



## EVALUACIÓN DE DISEÑO

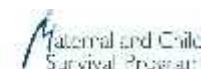


# Estrategia Nacional para la Prevención de la **DESNUTRICIÓN CRÓNICA**

DRA. ANABELLE BONVECCHIO  
DRA. MISHEL UNAR  
Mtra. SELENE PACHECO  
DR. JUAN ÁNGEL RIVERA DOMMARCO

2016 - 2020 GUATEMALA

Instituto Nacional de Salud Pública  
México. JUNIO, 2019





# INTRODUCCIÓN

La evaluación de diseño de la estrategia de prevención de la **Desnutrición Crónica-ENDPC** se realizó en el marco de cooperación entre los Gobiernos de **Guatemala, México y los Estados Unidos** a través de **USAID** y su proyecto MCSP en respuesta a solicitud de cooperación de la **Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional**.



Instituto Nacional  
de Salud Pública

GUATEMALA  
presenta una de las  
prevalencias de  
**DESNUTRICIÓN  
CRÓNICA** más  
alta a nivel mundial



Fuente: WB Open data. Stunting ; UNICEF (2011) Estado Mundial de la Infancia; ENSMI 2015. Ministerio de Salud de Guatemala



Instituto Nacional  
de Salud Pública

## PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN GUATEMALA



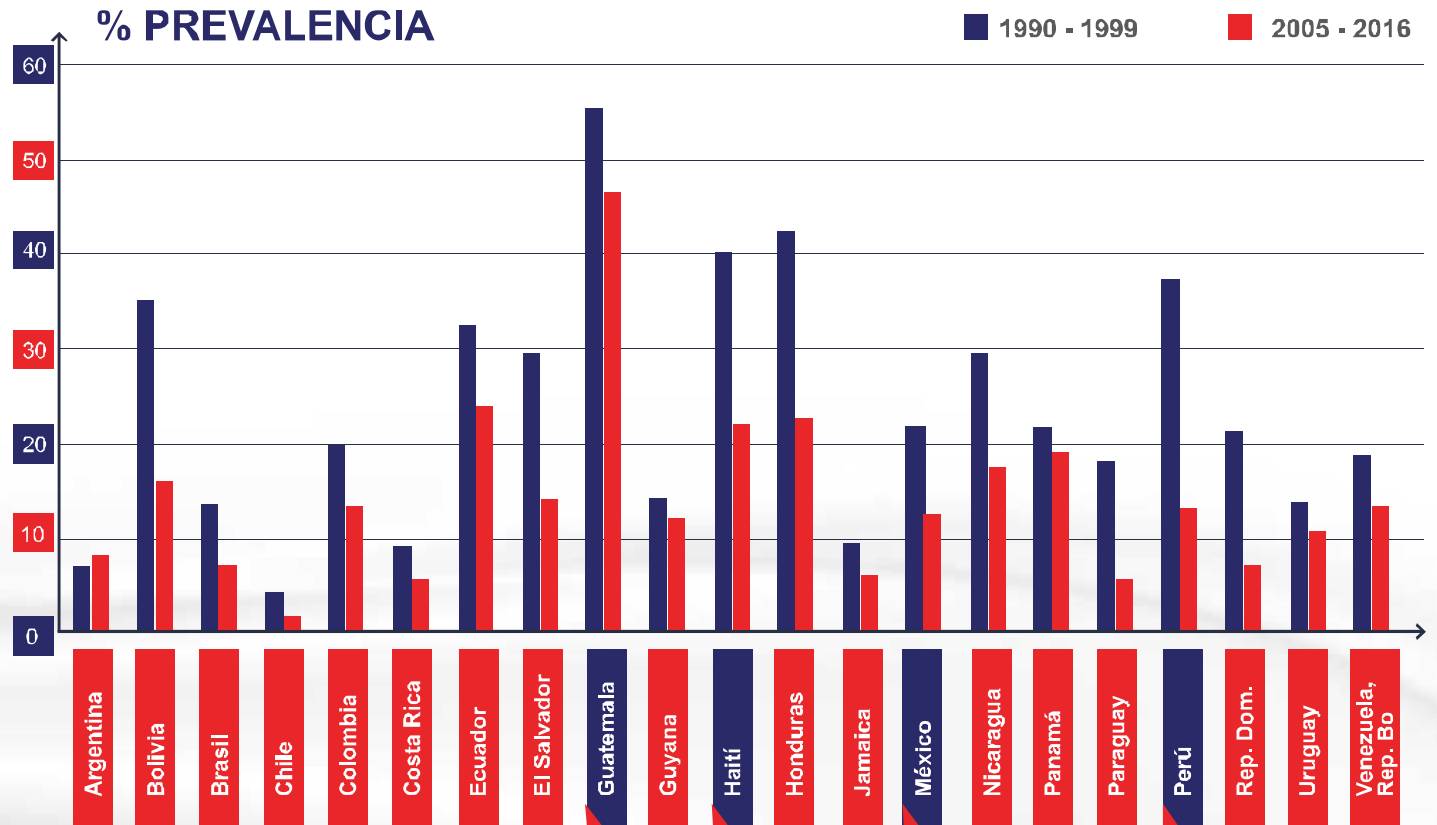
Fuente: MSPAS. ENSMI. PRESANCA. ¿Ha crecido Centroamérica?, 2009.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto Nacional de Estadística (INE), ICF Internacional, Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015, Ciudad de Guatemala, Guatemala.



Instituto Nacional  
de Salud Pública

## Prevalencia de **DESNUTRICIÓN CRÓNICA** en AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



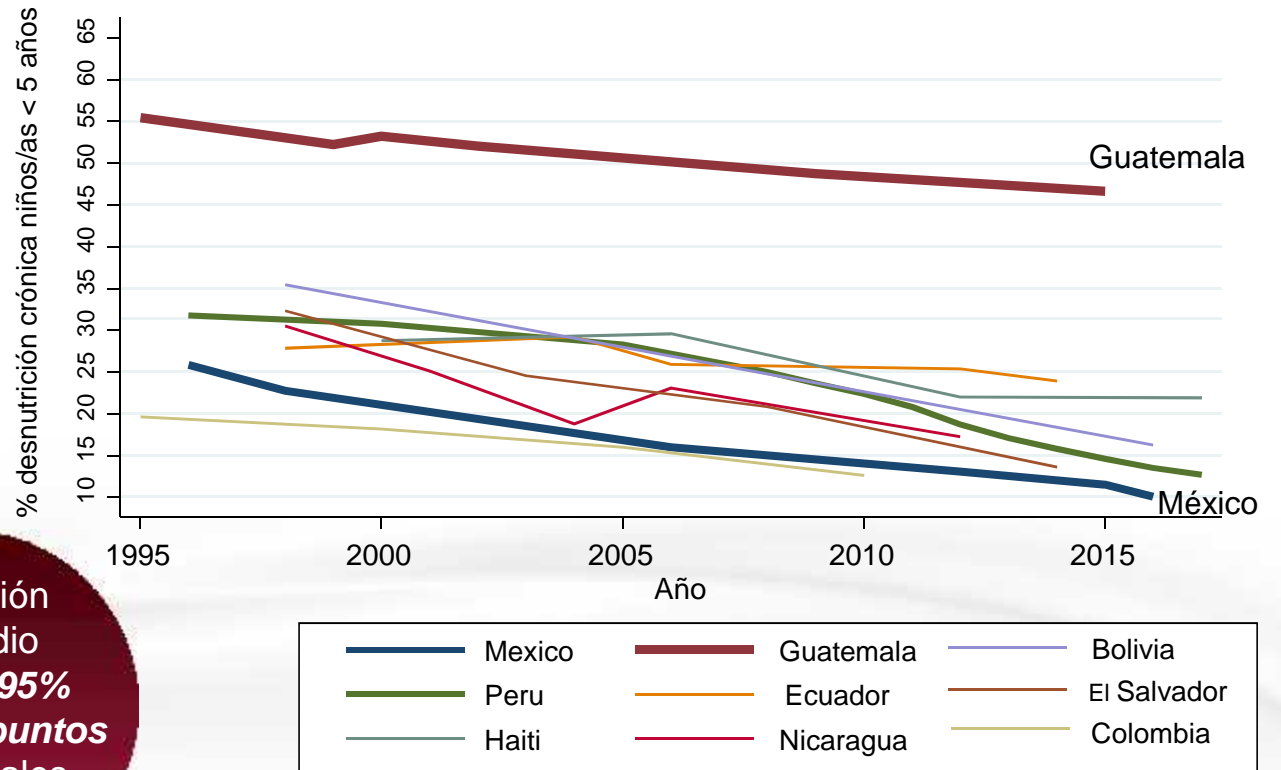
CEPALSTAT, Global Health Observatory Data Repository e informes oficiales de los países



Instituto Nacional  
de Salud Pública

Tendencias en la  
**REDUCCIÓN DE  
DESNUTRICIÓN  
CRÓNICA** en  
niños/as < 5 años  
a **NIVEL  
NACIONAL**

Reducción  
promedio  
**0.74 (IC 95%  
0.37, 1.1) puntos  
porcentuales  
al año**



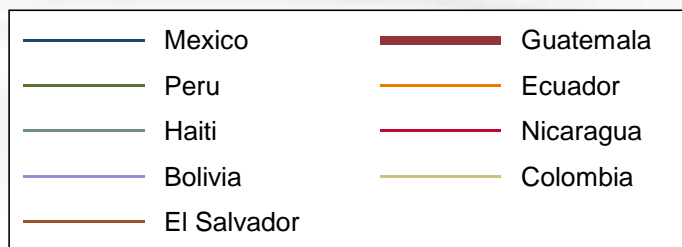
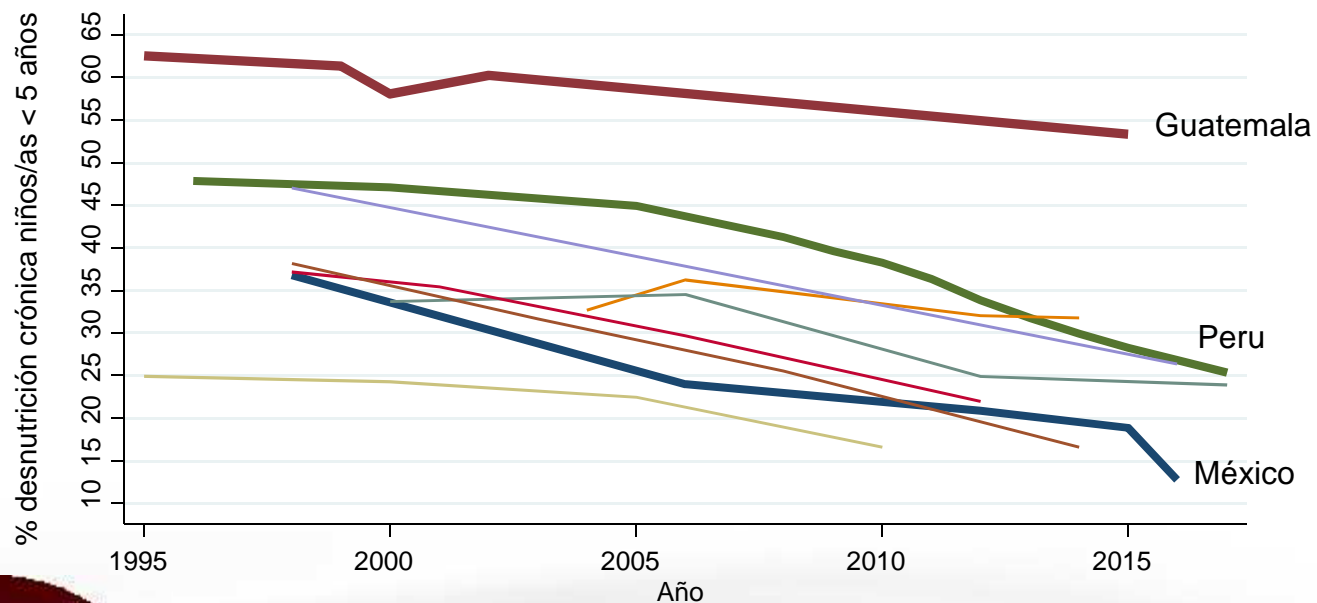
Fuente: Estimaciones propias con datos de UNICEF, 2019



Instituto Nacional  
de Salud Pública

## Tendencias en la **REDUCCIÓN DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA** en niños/as < 5 años en **ZONA RURAL**

Reducción  
promedio  
**0.88 (IC 95%  
0.54, 1.22) puntos  
porcentuales  
al año**

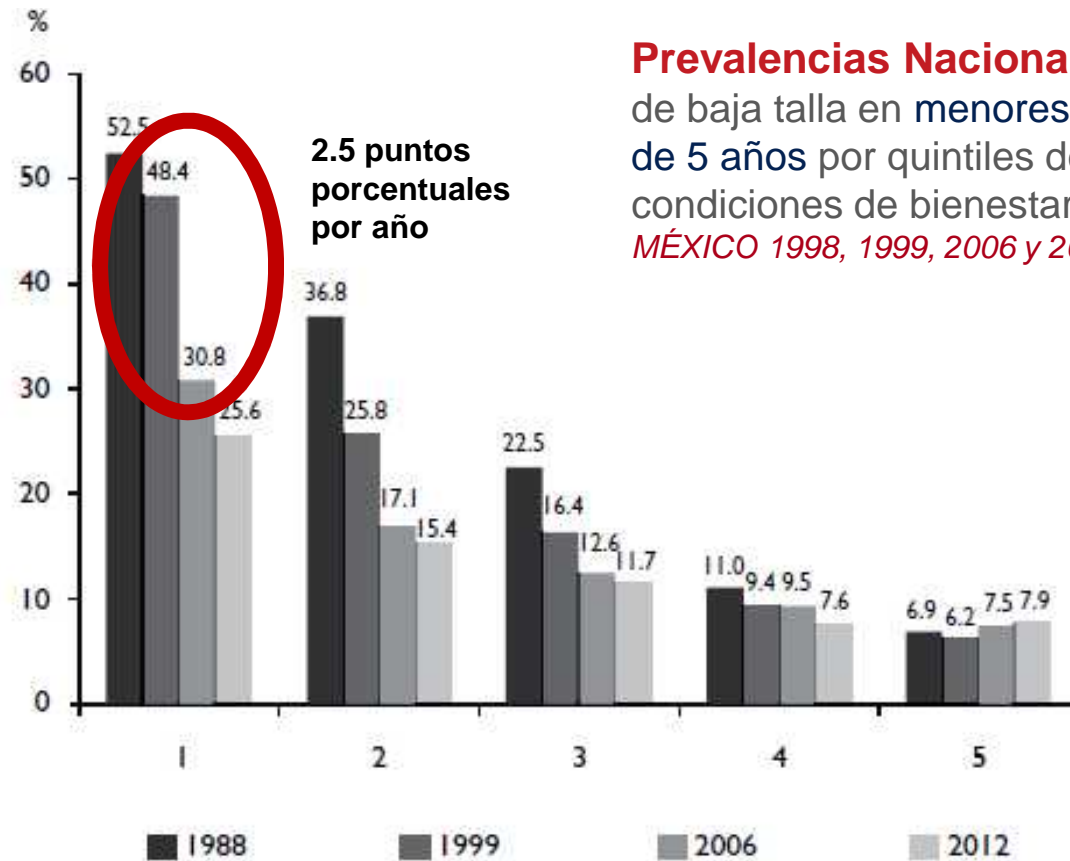


Fuente: Estimaciones propias con datos de UNICEF, 2019



Instituto Nacional  
de Salud Pública

## REDUCCIÓN DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA en México por condición de BIENESTAR 1999-2006



**Prevalencias Nacionales**  
de baja talla en menores  
de 5 años por quintiles de  
condiciones de bienestar  
*MÉXICO 1998, 1999, 2006 y 2012*

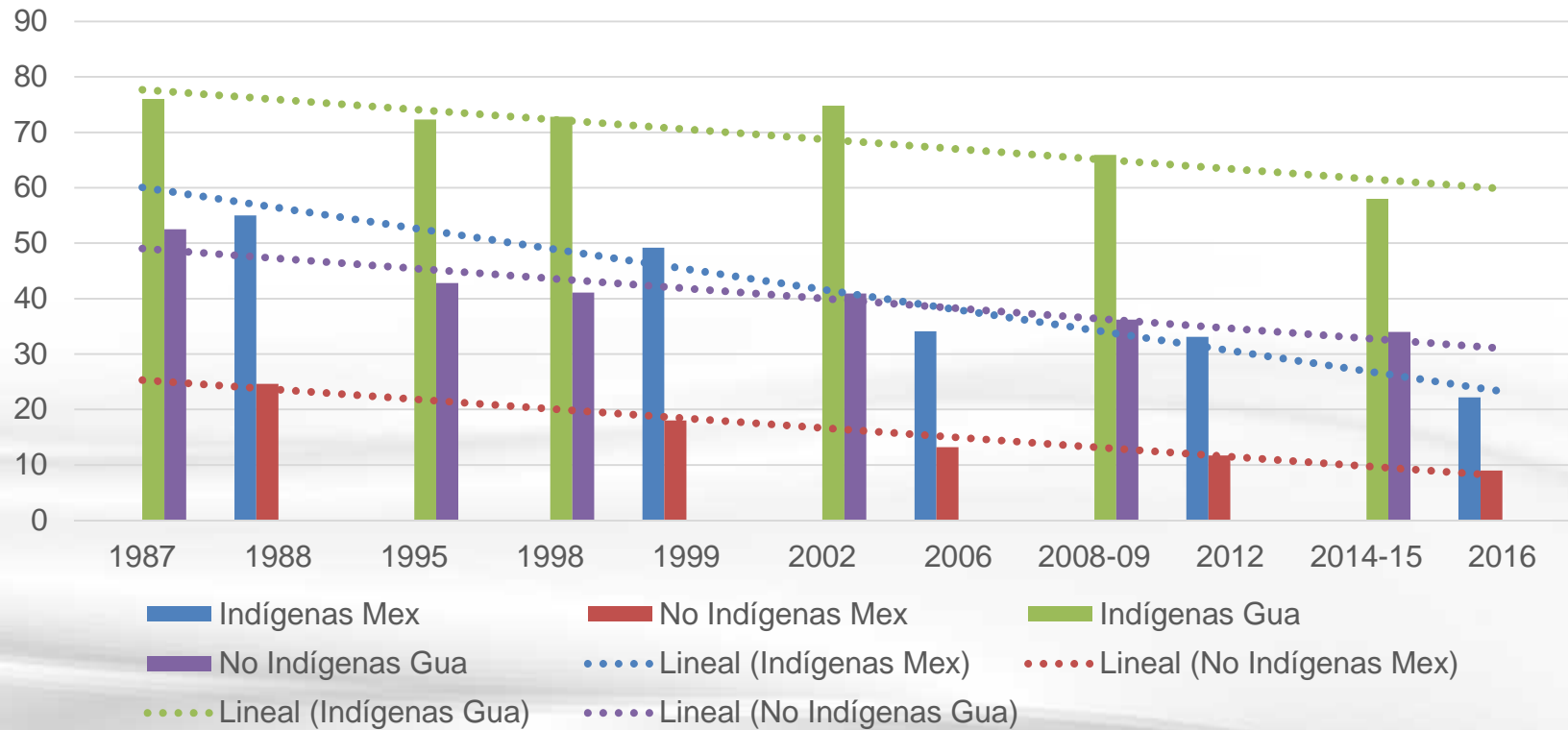
Rivera et al. (2013) Desnutrición crónica en México en el último cuarto de siglo. Salud Publica Mex





Instituto Nacional  
de Salud Pública

## Tendencias de **DESNUTRICIÓN CRÓNICA** en indígenas y no indígenas menores de 5 años de GUATEMALA Y MÉXICO





Instituto Nacional  
de Salud Pública

## Desde los años 90 la desnutrición RECIBE PRIORIDAD POLÍTICA

**1993-1996**

Plan de Acción de Alimentación y Nutrición.

**2002**

- Consejo Nacional de **Seguridad Alimentaria y Nutricional** (CONSAN).
- Viceministerio de **Seguridad Alimentaria y Nutricional** (VISAN).

**2006**

- Se aprueba el Reglamento de la **Ley del SINASAN**.
- Se diseña el Programa para la **Reducción de la Desnutrición Crónica** (PRDC)

**2011**

Se elabora el proyecto de **País en el marco de SUN**.

**2012**

- Pacto **Hambre Cero**
- Se declara de interés nacional la **Ventana de los Mil Días**.

**2016**

- Se crea la **Comisión Presidencial para la Reducción de la Desnutrición Crónica**.
- Se diseña e implementa la **Estrategia Nacional para la Prevención de la Desnutrición Crónica** (ENPDC), 2016-2020.

**1996-2000**

- Comisión Nacional de **Seguridad Alimentaria y Nutricional** (CONASAN).
- Política Nacional de **Seguridad Alimentaria y Nutricional**.
- Plan de Acción en **Alimentación y Nutrición**.

**2005**

- Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional.
- Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SINASAN).
- Proyecto **"CRECIENDO BIEN"**, coordinado por la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente (SOSEP).

**2008**

- El PRDC se convierte en la **Estrategia Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica** (ENRDC).

**2010**

Guatemala se asocia al **"Scaling Up Nutrition (SUN)/ Ventana de los Mil Días"** por medio de una carta de compromiso firmada por el MSPAS

**2013**

Se establece una **Plataforma Multiactor del Movimiento SUN** del país.





Instituto Nacional  
de Salud Pública

## Evaluación IFPRI

Identificando **IMPACTO**  
de las diversas  
**INTERVENCIONES**

## Plan Pacto Hambre Cero 2012 - 2015

Ninguna de las **nueve intervenciones de la Ventana de los Mil Días** tuvieron efectos individuales estadísticamente significativos sobre el estado nutricional (medido a través del puntaje Z de talla para edad) de los menores de 5 años, excepto la intervención de **Desparasitación**.

Los niños y niñas que reciben cinco o más intervenciones tienen un impacto de **0.21 desviaciones estándar** sobre su puntaje Z de talla para edad, este impacto es estadísticamente **significativo al 5%**.





Instituto Nacional  
de Salud Pública

## EVALUACIÓN PPH0/IFPRI AL 3ER. AÑO

### Complementariedad de las Intervenciones

**Al evaluar**  
el conjunto de  
**intervenciones**  
*se encuentran*  
*impactos*  
*significativos*  
*cuando el niño*  
*recibe cinco o más*  
*intervenciones.*



Notas: \*\*\* P<0.01, \*\* P<0.05, \* P<0.1.



Instituto Nacional de Salud Pública

## MEDICIONES DE IMPACTO EN PPHO

### Reducir

el número **inicial** de departamentos y municipios

#### ► Concentración

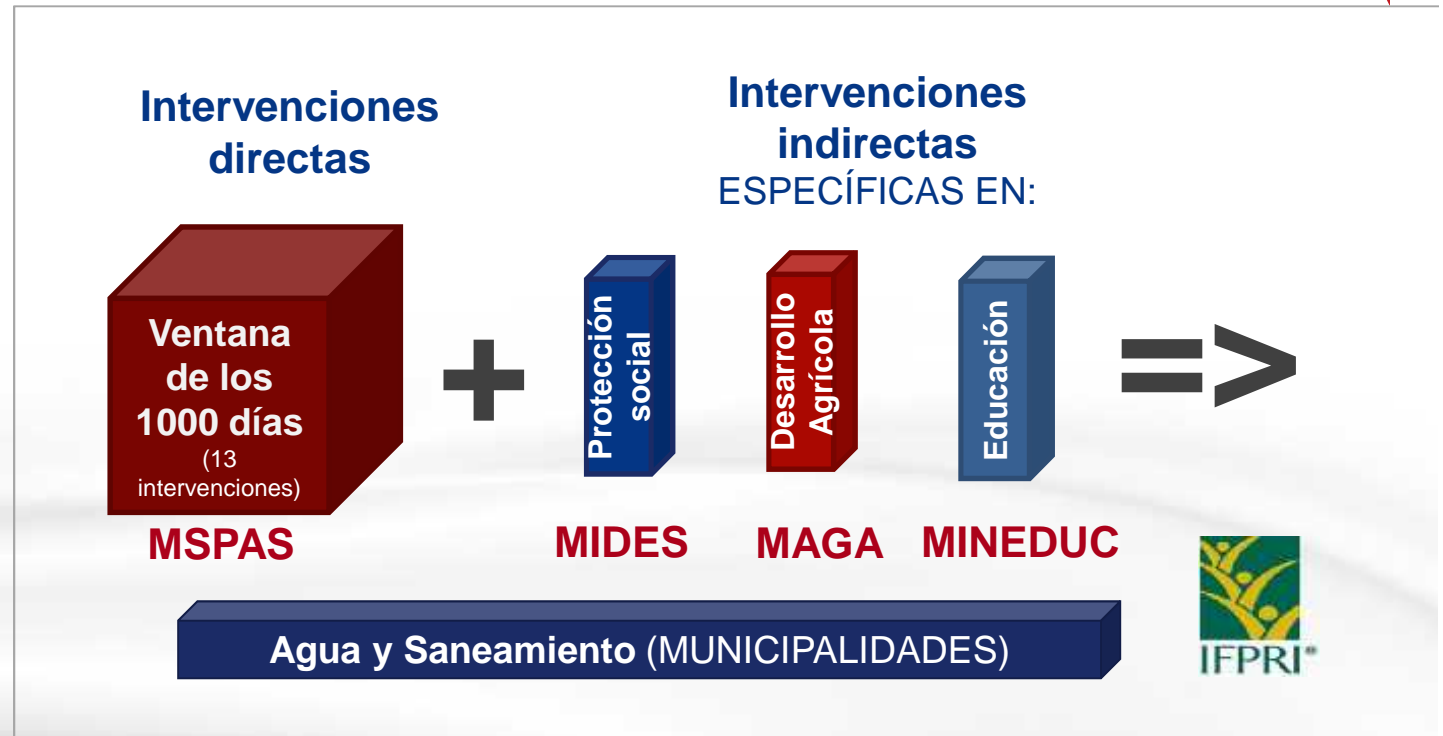
de esfuerzos

- Trabajar dentro de los límites
- Financieras
- De capital humano/ Gestión Institucionales

#### ► Racionalizar la

“coordinación”

#### ► Facilita el M&E



Tomado de presentación: Análisis de **Resultados preliminares del Plan del Pacto Hambre Cero: Mirando a futuro** 3 de diciembre del 2015. International Food Policy Research Institute (IFPRI). [www.ifpri.org](http://www.ifpri.org)



Instituto Nacional  
de Salud Pública



▶ Estrategia para prevenir  
**LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA**

**Estrategia Nacional para la  
Prevención de la  
Desnutrición Crónica  
2016 - 2020**

**POLÍTICA GENERAL DEL ESTADO**



**Objetivo:** Reducir en 10 puntos porcentuales la  
desnutrición crónica en niños y niñas menores de 2  
años (de 41.7% a 31.7%)



Intensificación de **intervenciones específicas y  
sensibles** a la nutrición



Instituto Nacional de Salud Pública

# ► PROPUESTA para abordar LA PREVENCIÓN



## Voluntad Política y Garantía de Recursos

Suficientes, Oportunos y Sostenibles



La ENPDC tiene como objetivo general **reducir en 10 puntos porcentuales la desnutrición crónica** (de 41.7% a 31.7%) entre 2016 y 2020.

En esta Estrategia se intensificaron las acciones que han mostrado impacto y se redujo el número de componentes a solo cuatro que son:

- **1. Promoción y consejería** lactancia materna, alimentación complementaria, lavado de manos, y hábitos higiénicos.
- **2. Desparasitación**
- **3. Suplementación con micronutrientes** a mujeres en edad fértil y niños de 6 a 5 años.
- **4. Fortificación** de alimentos.
- **5. Control prenatal** y espaciamiento intergenésico.
- **6. Vacunación.**
- **7. Control y tratamiento** de IRAS y EDAS.

#### A. Primer Nivel de Atención

#### B. Educación para el cambio de comportamiento

- **1. Promoción** de salud e higiene, alimentación y nutrición.
- **2. Empoderamiento** (apropiación, gestión y demanda).

- **1. Tratamiento** del agua.
- **2. Agua segura** en el hogar.
- **3. Tratamiento** de aguas servidas
- **4. Acceso** a agua segura.
- **5. Conservación y protección** de fuentes de agua.
- **6. Vigilancia** de la calidad del agua
- **7. Disposición** de excretas.

#### C. Agua potable y saneamiento ambiental

#### D. Disponibilidad y economía familiar

- **1. Aumento** de la disponibilidad y consumo de proteína animal.
- **2. Aumento** de la disponibilidad de micronutrientes con producción de hortalizas, tubérculos, plantas nativas y frutas de alto valor nutritivo.
- **3. Aumento** de la capacidad de reserva de los alimentos.
- **4. Aumento** de la productividad de granos básicos.
- **5. Aumento** de la actividad agropecuaria .
- **6. Encadenamiento** de grupos organizados.





Instituto Nacional de Salud Pública

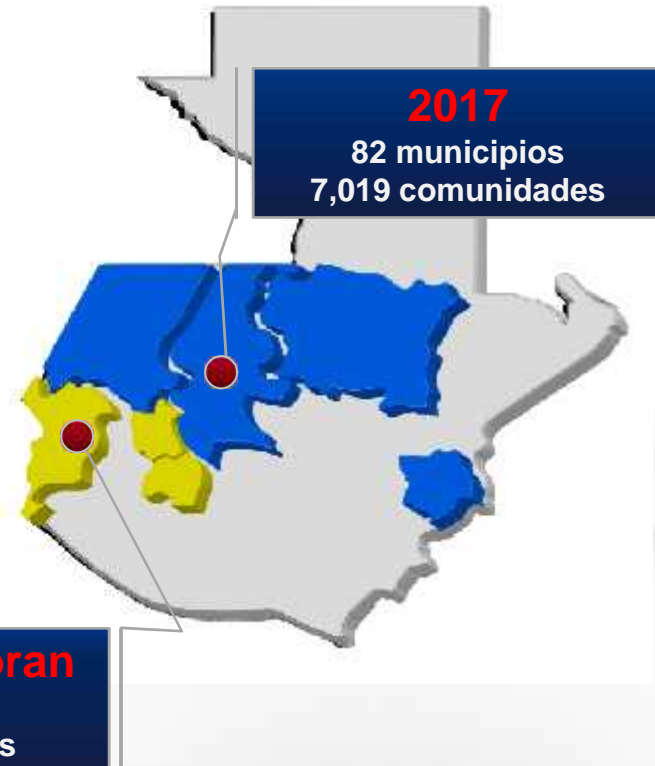


## INTENSIFICACIÓN de ACCIONES

► En total  
**139**  
**MUNICIPIOS**  
**10,257**  
**Comunidades**

2016	2017	2018	2019
<b>FASE 1: 82 MUNICIPIOS</b>			
ALTA VERAPAZ: 17 municipios, 2301 lugares poblados			
HUEHUETENANGO: 33 municipios, 2085 lugares poblados			
QUICHÉ: 21 municipios, 1636 lugares poblados			
CHIQUIMULA: 11 municipios, 997 lugares poblados			

2018	2019
<b>FASE 2: 57 MUNICIPIOS</b>	
SAN MARCOS: 30 municipios, 2101 lugares poblados	
TOTONICAPÁN: 8 municipios, 666 lugares poblados	
SOLOLÁ: 19 municipios, 471 lugares poblados	





# OBJETIVO GENERAL

Evaluar el diseño de la **ENPDC 2016-2020** que actualmente se está implementando en Guatemala con la finalidad de proveer información que retroalimente su diseño, gestión y recomendaciones que puedan ser consideradas durante el período de transición de Gobierno, para dar continuidad a los esfuerzos orientados a la **disminución de la desnutrición crónica (DC)** en el país.



Instituto Nacional  
de Salud Pública

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**1** Analizar la justificación de la **creación y diseño de la ENPDC**.

**2** Analizar el **marco conceptual del diseño de la ENPDC** y su relación con políticas y normas existentes

**3** Identificar a sus **poblaciones meta y mecanismos** de atención.

**4** Analizar el **funcionamiento y operación** del padrón de beneficiarios y la entrega de apoyos.

**5** Identificar el **registro de operaciones presupuestales** y rendición de cuentas.

**6** Analizar la **asignación presupuestaria de la ENPDC** por nivel de desnutrición crónica, por departamento (división geográfica).

**7** Identificar **posibles complementariedades y/o coincidencias** con otros programas.

**8** Revisar la **vinculación de la ENPDC con la planeación sectorial y nacional**; verificar si los planes, políticas y programas de las instituciones sectoriales responden a los ejes programáticos y transversales.

**9** Elaborar **recomendaciones** para su continuidad, y su inclusión en el plan de implementación y presupuesto nacional sectorial, a corto, medio y largo plazo.



Instituto Nacional  
de Salud Pública



## METODOLOGÍA

### APROBACIONES

Los TDRs y el protocolo fueron revisados y aprobados por la **SESAN, USAID's Maternal and Child Survival Program**, así como por los Comités de Ética en investigación del **INSP** y de **SAVE THE CHILDREN**.

La METODOLOGÍA  
es seleccionada  
**ESTRATÉGICAMENTE**



Instituto Nacional  
de Salud Pública

## METODOLOGÍA

### 1 EVALUACIÓN DE DISEÑO

Métodos: Análisis documental e investigación cualitativa.

- ▶ Marco conceptual de la **Evaluación de Diseño** del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social de México.
- ▶ Se consideraron otros temas como: proceso de **formulación**, mecanismos de **coordinación intersectorial**, priorización de **departamentos y municipios**, continuidad de la **Estrategia**, entre otros.



### 2 TÉCNICAS EMPLEADAS

- ▶ **Revisión y análisis** documental
- ▶ **Entrevistas** semiestructuradas
- ▶ **Grupos focales**
- ▶ **Triangulación: de métodos e informantes**

La información cualitativa presentada es opinión de los informantes claves y no de los investigadores



Instituto Nacional  
de Salud Pública



Documentos  
normativos

Sistemas de  
monitoreo e  
información

Planes  
estratégicos y  
operativos

Informe preliminar y final de  
avance de la ENPDC realizados  
por la SESAN en enero del  
2018

Artículos científicos y **Series  
Lancet 2008 – 2013**. Evidencia  
sobre intervenciones específicas  
y sensibles a la nutrición.

## REVISIÓN ANÁLISIS DOCUMENTAL

Documentos conceptuales

- Teoría de cambio
- Modelo lógico
- Marco lógico

Programas exitosos:  
PROSPERA, Programa de  
Combate a la Desnutrición de Perú  
“Juntos”

Para la recopilación de las fuentes de información secundaria el equipo evaluador contó con el apoyo de **USAID's Maternal and Child Survival Program**, de un consultor técnico y de la **Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN)**.

Se consultaron otras fuentes de información adicionales consideradas como necesarias por el equipo evaluador.



Instituto Nacional  
de Salud Pública

## ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS

Mapeo de actores clave

21 Participantes de instancias de  
gobierno, sector privado, sociedad civil,  
academia y cooperantes



## SELECCIÓN Y RECLUTAMIENTO *de los participantes*

## GRUPOS FOCALES

Pertenecientes a la red de cooperantes  
en salud y seguridad alimentaria u  
organizaciones privadas comprometidas  
con el combate de la desnutrición crónica

2 Grupos Focales

# RESULTADOS

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA



# RESULTADOS

1

Los resultados se basan en el análisis de la revisión documental triangulado con la opinión de los informantes clave.

2

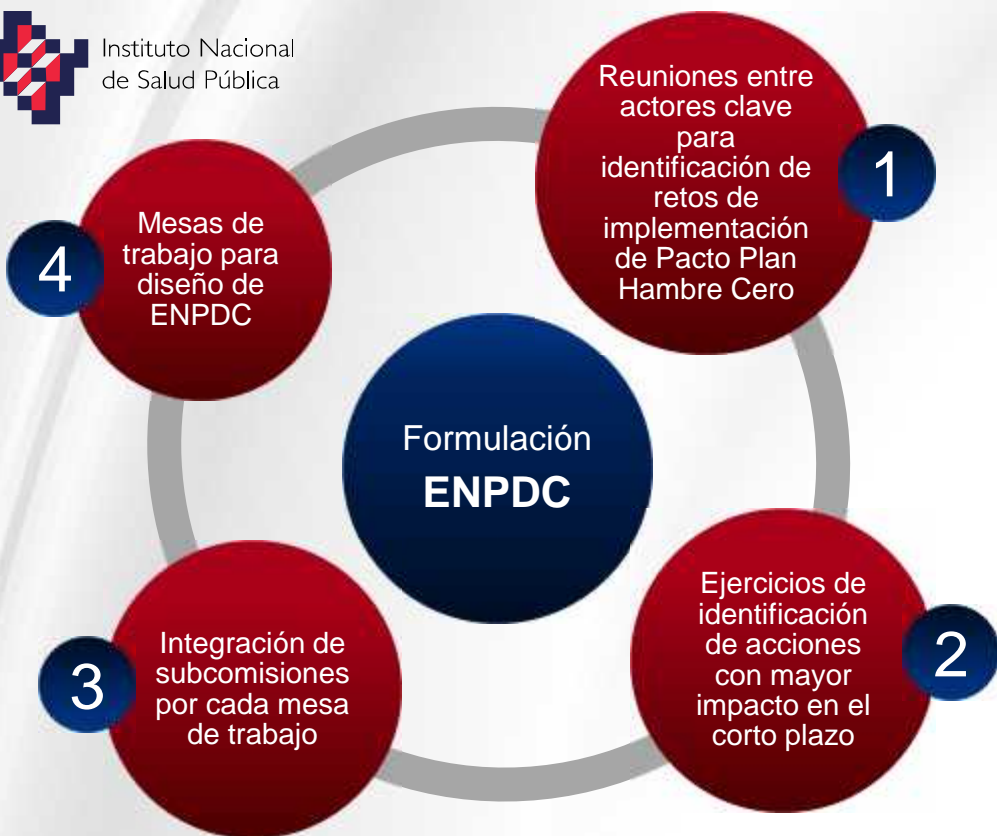
Fueron consideradas las opiniones de los informantes clave que eran consistentes entre varios actores, entre las técnicas de investigación cualitativa (entrevistas y grupos focales) o entre la revisión documental y la investigación cualitativa.

3

Los resultados cualitativos reflejan la opinión de los actores claves participantes y no la del equipo evaluador.



Instituto Nacional  
de Salud Pública



## PROCESO DE FORMULACIÓN de ENPDC





Instituto Nacional  
de Salud Pública

## ACTORES INVOLUCRADOS en el diseño de la ENPDC





## ASPECTOS POSITIVOS



Tiene un diagnóstico en donde se **reconoce a la desnutrición crónica** como el problema que puede ser revertido y se establece un análisis de causas.



Cuenta con una **justificación teórica** que se sustenta en el marco conceptual de desnutrición crónica de **UNICEF** y en la **Serie Lancet 2013**.

## ÁREAS DE OPORTUNIDAD



**No contempló la estructura operativa de los ministerios.**  
**No existen manuales de implementación.**  
**No especifica el rol de los consejos municipales y comunitarios**



**No cuenta con una Teoría del Cambio.**  
**Ausencia de una Matriz de Marco Lógico completa.**



**No se identifican resultados intermedios** (mediadores del impacto esperado).

## LA ESTRATEGIA

*Justificación del Diseño y Creación*



## RECOMENDACIONES evaluación del PPH0

No se abordaron a profundidad las recomendaciones de la evaluación de impacto del **Plan del Pacto Hambre Cero (PPH0)**, realizada por IFPRI:

La escala no se redujo lo suficiente para **mejorar la focalización** (reducción de 16% de los municipios)



El diseño impide garantizar un paquete mínimo de **cinco intervenciones** a cada beneficiario (las poblaciones objetivo no son coincidentes entre ejes).



No cuenta con un **padrón de beneficiarios**

Sistema de monitoreo no cuenta con **indicadores para todos los ejes** de la Estrategia



No se contempló al **sector educación** en el componente de cambio de comportamiento



No contó con un **mecanismo para fortalecer** las capacidades institucionales



Instituto Nacional  
de Salud Pública

## ASPECTOS POSITIVOS



Se vincula con el “**Plan Nacional de Desarrollo K’atun Nuestra Guatemala 2032**”.



Su objetivo general/propósito se vincula con **7 de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible**.

## ÁREAS DE OPORTUNIDAD



Es necesario realizar ciertas **ajustes en la ENPDC** para su correcta implementación de acuerdo con el contexto de los diferentes departamentos y municipios que integran el país\*.

# CONTRIBUCIÓN

A metas y objetivos nacionales

\* Reportado por informantes clave en las entrevistas semiestructuradas.



## POBLACIÓN POTENCIAL Objetivo y mecanismo de elegibilidad



Diferenciar a su **población potencial** de la **población objetivo**

**Población potencial:** población total que presenta la necesidad o problema que justifica la existencia del programa, y que puede ser elegible para su atención.

**Población objetivo:** la población que la Estrategia planea atender, considerando su presupuesto, recursos físicos y humanos y el periodo de tiempo definido.



Cuantificar a la **población objetivo**.

Precisar la **metodología y fuentes de información** para definir elegibilidad y cuantificar a la población objetivo.

Definir un plazo de revisión en caso de contar con un nuevo censo de población o estadísticas más recientes de desnutrición crónica.



La información sobre la población atendida (metas físicas) por el **MSPAS, MAGA y MIDES** es reportada en los programas presupuestarios

Pero se encuentra fragmentada y no permite conocer el número de intervenciones que recibe cada **beneficiario de la ENPDC**.



## ÁREAS DE OPORTUNIDAD



Ausencia de **registro único** de beneficiarios.



No se definen las **metas de cobertura anuales**, ni a medio ni a largo plazo para ningún eje programático.



No existe una **estrategia de cobertura poblacional** integrada para los distintos ejes programáticos y transversales.



Débil **mecanismo de focalización** (las intervenciones no están llegando a la población con mayor pobreza o vulnerabilidad)\*.

\* Reportado por informantes clave en las entrevistas semiestructuradas

## REGISTRO DE BENEFICIARIOS

*Mecanismo de atención*





Instituto Nacional  
de Salud Pública

## ÁREAS DE OPORTUNIDAD



No existe una propuesta de **MIR para la ENPDC** ni un documento narrativo que describa el fin, propósito, componentes y actividades de la Estrategia.



El Propósito se vincula con una meta que no tiene sustento en el documento de la ENPDC.

## MATRIZ DE INDICADORES para Resultados (MIR)





1

### **Histórico de reducción de Desnutrición Crónica en menores de 5 años:**

**Guatemala:** 0.5 pp/año. **1 pp/año** en el período 2002-2009.

**Perú:** **1 pp anual** entre el año 2000 y 2011.

**México:** 1999 y 2006 **2.5 pp/año** (quintil más pobre), **0.88 pp/año** (nacional).

2

Estimaciones con datos de **Desnutrición Crónica** en menores de 5 años en nueve países de Latinoamérica en los últimos 20 años, incluyendo **Guatemala**, muestran:

- **En niños < 2 años** se redujo en **0.50 pp/año**
- **En niños < 5 años** se redujo en **0.73 pp/año** y en zona rural **0.88 pp/año**.

3

Si se focaliza la Estrategia en **< 2 años en zona rural y en la población más pobre:** **7 pp** es una **meta factible** de reducción **en <5 años** en los **próximos 8 años**.

4

Esto requiere el **compromiso** de al menos **dos periodos presidenciales**.

pp: puntos porcentuales



## ASPECTOS POSITIVOS



Se reporta el presupuesto asignado y ejecutado de forma cuatrimestral y anual por el **MSPAS, MAGA, MIDES e INFOM.**



Se cuenta con procedimientos para **recibir y dar trámite** a las solicitudes de acceso a la información acorde a la Ley de Acceso a la Información Pública de Guatemala.

## PRESUPUESTO

## ÁREAS DE OPORTUNIDAD



La **ENPDC** no identifica y cuantifica el costo de cada intervención.

No se puede conocer el presupuesto mínimo que debe tener la ENPDC



Solo **MSPAS y MAGA** reportan el presupuesto para los siete departamentos prioritarios

Baja ejecución presupuestaria (**MAGA/INFOM**), en especial en los departamentos con mayor prevalencia de DC.

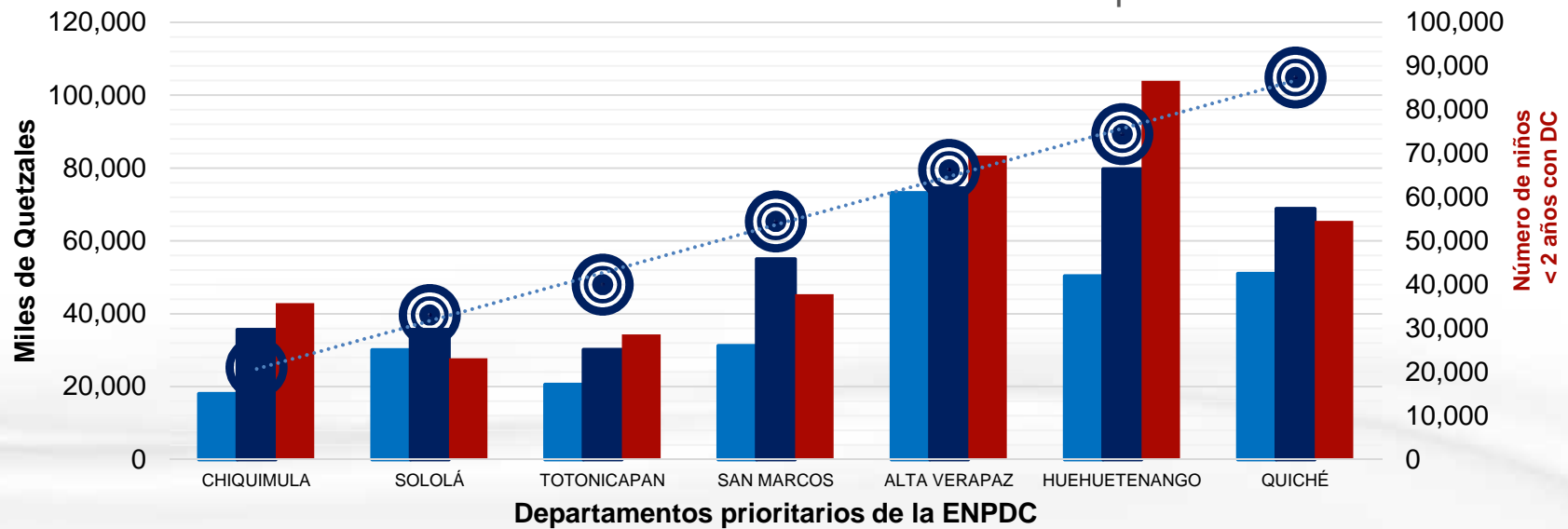
\* Reportado por informantes clave en las entrevistas semiestructuradas



Instituto Nacional  
de Salud Pública

## PRESUPUESTO del Ministerio de Salud 2017- 2018 y número de niños < 2 años desnutridos

por DEPARTAMENTO

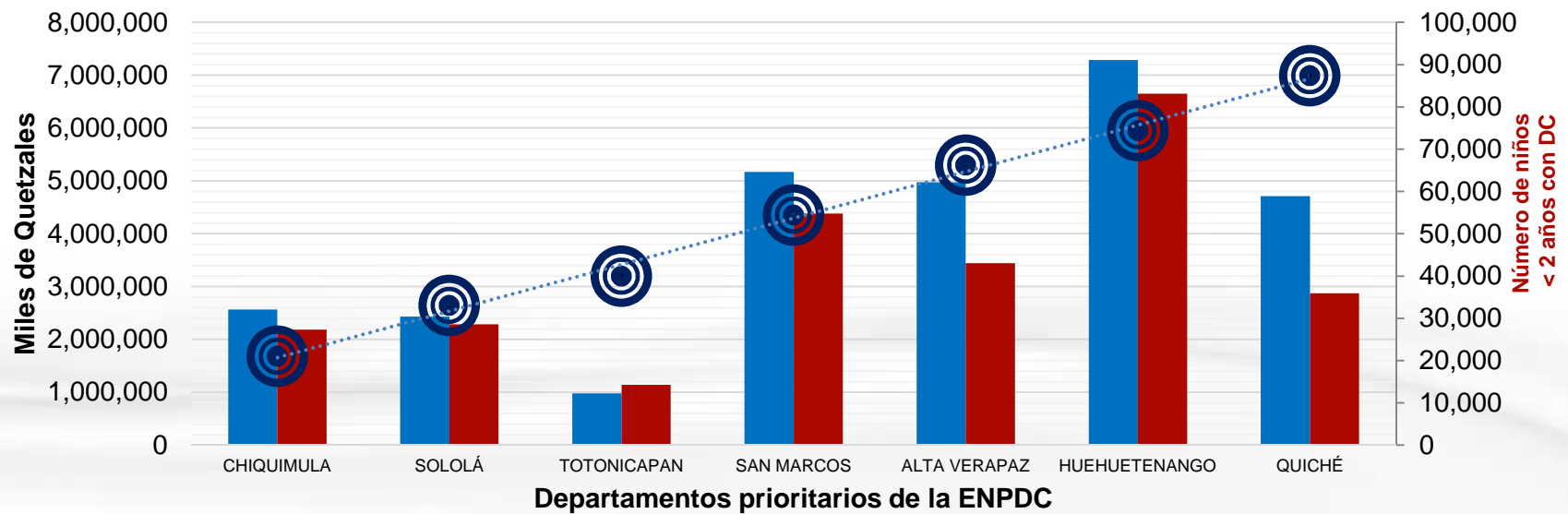


- Presupuesto asignado al MSPAS (2016)
- Presupuesto asignado al MSPAS (2017)
- Presupuesto asignado al MSPAS (2018)
- Número de niños < 2 años desnutridos



Instituto Nacional  
de Salud Pública

## PRESUPUESTO del Ministerio de Agricultura 2017-2018 y número de niños < 2 años desnutridos por DEPARTAMENTO

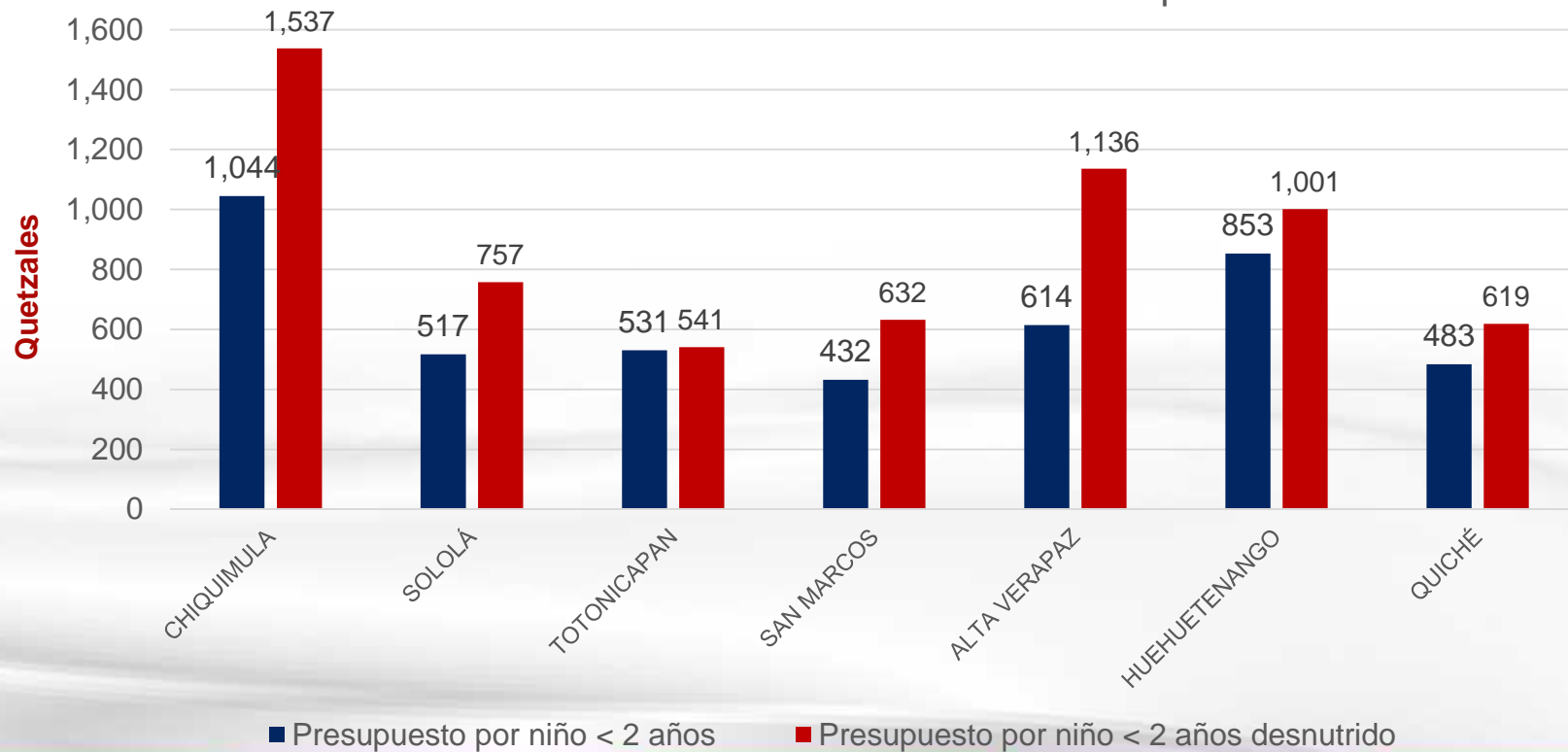


■ Presupuesto MAGA 2017   ■ Presupuesto MAGA 2018   ● Número de niños < 2 años desnutridos



Instituto Nacional  
de Salud Pública

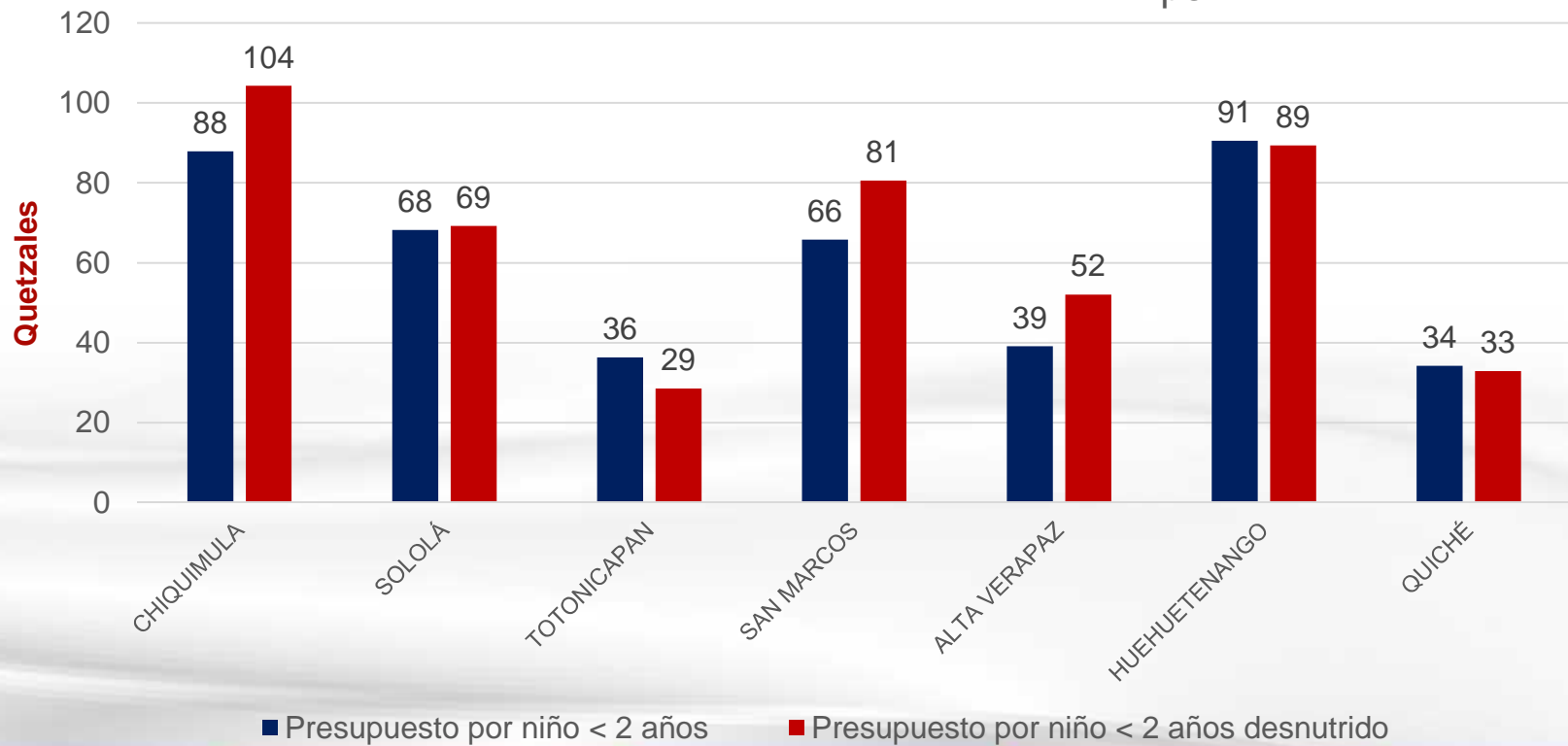
## PRESUPUESTO promedio por niño < 2 años Ministerio de Salud 2018 por DEPARTAMENTO





Instituto Nacional  
de Salud Pública

## PRESUPUESTO promedio por niño < 2 años Ministerio de Agricultura 2018 por DEPARTAMENTO



# Presupuesto



La distribución del presupuesto del **MSPAS** y el **MAGA** dentro de los siete departamentos no fue asignado en función del número de niños < 2 años con desnutrición crónica, por lo que hay posibles inequidades en dicha distribución, y posibilidades de mejorar la focalización de los recursos.



El presupuesto para el eje programático de “**Agua y Saneamiento**” y las “**transferencias condicionadas**” (**MIDES**) solo se reporta a nivel nacional, lo que impide conocer su distribución y nivel de ejecución en los departamentos prioritarios de la Estrategia.



Durante 2018 la ejecución del presupuesto del **eje programático de Disponibilidad y Economía Familiar**” fue muy bajo (< 1%), lo que implica que las intervenciones de este eje no se están otorgando a toda la población objetivo.





Eje Programático  
**PRIMER NIVEL  
DE ATENCIÓN**

## ANÁLISIS EJES PROGRAMÁTICOS

- 1 Tiene bajo su mandato el **mayor número de intervenciones** por eje.
- 2 Se centra principalmente en la **ventana de los 1000 días** y está basado en evidencia científica.
- 3 **No especifica los protocolos** de aplicación de las intervenciones.
- 4 No se contempló en el documento el nivel de cobertura inicial de las intervenciones específicas de nutrición
- 5 Se reconocen una serie de retos de financiamiento (recursos humanos, infraestructura) pero no se definió el mecanismo para mejorar la calidad de la prestación de los servicios
- 6 Se sugiere que en la **ENPDC** se haga referencia a la normativa para la aplicación de las intervenciones de salud, suplementación, fortificación e introducción a la alimentación complementaria para garantizar una implementación estandarizada por parte de todos los socios, según las normas nacionales vigentes.



Instituto Nacional  
de Salud Pública

## Eje Programático **AGUA Y SANEAMIENTO**

## ANÁLISIS EJES PROGRAMÁTICOS

- 1 Intervenciones **sensibles a la nutrición** basadas en evidencia científica.
- 2 No es clara la **población, objetivo ni la selección de las comunidades** atendidas.
- 3 No existe una **plataforma pública** que permita conocer los avances de este eje.
- 4 En la práctica, se priorizó **incrementar la infraestructura para el abastecimiento de agua**, a pesar de que originalmente se planteó reactivar los sistemas existentes y darles vigilancia y tratamiento.
- 5 Falta de claridad en las **atribuciones, recursos y rendición de cuentas**.



### Eje Programático **EDUCACIÓN PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO**

- 1 El documento de la Estrategia **no detalla este componente**, ni el responsable de implementarlo (tabla de indicadores refiere a la SESAN).
- 2 No contó con un **presupuesto asignado**.
- 3 La **justificación y selección** de teorías es inconsistente.
- 4 El modelo de **abordaje de cambio de comportamiento** no se articula con el problema y ni con el abordaje de sus determinantes.
- 5 No se especifica **cómo se articula** con los demás ejes programáticos.
- 6 Evidencia de **trabajo de la subcomisión** que no se refleja en el documento de la ENPDC
- 7 Se recomienda un **análisis crítico** del componente partiendo del trabajo ya realizado para evaluar su calidad y pertinencia.



Instituto Nacional  
de Salud Pública

Eje Programático  
**DISPONIBILIDAD  
Y ECONOMÍA  
FAMILIAR**

## ANÁLISIS EJES PROGRAMÁTICOS

- 1 El **MAGA** principal responsable de la implementación.
- 2 **Intervenciones sensibles a la nutrición** y la mayoría basadas en evidencia. Incluye intervenciones para las cuales no se cuenta con evidencia suficiente.
- 3 Hay **evidencia de intervenciones** en la mejora de la diversidad dietética, ingesta de nutrientes, anemia si se implementan junto con acciones de salud y cambio de comportamientos.
- 4 **Evidencia sobre el impacto** en el retraso en el crecimiento es limitada.
- 5 No son dirigidas a toda la **población objetivo de la ENPDC** (se dirige a familias de agricultores).
- 6 No se describe la intervención de **transferencia monetaria** condicionada aunque se describen indicadores asociados a esta intervención.
- 7 Se sugiere **agregar transferencias condicionadas, disminuir el número de acciones de agricultura familiar** y priorizar las vinculadas con el incremento de consumo de proteína animal y diversidad de la dieta.



Instituto Nacional  
de Salud Pública

## Ejes Transversales **Gobernanza y Alianzas**

En el análisis de **“Gobernanza y Alianzas”** se incorporan los ejes transversales de **“Cambio de comportamiento institucional”**, **“Gobernanza”** y **“Auditoria social y Alianzas”**, que tienen en común que van dirigidos a lograr la articulación de las acciones de la Estrategia.

## ANÁLISIS EJES TRANSVERSALES y sus intervenciones

- 1 El eje de **“Gobernanza y Alianzas”** incorpora las intervenciones necesarias pero no suficientes para garantizar la articulación de las acciones y facilitar el proceso de implementación de la ENPDC.
- 2 La existencia de una **Estrategia de Gobernanza SAN** y su manual de implementación debería ser utilizado como hoja de ruta y servir de referencia para articular este eje.
- 3 Se sugiere incorporar en la **ENPDC la referencia y el vínculo** a estos dos documentos críticos.
- 4 El **rol del COA y de la COMUSAN** son muy parecidos sobre el papel. Se sugiere evitar crear nuevas instituciones, ya existen **COMUDE y COMUSAN**.



Instituto Nacional  
de Salud Pública

## Eje Transversal **SISTEMA DE INFORMACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN**

## ANÁLISIS EJES TRANSVERSALES

- 1 El eje de “**Sistema de información, monitoreo y evaluación**” prioriza acciones de monitoreo a nivel descentralizado (“sala situacional”, “registro único de beneficiarios” y “el uso de tableros ejecutivos” por nivel) que se consideran clave para establecer una cultura de monitoreo a corto plazo, y el uso de la información para la toma de decisiones en el nivel departamental, municipal y comunitario.
- 2 Las intervenciones de “**Monitoreo específicos (MONIMIL/MONISAN)**” son acertadas para monitorear de manera agregada el comportamiento de los indicadores en los departamentos seleccionados y analizar las tendencias de manera periódica.
- 3 Alinear con los indicadores de la **ENPDC** (MONISAN 21 indicadores de agua y saneamiento a nivel de hogar mientras que la **ENPDC** son a nivel municipal y comunitario).
- 4 La **Gestión y presupuesto** por resultados, incluyendo información e indicadores (de gestión, proceso, insumos y salidas, avance financiero) es muy relevante para integrar el análisis del comportamiento de los indicadores con la toma de decisiones y la planificación física y financiera en todos los niveles.
- 5 La **evaluación de la ENPDC** es crítica para cuantificar el impacto tras su periodo de vigencia; e incorporar las recomendaciones para el futuro.

# RESULTADOS

## Grupos Focales y Entrevistas



Instituto Nacional  
de Salud Pública

## OPINIÓN DISEÑO DE LA ENPDC



Los INFORMANTES  
de las ENTREVISTAS  
y GRUPOS FOCALES  
tienen perspectivas  
diversas con relación al  
**DISEÑO DE LA ENPDC**



Se mencionaron los siguientes aspectos positivos con relación a su diseño:

- 1) Está basada en la **evidencia científica**
- 2) Retoma los resultados de la evaluación realizada al **Pacto Hambre Cero**
- 3) **Intensifica e integra las intervenciones** asociadas a los ministerios involucrados en su implementación.
- 4) El diseño es adecuado, pero faltó involucramiento de los ministerios para llevar a cabo las intervenciones que se establecen en la ENPDC.





Instituto Nacional  
de Salud Pública

## OPINIÓN DISEÑO DE LA ENPDC



Los INFORMANTES  
refirieron ASPECTOS  
IMPORTANTES  
a considerar en relación al  
**DISEÑO DE LA ENPDC**



Algunos de los aspectos negativos asociados con el diseño de la ENPDC referidos por los informantes fueron los siguientes:

- 1) Falta de participación de la **población indígena** en su formulación.
- 2) No se realizó una **proyección adecuada** de los recursos necesarios para poder ejecutar las intervenciones contempladas.
- 3) No está **adaptada al contexto** de los niveles locales.
- 4) Falta de **representatividad de las autoridades** locales en su diseño.
- 5) No se contempló **realizar un piloto** antes de su implementación.
- 6) La **socialización de la ENPDC** fue principalmente informativa y con énfasis en el nivel departamental.



Instituto Nacional  
de Salud Pública

## IMPLEMENTACIÓN ESTRATEGIA

### PRIORIZACIÓN DE **DEPARTAMENTOS Y MUNICIPIOS** DONDE SE LLEVO A CABO LA ESTRATEGIA

Los informantes coinciden en que es necesario que esta **Estrategia sea escalada nacionalmente**

La priorización de departamentos **se consideró adecuada** por parte del equipo evaluador.

Priorización de municipios con mayor grado de pobreza y pobreza extrema.



Mantener la priorización  
**ES PUNTO CLAVE**

El equipo evaluador considera que es necesario **mantener la priorización de los departamentos y focalizar a los municipios rurales más pobres.**

Después, incorporar otros departamentos y focalizar en municipios rurales en pobreza.

Una vez que la ENDPC se consolide en municipios rurales, se recomienda llevar a una mayor escala e incluir hogares en situación de pobreza en áreas urbanas.



Instituto Nacional  
de Salud Pública

## CONTINUIDAD ESTRATEGIA

### HAY QUE COMPRENDER LAS **MEJORAS** EN LA ESTRATEGIA

En general, las personas entrevistadas recomendaron **seguir con la ENDPC** siempre y cuando se hagan las mejoras pertinentes.



Los actores claves informaron que con cada inicio de gobierno, el nuevo equipo se siente con la **responsabilidad de formular una nueva estrategia**, a la fecha ha habido 4 distintas intervenciones desde que se aprobó la ley de seguridad alimentaria nutricional.



## RECOMENDACIONES

### RECOMENDACIÓN 1

Asegurar que la **reducción de la desnutrición crónica** sea prioridad de país y que tenga continuidad por lo menos **dos períodos de gobierno** (Ej. KÁTUN). **Sensibilizar** sobre el problema a todos los niveles.

### RECOMENDACIÓN 2

Plantear una meta de país para la **disminución de la desnutrición crónica** en <5 años a la que todos los sectores se sumen para su cumplimiento.

**7 pp** en <5 años los siguientes dos periodos presidenciales

### RECOMENDACIÓN 3

Reconocer los **determinantes sociales y ambientales** de la malnutrición y en específico de la desnutrición.

COMBATIR LA **DESNUTRICIÓN CRÓNICA** ES PRIORIDAD DE TODOS



Instituto Nacional  
de Salud Pública

## RECOMENDACIONES

### RECOMENDACIÓN 4

Incluir el enfoque de la **doble carga de la malnutrición** ya que la mitad de las mujeres presentan sobrepeso y obesidad, aunado al problema de talla baja.

### RECOMENDACIÓN 5

Continuar la **focalización geográfica** en los 7 departamentos con altas prevalencias de desnutrición crónica:

Focalizar a los municipios rurales con **mayor grado de pobreza** y pobreza extrema en todos los hogares con niños <2 años y mujeres embarazadas

Posteriormente, **incorporar a otros departamentos focalizando en municipios rurales** en condiciones de pobreza y pobreza extrema en todos los hogares con niños <2 años y mujeres embarazadas

### RECOMENDACIÓN 6

Una vez que se consolide la ENPDC en zona rural, extenderse a las **área urbanas**, focalizando en hogares en situación de pobreza.

HAY QUE ACTUAR DONDE **MÁS SE NECESITA**



Instituto Nacional  
de Salud Pública

## RECOMENDACIÓN 7

- ▶ **Ampliación de cobertura y mejora de la plataforma de entrega de servicios**
- ▶ **Paquete intensificado de intervenciones (para toda la población objetivo)\*:**
  - 1. Suplementación (además de las otras estrategias de AP):**
    - Hierro y ácido fólico a mujeres embarazadas.
    - Niños <2 años: Alimento complementario fortificado y culturalmente pertinente para los niños (de ser factible en términos de costos) y si no fuera factible, fortificación casera (chispitas).

\*Algunas acciones pueden ser de cobertura universal, como son las intervenciones del MSPAS en los primeros 1000 días.

## Recomendación PAQUETE INTENSIFICADO DE ACCIONES

- 2. Estrategias de cambio de comportamientos**
- 3. Provisión de agua y saneamiento.**
- 4. Intervenciones del componente de agricultura familiar:**
  - Para aumentar la disponibilidad y consumo de alimentos de origen animal y alimentos ricos en micronutrientes.
  - En todas las familias beneficiarias de este grupo prioritario.
- 5. Transferencias monetarias condicionadas.**  
Corresponsabilidades: asistencia a controles de salud y actividades para el cambio de comportamientos en salud, nutrición e higiene.

## MEDIDAS NECESARIAS PARA LOGRAR IMPACTO



Instituto Nacional  
de Salud Pública

## RECOMENDACIONES

### RECOMENDACIÓN 8

Asegurar el **financiamiento público** para la ejecución de la ENPDC, incluyendo la asignación presupuestaria para garantizar la implementación con la calidad y cobertura deseada.

### RECOMENDACIÓN 9

Garantizar que los recursos procedentes de cooperantes y préstamos estén **alineados con las prioridades del país.**

### RECOMENDACIÓN 10

Garantizar **una instancia responsable** del eje de cambio de comportamiento **con su respectivo presupuesto.**

CONSIDERAR FACTORES **EN TODOS LOS ÁMBITOS**



Instituto Nacional  
de Salud Pública

## RECOMENDACIONES

### RECOMENDACIÓN 11

Armonizar la **definición, cuantificación y selección de la población** objetivo de la Estrategia en sus ejes programáticos para asegurar la confluencia de todas las acciones\*.

\*Algunas acciones pueden ser de cobertura universal, como son las intervenciones del MSPAS en los primeros 1000 días.

### RECOMENDACIÓN 12

Acelerar el diseño y utilización de un **registro único de beneficiarios interinstitucional**.

### RECOMENDACIÓN 13

Asegurar el fortalecimiento de la **capacidad institucional** de los ministerios, departamentos, municipios y programas.

PARTE FUNDAMENTAL: EL REFUERZO ENTRE **INSTITUCIONES**





Instituto Nacional  
de Salud Pública

## RECOMENDACIONES

### RECOMENDACIÓN 14

Incorporar el eje transversal de **cambio de comportamiento institucional al eje programático de educación para el cambio de comportamiento**

Se sugiere incluir a las **transferencias monetarias condicionadas** dentro de un eje programático de la ENPDC y que se encuentre cargo del MIDES

Reducir **los ejes transversales de la Estrategia a dos** 1) Gobernanza y alianzas y 2) Sistema de información, monitoreo y evaluación (se anexa una propuesta en la MIR para la ENPDC).

### RECOMENDACIÓN 15

Aclarar y fortalecer el rol de las municipalidades, **COMUSANES, COCOSANES, COMUDES y COCODES.**

### RECOMENDACIÓN 16

Fortalecer y promover la **gobernanza y la rendición de cuentas.**

## ACTIVIDADES Y ACCIONES **INDISPENSABLES**

## CONCLUSIONES



**La Estrategia** cuenta con una serie de fortalezas en su diseño, entre ellas:

- ▶ Prioriza geográficamente en siete departamentos con mayor prevalencia de DC.
  - ▶ Incluye intervenciones específicas y sensibles a la nutrición.
  - ▶ Ejes diseñados por expertos en el tema, incluyendo a actores no gubernamentales.
  - ▶ Intersectorial: ejes programáticos a cargo de MSPAS, MAGA, MIDES, SESAN y Municipalidades.
- ▶ Vinculada de manera clara a los objetivos, metas y lineamientos del PND K´atun: Nuestra Guatemala 2032 y se alinea con tres de sus prioridades estratégicas.
  - ▶ Se vincula con los planes sectoriales y con los ODS de las Naciones Unidas.
  - ▶ Congruencia con la política pública establecida en la administración vigente.

## CONCLUSIONES

- ▶ La ENPDC tiene el potencial para enfrentar y reducir la Desnutrición Crónica. Se sugiere su continuación, previa mejora de su diseño conforme a las recomendaciones de ésta y otras evaluaciones realizadas.



### Próxima administración:

- ▶ Asegurar la presencia, liderazgo e involucramiento decidido del poder ejecutivo (presidencia/vicepresidencia) y de los diferentes niveles de las instancias involucradas.
- ▶ Planes Estratégicos Sectoriales vinculados al propósito y metas de la ENPDC, asegurando los recursos necesarios.
- ▶ Coordinación sectorial para lograr las metas establecidas.
- ▶ Fortalecer acciones para mejorar determinantes económicos y sociales: educación, reducción de la pobreza, generación de empleos, mitigación de cambio climático, prevención de embarazo en adolescentes.

## INVESTIGADORES PRINCIPALES



Dra. Anabelle Bonvecchio Arenas  
*CINyS - INSP*



Dra. Mishel Unar Munguía  
*CINyS - INSP*



Mtra. Selene Pacheco Miranda  
*CINyS - INSP*



Dr. Juan Rivera Dommarco  
*Director General INSP*

## CO-INVESTIGADORES



Dra. Angela Carriedo Lützenkirchen



Dra. Mónica Mazariegos Posadas



Mtra. Ana Pérez Zaldívar



Mtra. Claudia Nieves



Mtra. Izchel Cossío Barroso



# AGRADECIMIENTOS

INFORMANTES CLAVES QUE PARTICIPARON EN  
LAS ENTREVISTAS Y EN LOS GRUPOS FOCALES

EQUIPO TÉCNICO DEL SESAN, USAID, MCSP, SAVE  
THE CHILDREN.

Esta evaluación fue posible gracias al generoso apoyo del pueblo estadounidense a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), bajo los términos del Acuerdo de Cooperación AID-OAA-A-14-00028.

Los contenidos son responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente los puntos de vista de USAID o del Gobierno de los Estados Unidos



GRACIAS POR SU  
**ATENCIÓN**