de niños con anemia y desnutrición crónica en el grupo de beneficiarios en comparación con el grupo de no beneficiarios o dicha transferencia no es relevante.

3.2. Metodología

En el presente capítulo, se lleva a cabo un análisis transversal y descriptivo, con una muestra de niños de 0 a 36 meses de edad con representatividad a nivel nacional y provincial.

Se consideró a niños con éstas edades por el hecho de que el estado de salud y nutrición de éstos será más notable por efecto del cumplimiento o no de la condicionalidad ya que es un grupo vulnerable además de encontrarse bajo la

línea de pobreza por lo que requiere atención médica y suplementos nutricionales continuamente para su buen desarrollo físico e intelectual.

Para llevar a cabo el análisis de la situación de salud y nutrición de los niños menores de 36 meses de edad cuyas madres reciben el BDH, se toman en cuenta dos variables consideradas en el estudio que Paxson & Schady (2007) realizaron en Ecuador tales como anemia y desnutrición crónica, las mismas que permitirán la realización de una comparación a nivel nacional y provincial en los grupos de beneficiarios y no beneficiarios de las transferencias para el año 2010.

El presente análisis se realiza en base a una muestra de 240.310 niños de 0 a 36 meses de edad que reciben el BDH, la misma que proviene de encuestas realizada por el MIES-PANI, Programa Aliméntate Ecuador (AE) en el año 2010, a las madres de niños, que son atendidos por el INFA y se encuentran en situación de pobreza.

Las provincias tomadas en cuenta en el estudio son 24. El programa que facilitará el análisis será el GeoDa, que nos permitirá detectar mediante comparaciones a nivel nacional, las provincias con mayor y menor cantidad de niños con anemia y desnutrición crónica del grupo de beneficiarios del BDH.

La principal característica que determinará la incidencia de la condicionalidad del BDH es la comparación de los porcentajes de niños con anemia y desnutrición crónica en los grupos de tratamiento y control respectivamente.

3.3. Bono de Desarrollo Humano y programas afines

Dentro de los Programas de Protección Social (PPS) del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) se encuentra el BDH, que se relaciona con el programa Aliméntate Ecuador (AE) y el programa de Desarrollo Infantil del Instituto Nacional de la Familia (INFA), ya que éstos dos últimos atienden a los niños menores de 5 años de edad que se encuentran en condiciones de pobreza y una parte de ésta población es beneficiaria del BDH, y el hecho de que mejore el nivel de salud de los niños beneficiarios, es también por efecto de éstos programas, los mismos que brindan atención médica y alimentos gratuitos.

El INFA con el programa de Desarrollo Infantil, contribuye a mejorar el desarrollo integral de todos los niños y niñas de 0 a 5 años de edad, cuyas familias se encuentran en niveles de pobreza y pobreza extrema.

El Programa Aliméntate Ecuador (AE), tiene como finalidad ayudar a la población ecuatoriana y en particular a aquellos que se encuentren en desprotección, para que disfruten de condiciones de alimentación y nutrición saludables, y que alcancen la soberanía alimentaria.

3.4. Características generales de la población

Según el VII Censo de Población y VI de Vivienda realizado en el año 2010 por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), el Ecuador está constituido por 24 provincias con 4 regiones: Costa, Sierra, Oriente e Insular. Tiene 14'483.499 habitantes, de los cuales 2'131.040 son niños y niñas menores de 5 años de edad. Según el MIES (2010) un total de 926.019 niños de 0 a 5 años se encuentran bajo la línea de la pobreza; la cobertura total del INFA es de 468.154 niños y niñas del grupo mencionado anteriormente. El grupo de niños de 0 a 36 meses de edad al cual atiende el INFA y que se utiliza para el presente estudio es de 240.310.

La pobreza, acompañada de la desigualdad social en el Ecuador presenta altos niveles, lo cual ha conducido a la población marginal a vivir con deficiencias alimentarias y de salud, acarreando consecuencias negativas principalmente para los niños y niñas menores de 5 años.

Es el problema expuesto anteriormente que motivó al Gobierno ecuatoriano en el año 2003 a cambiar la denominación de "Bono solidario" por el de BDH en el que se incluía a la transferencia monetaria una condicionalidad en salud y nutrición dirigida a las madres beneficiarias con niños menores de cinco años que forman parte de la población más vulnerable del país y que se encuentran ubicados bajo la línea de pobreza, con la finalidad de brindar protección nutricional y servicios de salud para incrementar el capital humano.

Sin embargo según Badillo (2011) por la existencia de limitaciones presupuestarias, la verificación del cumplimiento de la condicionalidad, no se

pudo llevar a cabo, por lo que el programa del BDH que fue presentado como un programa de TMC, es un programa de transferencias no condicionadas.

Se inició con un monitoreo en el año 2008 y para el año 2011 éste monitoreaba apenas a 60.000 hogares beneficiarios del BDH de un total de 1'200.000 (Badillo, 2011).

Según el MIES (2010) la desnutrición en todas sus etapas y la anemia, son problemas de salud pública que requieren de la intervención multisectorial para contribuir de manera más efectiva a mejorar el estado salud y nutrición en los niños y niñas que se encuentran en situación de vulnerabilidad.

3.5. Desnutrición crónica

Según el MIES (2010) la desnutrición crónica disminuye el bienestar, retrasa el desarrollo y crecimiento de los niños limitando sus destrezas, capacidades y libertades fundamentales.

Para que los niños crezcan saludables, deben recibir una correcta alimentación basada en nutrientes. La ausencia de una buena alimentación, eleva la probabilidad de muerte, detiene el desarrollo intelectual afectando su salud y repercutiendo negativamente en el desarrollo económico de un país. La desnutrición de los niños es uno de los principales mecanismos de transmisión intergeneracional de la pobreza (Martínez & Fernández, 2003).

Son graves las secuelas que deja la desnutrición en la primera infancia ya que los niños afectados tienen mayor probabilidad de presentar severas deficiencias en sus capacidades de lenguaje y de interacción, en comparación con los niños bien nutridos.

Para los niños que llegan a la edad escolar, el limitado desarrollo cognitivo constituye una gran barrera que impide culminar sus estudios, generando un menor nivel de escolaridad y menor ingreso laboral a futuro.

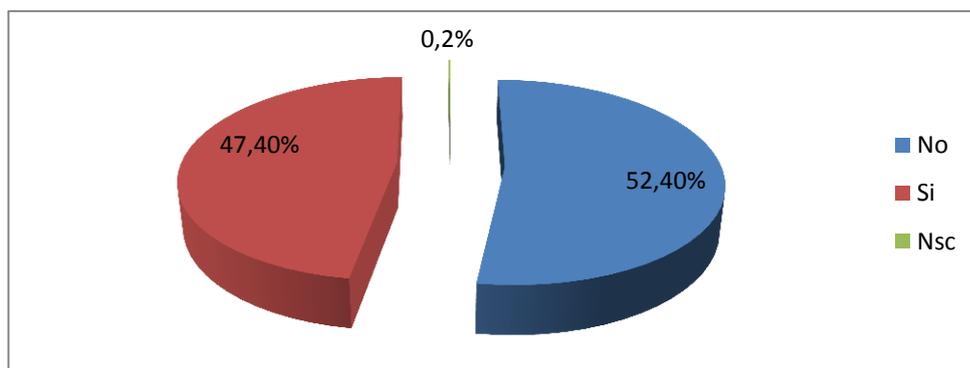
3.5.1. Desnutrición crónica en el Ecuador

A continuación se analiza, en los grupos de beneficiarios y no beneficiarios del BDH, el porcentaje de niños de 0 a 36 meses de edad que poseen desnutrición crónica o retardo en la talla.

La finalidad del análisis es realizar una comparación para determinar, si los niños en el grupo de beneficiarios gracias a la transferencia del BDH representan un menor porcentaje con desnutrición crónica en comparación con el porcentaje de niños del grupo de no beneficiarios.

En el gráfico 1, de una muestra a nivel nacional de 240.310 niños de 0 a 36 meses de edad, el 47.4% recibe el BDH, mientras que el 52.4% no lo recibe aunque se encuentra en la situación de pobreza considerada para ser beneficiarios. Finalmente el 0.2% no sabe contestar.

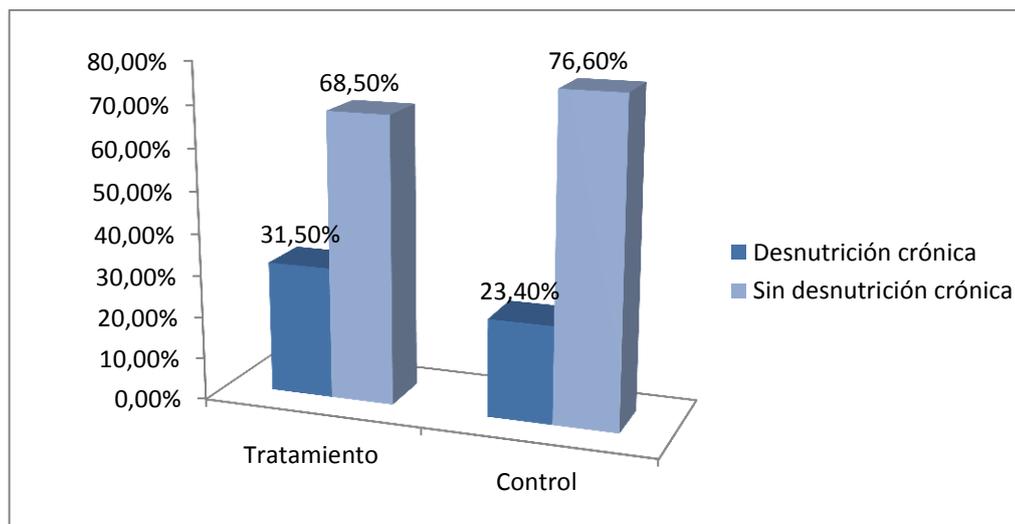
Gráfico 1. Beneficiarios y no Beneficiarios del BDH



Fuente: MIES (2012) Sistema de indicadores nutricionales del proyecto PANI MIES - Programa aliméntate Ecuador – INFA

Para efectos de comparación a nivel nacional de la efectividad de la transferencia del BDH sobre la cantidad de niños desnutridos, se toman dos grupos. El primer grupo denominado “grupo de tratamiento” conformado por los niños beneficiarios del BDH y el segundo grupo denominado “grupo de control” representado por aquellos niños que no reciben el BDH.

Gráfico 2. Desnutrición crónica en los grupos de tratamiento y control



Fuente: MIES (2012) Sistema de indicadores nutricionales del proyecto PANI MIES - Programa aliméntate Ecuador - INFA

En el gráfico 2, se observa la existencia de desnutrición crónica en el 31.5% de los niños del grupo de tratamiento y 23.4% en el grupo de control.

En el mismo sentido, el 68.5% de los niños en el grupo de tratamiento no poseen desnutrición crónica y el 76.6% de los niños del grupo de control no tienen desnutrición crónica.

Como se puede notar, en el grupo de control se encuentra la menor cantidad de niños con desnutrición crónica pese a que no reciben el BDH, mientras que la mayor cantidad de niños beneficiarios son desnutridos.

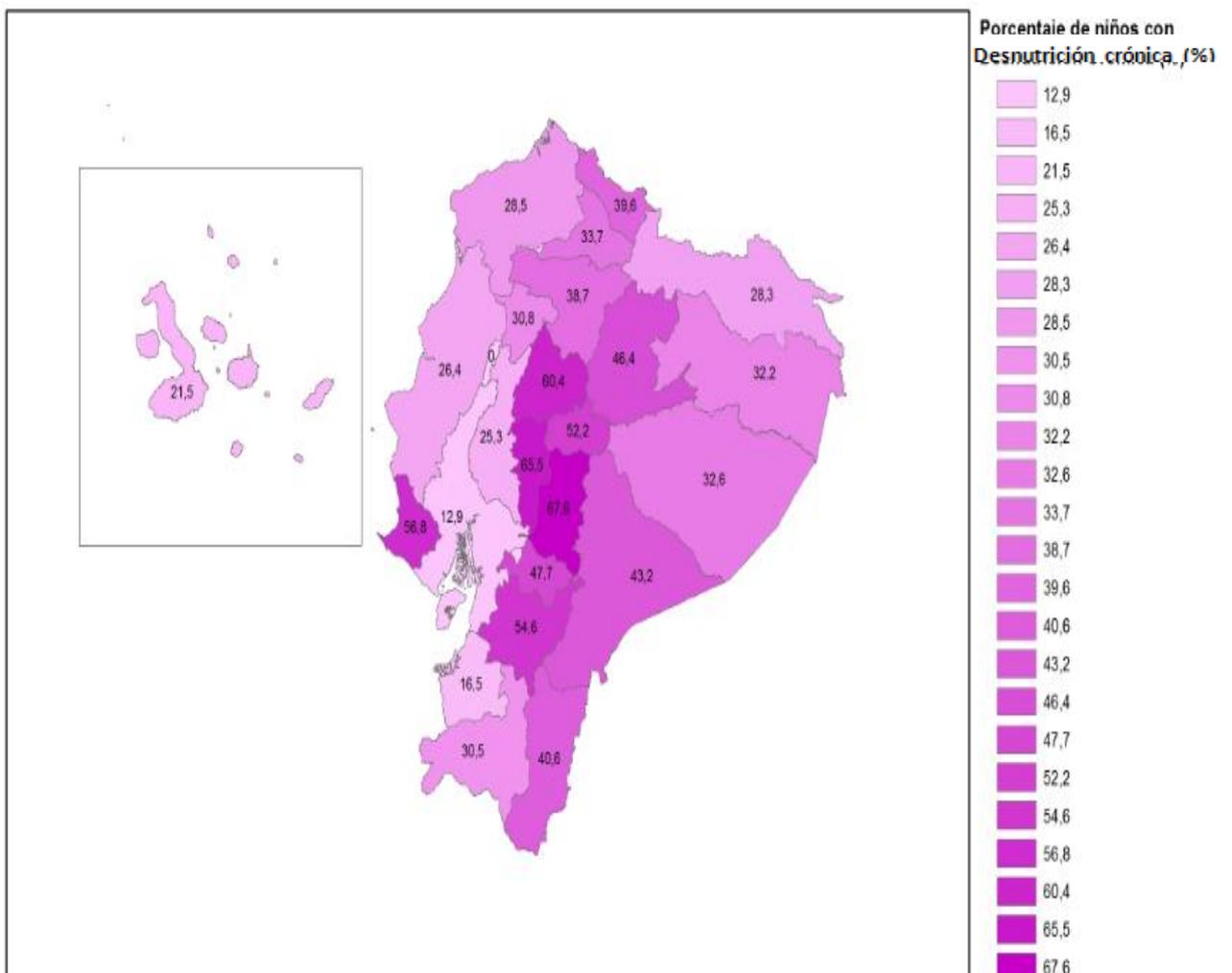
Cabe recordar que ambos grupos, tanto de tratamiento y control son atendidos por el INFA y por el programa Aliméntate Ecuador, por lo que se podría explicar el buen estado de nutrición del grupo de control debido a la entrega de complementos nutricionales. Sin embargo el hecho de que los beneficiarios del BDH reciban una transferencia monetaria adicional implicaría la existencia de mayor cantidad de niños bien nutridos debido a que las familias cuentan con mayor ingreso disponible que se lo puede destinar a la atención y alimentación integral de los niños, empero los datos demuestran lo contrario.

En conclusión, al analizar la variable desnutrición crónica, para los grupos de tratamiento y control, la misma está presente en la mayor cantidad de niños beneficiarios del BDH, explicado principalmente por la falta del cumplimiento de la condicionalidad por parte de las madres de familia y la falta del seguimiento del cumplimiento de la misma por parte del programa de protección social.

3.5.2. Desnutrición crónica en las provincias del Ecuador

A continuación se analiza en cuáles de las 24 provincias del Ecuador beneficiarias del BDH existe mayor y menor porcentaje de niños con desnutrición crónica.

Mapa 1. Desnutrición crónica en los beneficiarios del BDH en Ecuador



Fuente: Elaboración propia en base a información del MIES (2012) Sistema de indicadores nutricionales del proyecto PANI MIES - programa aliméntate Ecuador – INFA

Como se puede observar en el mapa 1, para el año 2010, la desnutrición crónica, tiene prevalencia en los beneficiarios del BDH a nivel nacional, reflejando la insuficiencia de la talla para la edad y según el SIISE (2010) es el resultado de desequilibrios nutricionales sostenidos en el tiempo que van desde el mal cuidado de la madre en el periodo de gestación hasta la mala alimentación del niño en los primeros meses de vida. Las tres provincias con mayor porcentaje de niños con desnutrición crónica y cuyas madres reciben el BDH pertenecen a la región Sierra: Chimborazo con 67.6%, Bolívar con 65.5% y Cotopaxi con 60.4%.

En cada una de las provincias mencionadas, se analiza el porcentaje de niños con desnutrición crónica tanto en el grupo de tratamiento como en el grupo de control.

Tabla 2. Análisis de los grupos de tratamiento y control de las provincias con mayor cantidad de niños con desnutrición crónica en el grupo de tratamiento a nivel nacional

| Recibe BDH | Desnutrición crónica | | | |
|-----------------------------------|----------------------|------------|---------|----------|
| | | Chimborazo | Bolívar | Cotopaxi |
| Si (Tratamiento) | Si | 67.6% | 65.5% | 60.4% |
| | No | 32.4% | 34.5% | 39.6% |
| No (Control) | Si | 38.5% | 50.4% | 40.4% |
| | No | 61.5% | 49.6% | 59.6% |

Fuente: MIES (2012). Sistema de indicadores nutricionales del proyecto PANI MIES - programa aliméntate Ecuador - INFA

Para la provincia de Chimborazo, el 56.7% recibe el BDH y el 43.1% no recibe la transferencia. En el grupo de beneficiarios del BDH, el 67.6% de los niños tienen retardo en la talla y en el grupo de control, el 38.5% de niños tienen retardo en la talla. Como se puede apreciar, la mayor cantidad de niños con desnutrición crónica se encuentra en el grupo de tratamiento, por lo que el hecho de que reciban el BDH no incide en que éste grupo esté en mejores condiciones de salud que aquellos que no lo reciben aunque se encuentran en las mismas condiciones de pobreza.

Para la provincia de Bolívar, el 63% recibe el BDH y el 36.7% no recibe dicha transferencia. De los niños beneficiarios del BDH, el 65.5% posee desnutrición

crónica, mientras que de los niños que no reciben la transferencia, el 50.4% posee retardo en la talla. La conclusión es que el mejor estado de nutrición predomina en el grupo de control debido a que éste grupo también se beneficia de las atenciones brindadas por parte del programa alimentate Ecuador y del INFA.

En la provincia de Cotopaxi, el 55.7% recibe el BDH y el 44.2% no se beneficia de la transferencia. De las madres que reciben el BDH, el 60.4% de sus hijos tienen desnutrición crónica, sin embargo de las madres no beneficiarias, el 40.4% de sus hijos posee desnutrición crónica. Se puede concluir que la mayor cantidad de niños con retardo en la talla pertenecen al grupo de los beneficiarios del BDH, mientras que la mayor cantidad de niños sanos pertenecen al grupo de los que no reciben el BDH.

Como se puede observar, en cada una de las provincias analizadas, el grupo de control posee mejores condiciones de nutrición que el grupo de tratamiento. Una de las principales razones que puede explicar este comportamiento en las tres provincias, es la falta de cumplimiento de la condicionalidad del programa por parte de los beneficiarios por desconocimiento o por no considerar la salud de sus hijos como prioridad fundamental y destinan el ingreso percibido a atender otros gastos del hogar considerados como más urgentes.

Las siguientes provincias con altos porcentajes de niños con desnutrición crónica en relación al promedio nacional (31.50%) son: Santa Elena con 56.8%, Azuay con 54.6%, Tungurahua con 52.2%, Cañar con 47.7%, Napo con 46.4%, Morona Santiago con 43.2%, Zamora Chinchipe con 40.6%, Carchi con 39.6%, Pichincha con 38.7%, Imbabura con 33.7%, Pastaza con 32.6% y Francisco de Orellana con 32.2%.

Como se puede notar existen marcadas diferencias a nivel regional, principalmente si se compara las regiones de la sierra y amazonía con la costa.

Por otro lado, como se puede observar en el mapa 1, las tres provincias con menor porcentaje de niños con desnutrición crónica en el grupo de beneficiarios del BDH, son de las regiones costa e insular, respectivamente: Guayas con 12.9%, El Oro con 16.5% y Galápagos con 21.5%.

La provincia con menor cantidad de niños que poseen desnutrición crónica a nivel nacional y que son beneficiarios del BDH es Guayas y esto se puede explicar porque la mayor parte de su población está localizada en su cabecera provincial, lo cual contribuye a que las madres y niños sean controlados con mayor frecuencia, así como también existe mayor disponibilidad de centros médicos.

A lo anterior se añade el hecho de que existen varios programas sociales que brinda la municipalidad de Guayaquil y otras instituciones sociales, enfocadas en la salud y nutrición de la población pobre. El principal programa del Municipio de Guayaquil es el programa Más Salud que atiende mediante sus brigadas médicas, a la población pobre. Por otro lado, la fundación Hogar de Cristo, cuyo fundador es un religioso chileno, brinda atención en salud comunitaria, capacitación comunitaria, programas de salud escolar, programas de nutrición, servicios de farmacia, e inmunización a las familias pobres.

A continuación, de las tres provincias mencionadas, se compara la cantidad de niños con desnutrición crónica tanto en el grupo que reciben el BDH como en el grupo que no es beneficiario.

Tabla 3. Análisis de los grupos de tratamiento y control de las provincias con menor cantidad de niños con desnutrición crónica en el grupo de tratamiento a nivel nacional

| Recibe BDH | Desnutrición crónica | | | |
|---------------------|----------------------|--------|--------|-----------|
| | | Guayas | El Oro | Galápagos |
| Si (Tratamiento) | Si | 12.9% | 16.5% | 21.5% |
| | No | 87.1% | 83.5% | 78.5% |
| No (Control) | Si | 13.0% | 15.0% | 12.6% |
| | No | 87.0% | 85.0% | 87.4% |

Fuente: MIES (2012). Sistema de indicadores nutricionales del proyecto PANI MIES - programa aliméntate Ecuador - INFA

En la provincia de Guayas, el 56.3% recibe el BDH y el restante 43.2% no recibe la transferencia. Como se puede observar en la tabla 3, del grupo de beneficiarios del BDH representados por el 56.3%, el 12.9% posee retardo en la talla, y del grupo que no recibe el BDH (43.2%) el 13% posee retardo en la talla. Como se

distingue, en la provincia de Guayas, la cantidad de niños con desnutrición crónica, tanto en el grupo de beneficiarios y no beneficiarios del BDH es bajo, caracterizándose por tener niños en mejores condiciones de nutrición por la presencia y asistencia de diferentes programas sociales existentes en esa ciudad. Al realizar la comparación entre los dos grupos, se puede concluir que existe mayor cantidad de niños con desnutrición en el grupo de tratamiento, aunque la diferencia en comparación al grupo de control no es elevada.

En la provincia de El Oro, el 37.5% recibe el BDH y el 62.5% no recibe el BDH. Del grupo que recibe el BDH, el 16.5% posee retardo en la talla y del grupo que no se beneficia del BDH, el 15% posee retardo en la talla. En la provincia de El Oro, aunque a simple vista se observa mayor porcentaje de niños con desnutrición crónica en el grupo de beneficiarios del BDH, realmente existe mayor cantidad de niños con desnutrición crónica en el grupo de no beneficiarios, debido a que dicho porcentaje se obtiene del 62.5% que representa la mayor cantidad de población localizada en los no beneficiarios del BDH.

En la provincia de Galápagos el 7.9% recibe el BDH y el 92.1% no recibe dicha transferencia. Podemos observar que del grupo que recibe el BDH, el 21.5% tiene desnutrición crónica y del grupo de no beneficiarios el 12.6% posee retardo en la talla. Existe mayor cantidad de niños con desnutrición crónica en el grupo de no beneficiarios del BDH debido a que dicho porcentaje se obtiene del 92.1% que representa a la mayor cantidad de población de la provincia.

Como se puede observar en éstas provincias, excepto la de Guayas (por una mínima cantidad), la condicionalidad del BDH ha incidido positivamente en la cantidad de niños desnutridos del grupo de tratamiento en relación con los del grupo de control.

Las provincias de Los Ríos con 25.3%, Manabí con 26.4%, Esmeraldas con 28.5%, Sucumbios con 28.3% y Loja con 30.5%, también poseen menor cantidad de niños con desnutrición crónica en comparación con el total a nivel nacional y con respecto a las demás provincias.

3.6. Anemia

Según Ruiz (2010) la anemia es la disminución de hemoglobina en la sangre por debajo del límite establecido como normal para la edad, sexo y fisiología. Es la falta de hierro en la sangre, ocasionada por la falta o mala ingesta de alimentos que contengan nutrientes. Ésta afecta a la repuesta inmune, a la duración física, a la destreza cognitiva y al desarrollo psico-social de los niños.

La anemia ocasionada por la falta de hierro es una de las principales causas de mortalidad en el mundo, afectando a más de dos tercios de los niños en países subdesarrollados (Ruiz, 2010).

Los efectos de la anemia se reflejan en el desarrollo normal, siendo completamente negativos en el desarrollo del niño que va desde la disminución del coeficiente intelectual, disminución de la capacidad de aprendizaje, incremento de la probabilidad de adquirir infecciones y la falta de resistencia a las mismas.

Los países en desarrollo, entre ellos Ecuador, se caracterizan por tener como denominador común a la anemia. Ésta afecta principalmente a la población de bajos recursos ya que no tienen la capacidad de adquirir alimentos que contengan hierro. Otro factor que conduce a la anemia de los infantes, es la suspensión de la lactancia materna a muy temprana edad, la introducción de leche sustituta antes de los seis meses, y el suministro de otros alimentos y líquidos que no contienen hierro.

3.6.1. Anemia en el Ecuador

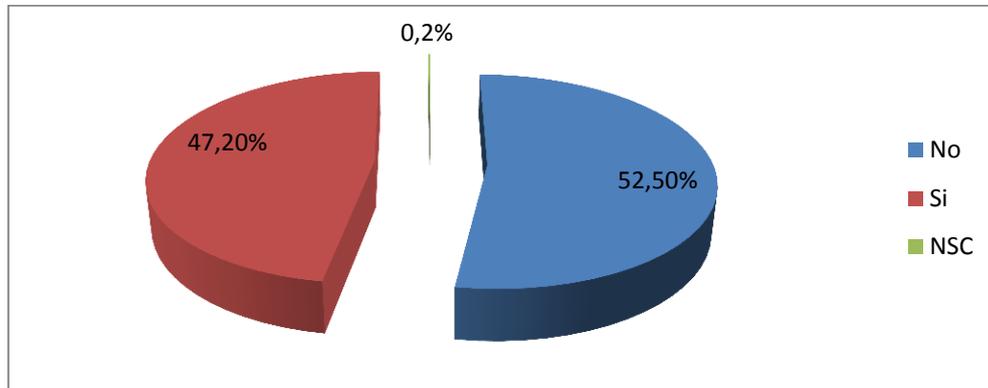
A continuación se analiza en los grupos de beneficiarios y no beneficiarios del BDH, el porcentaje de niños de 0 a 36 meses de edad que poseen anemia.

Con éste análisis se determinará, si la cantidad de niños con anemia en el grupo de tratamiento es menor en comparación a la cantidad de los niños con anemia en el grupo de control.

Como podemos observar en el gráfico 3, de una muestra a nivel nacional de 240.310 niños de 0 a 36 meses de edad, el 47.2% de las madres mencionan que

reciben el BDH, el 52.5% dicen que no reciben el BDH y el 0.2% no saben contestar.

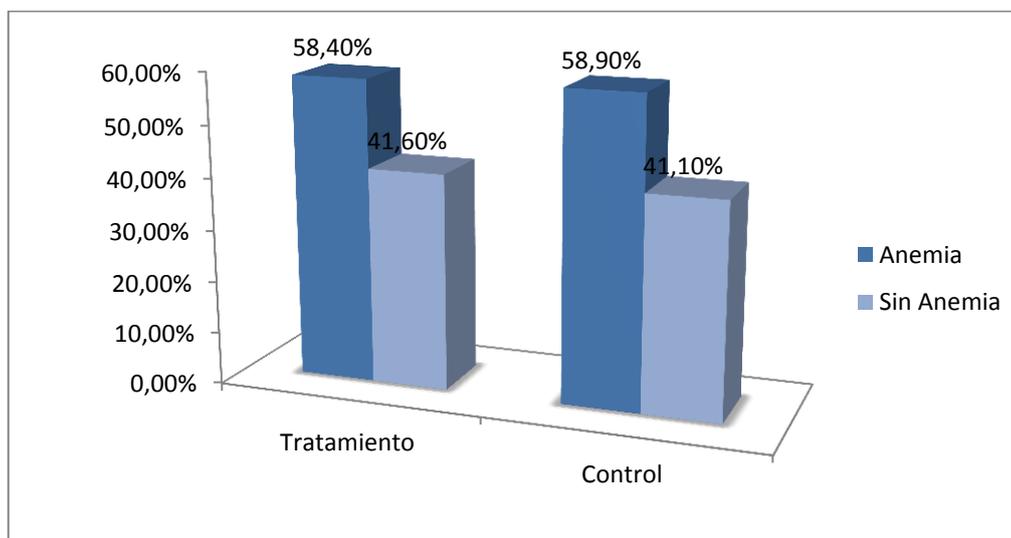
Gráfico 3. Beneficiarios y no Beneficiarios del BDH



Fuente: MIES (2012) Sistema de indicadores nutricionales del proyecto PANI MIES - Programa aliméntate Ecuador - INFA

En el grupo de tratamiento, el 58.4% de los niños tiene anemia, y en el grupo de control el 58.9% tiene anemia. En el mismo sentido, en el grupo de tratamiento, el 41.6% no posee anemia y en el grupo de control el 41.1% no tiene anemia.

Gráfico 4. Anemia en los grupos de tratamiento y control



Fuente: MIES (2012). Sistema de indicadores nutricionales del proyecto PANI MIES - programa aliméntate Ecuador – INFA

Como se puede observar en el gráfico 4, el porcentaje de niños con anemia es menor en el grupo de tratamiento, por lo que la transferencia y condicionalidad del BDH tienen un impacto positivo en la reducción de la anemia a nivel nacional en los niños beneficiarios en relación con los no beneficiarios.

Se atribuye que éstos resultados son positivos debido a la transferencia del BDH, ya que aunque ambos grupos tanto de tratamiento y control reciben atención en salud, el grupo que se beneficia del BDH, tiene la ventaja de utilizar la transferencia monetaria para elevar el nivel de salud evitando anemia gracias a la compra de hierro y alimentos ricos en éste para los niños en edad de crecimiento.

Si bien existe menor cantidad de niños con anemia en el grupo que recibe el BDH en relación al grupo de no beneficiarios, los niveles de ésta todavía son muy elevados y es necesaria la pronta solución del problema. La principal explicación de la gran cantidad de niños con anemia reside en la falta de cobertura, la ausencia de monitoreo y evaluación del cumplimiento de la condicionalidad.

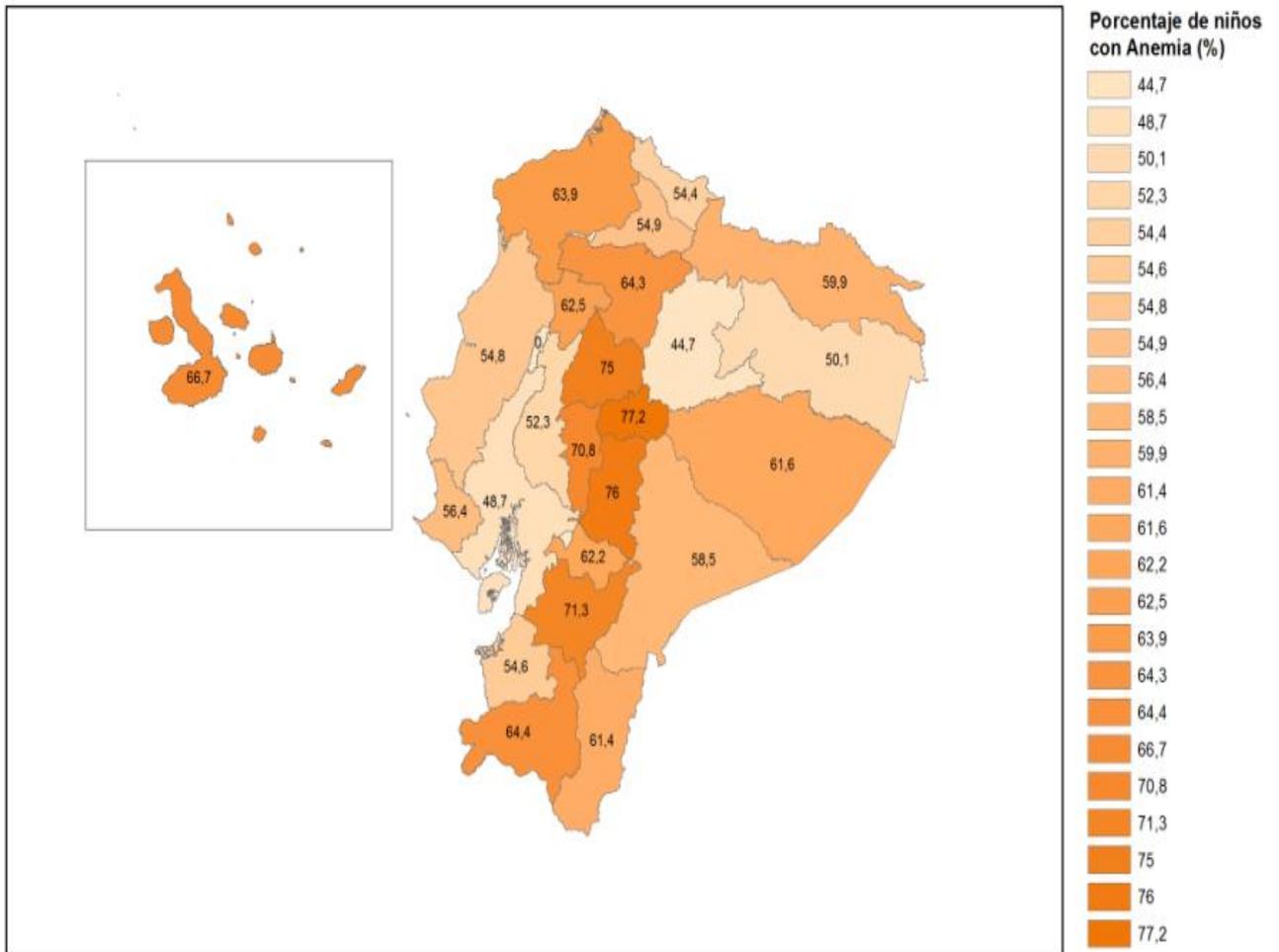
3.6.2. Anemia en las provincias del Ecuador

En la presente sección, se analiza en cuáles de las 24 provincias beneficiarias del BDH existen mayor y menor porcentaje de niños con anemia, lo que nos permitirá dar cuenta si el tipo de región y provincia incide en los resultados de salud.

El mapa 2 indica los porcentajes de niños beneficiarios del BDH con anemia en las diferentes provincias del Ecuador para el año 2010.

De todas las provincias beneficiarias del BDH, las tres que poseen mayor porcentaje de niños con anemia pertenecen a la región sierra, evidenciándose marcadamente diferencias regionales y éstas son: Tungurahua con 77.2%, Chimborazo con 76% y Cotopaxi con 75%.

Mapa 2. Anemia en los beneficiarios del BDH en Ecuador



Fuente: Elaboración propia con datos del MIES (2012) Sistema de indicadores nutricionales del proyecto PANI MIES - programa aliméntate Ecuador – INFA

De cada una de las provincias mencionadas anteriormente, se analiza los grupos de tratamiento y control, con la finalidad de comparar si la cantidad de niños con anemia en el grupo que se beneficia del BDH es menor en comparación con la cantidad de niños con anemia en el grupo que no recibe el BDH, o si por el contrario, dicha transferencia y condicionalidad no incide en absoluto en la cantidad de niños con anemia en las diferentes provincias.

Tabla 4. Análisis de los grupos de tratamiento y control de las provincias con mayor cantidad de niños con anemia en el grupo de tratamiento a nivel nacional

| Recibe BDH | Anemia | | | |
|---------------------|--------|------------|------------|----------|
| | | Tungurahua | Chimborazo | Cotopaxi |
| Si (Tratamiento) | Si | 77.2% | 76.0% | 75.0% |
| | No | 22.8% | 24.0% | 25.0% |
| No (Control) | Si | 68.7% | 68.2% | 75.6% |
| | No | 31.3% | 31.8% | 24.4% |

Fuente: MIES (2012) Sistema de indicadores nutricionales del proyecto PANI MIES - programa aliméntate Ecuador - INFA

Para la provincia de Tungurahua, el 34% recibe el BDH y el 66% no lo recibe. Como se puede observar en la tabla 4, el 77.2% de los beneficiarios del BDH posee anemia y dentro del grupo que no recibe BDH el 68.7% tiene anemia. En ésta provincia, el grupo de control posee mayor cantidad de niños con anemia por el hecho de que éste porcentaje se obtiene del 66% de niños que no reciben el BHD representando la mayor parte de la muestra.

En la provincia de Chimborazo, el 56.8% recibe el BDH y el 43% no lo recibe. En el grupo beneficiario, el 76% de los niños padecen de anemia, mientras tanto que en el grupo de control, el 68.2% tiene anemia. En ésta provincia, aunque la mayor cantidad de madres recibe el BDH, la mayor cantidad de niños con anemia se encuentra en éste grupo, evidenciándose la falta del cumplimiento de la condicionalidad.

En la provincia de Cotopaxi, el 55.5% recibe el BDH y el 44.3% no lo recibe. En el grupo de tratamiento, el 75% tiene anemia y en el grupo de control, el 75.6% tiene anemia. Existe mayor cantidad de niños con anemia en el grupo de tratamiento debido a que éste porcentaje es obtenido de la mayor cantidad de beneficiarios del BDH.

En conclusión, en dos de tres provincias analizadas existe mayor cantidad de niños con anemia en el grupo de tratamiento y en una provincia existen mayor cantidad de niños enfermos en el grupo de control.

Las provincias que siguen a las mencionadas con mayor cantidad de niños con anemia en relación al promedio nacional (58.40%) son: Azuay con 71.3%, Bolívar con 70.8%, Galápagos con 66.7%, Loja con 64.4%, Pichincha con 64.3%, Esmeraldas con 63.9%, Santo Domingo con 62.5%, Cañar con 62.2%, Pastaza con 61.6%, Zamora Chinchipe con 61.4%, Sucumbíos con 59.5% y Morona Santiago con 58.5%.

Por otro lado, como se puede observar en el mapa 2, las provincias beneficiarias del BDH que se caracterizan por poseer menor porcentaje de niños con anemia son: Napo con 44.7%, Guayas con 48.7% y Francisco de Orellana con 50.1%.

Como se puede observar la provincia del Guayas presenta menor porcentaje de niños con anemia al igual que con desnutrición crónica debido a que, como se explicó anteriormente, existen diversos programas en salud y nutrición tanto de la municipalidad y de otras instituciones sociales que brindan atención mejorando éste indicador.

A continuación de las provincias mencionadas, se realiza la comparación dentro de cada una, de la cantidad de niños con anemia tanto entre los beneficiarios y no beneficiarios del BDH.

Tabla 5. Análisis de los grupos de tratamiento y control de las provincias con menor cantidad de niños con anemia en el grupo de tratamiento a nivel nacional

| Recibe BDH | Anemia | | | |
|-----------------------------------|-----------|-------|--------|----------|
| | | Napo | Guayas | Orellana |
| Si (Tratamiento) | Si | 44.7% | 48.7% | 50.1% |
| | No | 55.3% | 51.3% | 49.9% |
| No (Control) | Si | 40.2% | 51.4% | 49.5% |
| | No | 59.8% | 48.6% | 50.5% |

Fuente: MIES (2012) Sistema de indicadores nutricionales del proyecto PANI MIES - programa aliméntate Ecuador - INFA

En la provincia del Napo, el 61.7% recibe el BDH, mientras que el 38.3% no recibe el BDH. En el grupo de tratamiento, el 44.7% de los niños beneficiarios del BDH tienen anemia y en el grupo de control el 40.2% tiene anemia. En esta

provincia la mayor cantidad de niños con anemia se encuentra en el grupo de tratamiento.

En la provincia del Guayas, el 56% recibe el BDH y el 43.5% no lo recibe. En el grupo de tratamiento el 48.7% tiene anemia, mientras que en el grupo de control el 51.4% tiene anemia. El grupo con mayor cantidad de niños con anemia es el de tratamiento.

En Francisco de Orellana, el 50.2% recibe el BDH y el 49.8% no recibe el BDH. En el grupo de tratamiento el 50.1% posee anemia y en cambio en el grupo de control el 49.5% tiene anemia. El grupo de control es aquel que posee mayor cantidad de niños sanos en comparación al grupo de tratamiento.

Como se puede observar, el hecho de que las provincias tengan menor cantidad de niños con anemia en comparación con el nivel nacional no implica que los niños con mejor estado de salud pertenezcan al grupo de tratamiento, sino como se verificó en el análisis anterior, la mayor cantidad de niños sanos se encuentra en el grupo de control de éstas provincias.

Las provincias que siguen a las tres mencionadas con menor cantidad de niños con anemia beneficiarios del BDH en relación al promedio nacional son: Los Ríos con 52.3%, Carchi con 54.4%, Imbabura con 54.9%, Santa Elena con 56.4%, Manabí con 54.8% y El Oro con 54.6%.

CONCLUSIONES

La salud de los niños es fundamental para su buen desarrollo físico y cognitivo, y por ello la preocupación del Estado por invertir en capital humano en niños en edades muy tempranas, sobre todo en aquellos pertenecientes a los grupos más vulnerables en situación de pobreza, en donde los padres de familia no tienen la capacidad económica para satisfacer las necesidades básicas de salud y nutrición.

La importancia otorgada al tema de capital humano y a la salud considerada por Schultz como la principal actividad que mejora e incrementa las capacidades humanas, la vitalidad y la esperanza de vida de las personas, ha llevado a que los gobiernos a nivel latinoamericano adopten programas destinados a reducir la pobreza de los grupos más vulnerables, principalmente de aquellos que tengan dentro del hogar a niños menores de cinco años, cuya situación crítica genera repercusiones negativas a largo plazo.

En el Ecuador, también se ha adoptado la política social de transferencias monetarias desde el año 1998 como solución a los cancelados subsidios energéticos, sin condición alguna. Sin embargo a partir del año 2003 éstas transferencias pasaron a ser “condicionadas” para las madres con niños en edad escolar a cambio de que los lleven a la escuela y a chequeos médicos, pero dicha condicionalidad no se ha llevado a cabo, sino hasta el año 2008 en el que se inspeccionó a un pequeño grupo, pero no se verificó a la totalidad de los beneficiarios.

En el análisis llevado a cabo para el año 2010, al comparar la variable desnutrición crónica de los niños tanto de los grupos de tratamiento y control a nivel nacional, se pudo observar que el 31.5% de los niños del grupo de tratamiento tienen desnutrición crónica, frente al 23.4% de los niños del grupo de control, observándose mayor porcentaje de niños desnutridos en el grupo de tratamiento por lo que las transferencias monetarias no han tenido impacto en la reducción de la cantidad de niños con desnutrición crónica en comparación con los niños del grupo de control a nivel nacional.

Al analizar la cantidad de niños con desnutrición crónica en el grupo de beneficiarios del BDH a nivel de las 24 provincias, se pudo observar que las tres provincias con mayor cantidad de niños desnutridos en relación al promedio nacional (31.5%), pertenecen a la región sierra. Entre ellas: Chimborazo con 67.6%, Bolívar con 65.5% y Cotopaxi con 60.4%. De estas tres provincias al realizar la comparación dentro de cada una de los grupos de tratamiento y control, se observó la existencia de mayor cantidad de niños desnutridos en el grupo de tratamiento.

En el mismo sentido, a nivel nacional se pudo observar en el grupo de los beneficiarios del BDH, que las tres provincias con menor cantidad de niños desnutridos son: Guayas con 12.9%, El Oro con 16.5% y Galápagos con 21.5%. De estas tres provincias, al realizar una comparación interna de los grupos de tratamiento y control, se observó que en la provincia de Guayas, existe mayor cantidad de niños con desnutrición dentro del grupo de tratamiento y en las otras dos provincias la mayor cantidad de niños desnutridos, pertenecen al grupo de control.

Al realizar la comparación de la variable anemia de los niños menores de 36 meses de edad beneficiarios y no beneficiarios del BDH a nivel nacional, se pudo observar que el 58.4% del grupo de tratamiento tiene anemia, mientras que el 58.9% del grupo de control tiene anemia. Para la variable anemia, se puede decir que el BDH a nivel nacional ha incidido positivamente demostrándose por medio de menor cantidad de niños con este padecimiento.

Al analizar el porcentaje de niños con anemia en el grupo de beneficiarios del BDH a nivel nacional, se pudo observar que las tres provincias con mayor porcentaje de niños anémicos en relación al promedio nacional y que reciben en BDH son: Tungurahua con 77.2%, Chimborazo con 76% y Cotopaxi con 75%. De éstas provincias, al realizar la comparación interna en cada una de los grupos de tratamiento y control, se pudo evidenciar que en las provincias de Chimborazo y Cotopaxi, la mayor cantidad de niños con anemia se encuentran en el grupo de tratamiento, mientras que en la provincia de Tungurahua, la mayor cantidad de niños con anemia se encuentran en el grupo de control.

Las tres provincias a nivel nacional beneficiarias del BDH con menor cantidad de niños con anemia son: Napo con 44.7%, Guayas con 48.7% y Francisco de Orellana con 50.1%. De éstas provincias al analizar los grupos de tratamiento y control en cada una se observó que en el provincia de Napo la mayor cantidad de niños con anemia se encuentra en el grupo de tratamiento, en la provincia de Guayas, el grupo con mayor cantidad de niños con anemia es el de tratamiento y en Francisco de Orellana el grupo de tratamiento es aquel que posee mayor cantidad de niños con anemia.

Las condiciones de desnutrición crónica y anemia en los niños del Ecuador, varían de una provincia a otra, justificadas por la concentración de instituciones para su asistencia, grupos étnicos relegados y pobreza a nivel rural.

Para la variable desnutrición crónica, se puede decir que a nivel nacional y provincial, la transferencia del BDH no ha incidido en la reducción de niños con este padecimiento en comparación al grupo de control.

Para la variable anemia a nivel nacional, el BDH ha tenido influencia positiva en la reducción de niños con esta enfermedad, sin embargo como se mencionó al inicio de la investigación, estos resultados se deben también al suministro de otros servicios sociales que velan por la salud y nutrición de la población vulnerable. Es importante recalcar que éste resultado no es el mismo para las provincias analizadas, ya que la mayor cantidad de éstas poseen la mayoría de niños sanos en el grupo de control.

Es necesario aclarar que los resultados negativos se deben a la falta del cumplimiento de la condicionalidad por parte de las madres de familia, así como también la falta de verificación por parte del programa.

RECOMENDACIONES

Como se ha podido observar en el análisis realizado, el hecho de que determinadas familias reciban una transferencia de dinero, no implica que sus hijos vayan a tener mejor nivel de salud y nutrición en relación a los demás que no lo reciben. Existen diversos factores que inciden en las decisiones de gasto de dichas transferencias, entre ellos el más importante es la existencia de otras necesidades a ser cubiertas inmediatamente dentro del hogar.

Es importante mencionar que sin el cumplimiento de dichas condicionalidades la transferencia del BDH incrementará la pobreza, en lugar de reducirla.

Las capacidades humanas incrementan o decrecen por las acciones humanas según Garcés (2003). Es por ello que la asistencia del Gobierno Nacional a través de las TMC, debe ser bien focalizada, así como brindar mayores facilidades de acceso a la población vulnerable con niños menores de 5 años y que todos éstos reciban completa atención integral de tal manera que los recursos invertidos sean completamente aprovechados y que dicha inversión se plasme en el incremento de las capacidades cognitivas de los niños.

El Estado debe incrementar el gasto en programas de desarrollo infantil, salud y alimentación, con redistribución equitativa en cada una de las 24 provincias de acuerdo a la cantidad de grupos beneficiarios en cada una y enfocarse, especialmente, en aquellas provincias de la sierra que presentan peores condiciones de salud y nutrición.

Las decisiones de inversión y gasto del Gobierno Nacional deben estar dirigidas, en mayor cuantía, a la reducción de la pobreza intergeneracional por medio del incremento de oferta de servicios de salud, de infraestructura, de personal médico capacitado, de alimentos destinados a la nutrición de los niños, etc. Sin embargo éstos deben ser sometidos a evaluaciones estrictas para verificar su calidad y el conocimiento de la población sobre estos servicios.

Es importante que el Gobierno Nacional incremente campañas de salud, informando sobre los beneficios y consecuencias de asistir o no a los chequeos

médicos durante el periodo de embarazo, parto, control de los niños recién nacidos y de los niños en edades de crecimiento.

Se debe contar con un programa de protección social que sea capaz de implementar a nivel nacional y en el 100% el control de las condicionalidades a los grupos beneficiarios del BDH. Se debe ampliar la cobertura y protección desde la atención pre natal, gestación, nacimiento y desarrollo de los niños que se encuentran en los grupos de vulnerabilidad. Para realizar el pago mensual de la transferencia, se debe exigir a cada madre el carnet de visitas al centro de salud, así como también comprobar que parte de la transferencia mensual recibida, esté destinada a la alimentación y suplemento vitamínico de los niños. También se debe animar a las madres a participar en charlas sobre salud e higiene cuya asistencia sea un requisito para recibir el subsidio.

Los hogares pobres necesitan ser atendidos de una manera eficaz de acuerdo a sus necesidades y en el entorno socioeconómico en el cual habiten. Un aspecto a tomar en cuenta es que muchos de los hogares en situación de extrema pobreza se ubican en el área rural en muchos barrios marginados y por sus condiciones no conocen de sus derechos a una atención de salud gratuita y de calidad; posiblemente ésta sea la principal razón por la que no asisten a chequeos tanto de las madres como de sus hijos, por esta razón el programa de protección social debe extender su cobertura hasta estas zonas relegadas y por medio de sus representantes y brigadas médicas realizar visitas a cada uno de los hogares beneficiarios del BDH para el control de la salud, la provisión de suplementos vitamínicos y la realización de orientaciones sobre el mejoramiento del hábitat familiar y hábitos de higiene.

El control de la corresponsabilidad se debe llevar a cabo de manera continua y permanente tanto en el área urbana y rural, difundiendo la importancia del cumplimiento y su repercusión en salud y nutrición.

BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Badillo, A. (2011). El efecto asociado de la condicionalidad del Bono de Desarrollo Humano del Ecuador en la salud y desarrollo infantil. Consultado en 10 de junio 2012. Disponible en URL:<http://flacsoandes.org/dspace/bitstream/10469/3249/1/TFLACSO-2011ALBS.pdf>
- ✓ Barrios, F., Galeano, L., & Sánchez, S. (2008). El impacto del programa Tekopora de Paraguay en la nutrición, el consumo y economía local. Consultado en 10 de abril 2011. Disponible en URL:<http://www.rlc.fao.org/es/prioridades/seguridad/ingreso3/pdf/mejorando.pdf>
- ✓ Chaparro, G., & Rodríguez, S. (n.d). Las leyes de pobres: un debate inconcluso. Consultado en 10 de abril 2011. Disponible en URL: http://www.econ.uba.ar/www/institutos/epistemologia/marco_archivos/XVI%20Jornadas%20de%20Epistemologia/HISTORIA%20DEL%20PENSAMIENTO%20ECON%20MICO%20Y%20METODOLOG%20CDA%20DE%20LA%20HISTORIA/Chaparro%20y%20Rodriguez%20LAS%20LEYES%20DE%20POBRES.%20UN%20DEBATE%20INCONCL.pdf
- ✓ Das, J., Do, Q., & Özler, B. (2005). Reassessing conditional cash transfer programs. Consultado en 10 de abril 2011. Disponible en URL: http://www.development.wne.uw.edu.pl/uploads/Courses/DW_cash_transfers2.pdf
- ✓ Draibe, S., & Riesco, M. (2009). El Estado de bienestar social en América Latina: Una nueva estrategia de desarrollo. Consultado en 10 de abril 2011. Disponible en URL:<http://www.fundacioncarolina.es/esES/publicaciones/documentostrabajo/Documents/DT31.pdf>
- ✓ Edo, M., & Graziano, R. (2002). Amartya sen y el desarrollo como libertad. La viabilidad de una alternativa a las estrategias de promoción del desarrollo. Consultado en 10 de abril 2011. Disponible en URL:<http://www.panzertruppen.org/2011/economia/mh015.pdf>

- ✓ Escribano, G. (n.d). Tema 1. Teorías del desarrollo económico. Consultado en 10 de abril 2011. Disponible en URL:<http://www.uned.es/deahe/doctorado/gescribano/teorias%20desarrollo%20oei.pdf>
- ✓ Falgueras, I. (2008). Capital Humano. Consultado en 10 de abril 2011. Disponible en URL:<http://www.economiaandaluza.es/sites/default/files/cap544.pdf>
- ✓ Francke, P., & Cruzado, E. (2009). Transferencias Monetarias Condicionadas e Instrumentos Financieros en la Lucha contra la Pobreza. Consultado en 05 de Febrero 2012. Disponible en URL:http://www.proyectocapital.facipub.com/facipub/upload/publicaciones/1/140/francke_cruzado_transferencias_monetarias_condicionadas_e_instrumentos_financieros_en_la_lucha_contra_la_pobreza.pdf
- ✓ Garcés, I. (2003). Impacto distributivo del gasto público social vía subsidio directo en los sectores educación y salud básica en el Ecuador en el periodo 1994 2001. Consultado en 05 de Febrero 2012. Disponible en URL:<http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/1122>
- ✓ Gertler, P., (n.d). El Impacto del Programa de Educación Salud y Alimentación (Progesa) sobre la Salud. Consultado en 10 de abril 2011. Disponible en URL:http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd53/Gertler_salud.pdf
- ✓ Vera, M., Attanasio, O., Gómez, L., Heredia, P., & Romero, J. (2010). Transferencias monetarias condicionadas y Nutrición Infantil. Consultado en 10 de abril 2011. Disponible en URL:http://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/documentos/Transferencias_monetarias_condicionadas_y_Nutricion_Infantil.pdf
- ✓ Llerena, M. (2010). Una evaluación no experimental de impacto en la educación: el caso del bono de desarrollo humano en el Ecuador, período 2006 2007. Consultado en 05 de Febrero 2012. Disponible en URL:<http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/944>

- ✓ Martínez, R., & Fernández, A. (2003). Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe. Consultado en 10 de junio 2012. Disponible en URL:<http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/Desafiosnutric.pdf>
- ✓ MIES (2010). Proyecto alimentario nutricional integral. Consultado en 10 de junio 2012. Disponible en URL:<http://www.alimentateecuador.gob.ec/contenidos.php?id=2295>
- ✓ MIES (2010). Programa alimentario nutricional integral – PANI. Consultado en 10 de junio 2012. Disponible en URL:<http://www.alimentateecuador.gob.ec/images/documentos/PROYECTO%20COMPLETO%20SEMPLADES%202010.pdf>
- ✓ MIES (2010). Ministerio de Inclusión Económica y Social: Programa Aliméntate Ecuador: proyecto alimentario nutricional integral PANI. Consultado en 10 de junio 2012. Disponible en URL:<http://www.alimentateecuador.gob.ec/images/documentos/EL%20PROBLEMA.pdf>
- ✓ MIES (2012). Programa de protección social. Consultado en 10 de abril 2011. Disponible en URL: <http://www.pps.gob.ec/PPS/PPS/BaseLegal.aspx>
- ✓ Moreno, L. (2007). Lucha contra la pobreza en América Latina: ¿selectividad y Universalismo? Consultado en 10 de abril 2011. Disponible en URL: <http://www.ipp.csic.es/RePec/ipp/wpaper/dt-0705.pdf>
- ✓ OMS (2000). La salud en el desarrollo. Amartya Sen. Consultado en 10 de abril 2011. Disponible en URL:http://whqlibdoc.who.int/boletin/2000/RA_2000_2_16-21_spa.pdf
- ✓ OMS (2006). Salud pública, innovación y derechos de propiedad intelectual. Consultado en 05 de Febrero 2012. Disponible en URL:http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/Salud_publica_innovacion_y_propiedad.pdf

- ✓ Paes, R., Pacheco, L., & Shisue, E. (2011). Effects of a conditional cash transfer programme on child nutrition in Brazil. Consultado en 10 de Abril 2011. Disponible en URL: <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/7/10-084202.pdf>
- ✓ Paxson, C., & Schady, N. (2007). "Does Money Matter? The Effects of Cash Transfers on Child Health and Development in Rural Ecuador". Consultado en 10 de Abril 2011. Disponible en URL: http://siteresources.worldbank.org/SAFETYNETSANDTRANSFERS/Resources/281945-1131468287118/1876750-1214407879513/PaxsonSchady_010108.pdf
- ✓ Perova, E., & Vakis, R. (2010). "El impacto y potencial del programa juntos en Perú: evidencia de una evaluación no experimental". Consultado en 10 de abril 2011. Disponible en URL: <http://www.juntos.gob.pe/images/noticias/2011/01/El-Impacto-Potencial-de-JUNTOS-Banco-Mundial.pdf>
- ✓ PNUD (1990). Desarrollo humano informe 1990. Consultado en 10 de abril 2011. Disponible en URL: http://hdr.undp.org/en/media/hdr_1990_es_indice.pdf
- ✓ Progresá (2000). Programa de Educación, Salud y Alimentación: Más oportunidades para las familias pobres. Evaluación de Resultados del Programa de Educación, Salud y Alimentación. Consultado en 10 de abril 2011. Disponible en URL: http://evaluacion.oportunidades.gob.mx:8010/441c7c1a3d30adf64e0e724174a9d527/impacto/2000/ifpri_2000_aspectos_operativos.pdf
- ✓ Ramírez, D. (n.d). Capital Humano como factor de crecimiento económico: caso departamento de caldas (Colombia) 1983 2003. Consultado en 10 de abril 2011. Disponible en URL: <http://www.eumed.net/libros/2007b/271/index.htm>
- ✓ Rivera, S. (2009). Impacto de una transferencia condicional en efectivo sobre las decisiones laborales de los beneficiados: un análisis del bono de desarrollo humano del Ecuador años 2005 – 2006. Consultado en 05 de Febrero 2012. Disponible en URL: <http://www.eumed.net/libros/2010b/703/indice.htm>

- ✓ Rodríguez, J. (2003). La economía laboral en el periodo clásico de la historia del pensamiento económico. Consultado en 10 de junio 2012. Disponible en URL: <http://www.eumed.net/tesis/jcrc/completa.pdf>
- ✓ Ruiz, P. (2010). Evaluación de la fase uno del programa de suplementación con hierro chis-paz en los niveles de hemoglobina en menores de cinco años, provincia de Chimborazo, 2010. Consultado en 10 de junio 2012. Disponible en URL: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1077/1/34T00207.pdf>
- ✓ Sanabria, M. (n.d). Determinantes del estado de salud y nutrición de niños menores de 5 años en situación de pobreza, Paraguay eih 2000/01. Consultado en 10 de junio 2012. Disponible en URL: <http://www.dgeec.gov.py/MECOVI/TEXTO%20DE%20MARTA%20S.%202002.pdf>
- ✓ Sen, A. (2001). La desigualdad económica. Primera Edición. Impreso en México.
- ✓ SIISE (2012). Desnutrición crónica. Consultado en 10 de junio 2012. Disponible en URL: http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/SALUD/ficsal_N01.htm
- ✓ Ventura, N. (2007). Dificultades que se presentan por la aplicación de criterios personales en la interpretación de las normas jurídicas en materia laboral. Consultado en 05 de Febrero 2012. Disponible en URL: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/04/04_7042.pdf
- ✓ Vera, M., Attanasio, O., Gómez, L., Heredia, P., Romero, J. (2010). Transferencias monetarias condicionadas y Nutrición Infantil. Consultado en 10 de abril 2011. Disponible en URL: http://www.eurosocialfiscal.org/uploads/documentos/centrodoc/20100326_120333_Transferencias_monetarias_condicionadas_y_Nutricion_Infantil.pdf

- ✓ Villatorio, P. (2005). Programas de transferencias monetarias condicionadas: experiencias en América Latina. Consultado en 05 de Febrero 2012. Disponible en URL :<http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/3/22213/G2282eVillatoro.pdf>

- ✓ Younger, S., Ponce, J., Hidalgo, D. (n.d). El impacto de programas de transferencias a las madres de familia en la seguridad alimentaria de los niños: un análisis comparado de los casos de México y Ecuador. Consultado en 10 de abril 2011. Disponible en URL:www.rlc.fao.org/es/prioridades/seguridad/ingreso3/pdf/impacto.pdf