

INFORME



NIPN

Plataformas Nacionales
de Información sobre Nutrición

EVOLUCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN GUATEMALA



Proyecto PiNN
PLATAFORMA DE INFORMACIÓN
NACIONAL SOBRE NUTRICIÓN



SOBRE LA INICIATIVA NIPN

NIPN (Plataformas Nacionales de Información sobre Nutrición) es una iniciativa de la Comisión Europea, apoyada por el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido y la Fundación Bill y Melinda Gates. Su objetivo es fortalecer las capacidades nacionales para gestionar y analizar la información y los datos de todos los sectores que influyen en la nutrición, y difundir y utilizar la información para informar mejor las orientaciones de las políticas en la lucha contra la desnutrición. La Comisión Europea creó una unidad de apoyo internacional (Global Support Facility o GSF) para coordinar la iniciativa, gestionada por Agrinatura y organizada por Agropolis International.

CONTRIBUCIONES

El presente informe fue preparado por Margarita Lovon, consultora independiente contratada por el Equipo de Apoyo Global (Global Support Facility o GSF) de la Iniciativa de la Plataforma Nacional de Información.

El trabajo analítico que sirvió de base para el presente estudio fue posible gracias al liderazgo y facilitación de la Secretaria de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN). La autora agradece especialmente el apoyo brindado por el Secretario, Juan Carlos Carias y la Subsecretaria Técnica, Maira Ruano.

El estudio fue realizado bajo la dirección del Equipo de Apoyo Global (GSF), y en particular bajo la supervisión de Perrine Geniez, experta en políticas de nutrición y punto focal para Guatemala, a quien la consultora le agradece por su orientación y apoyo durante todo el estudio.

La Oficina de Guatemala del Centro Agronómico Tropical de Investigación y Enseñanza (CATIE) ha contribuido significativamente al presente estudio, facilitando el trabajo in situ de la consultora y proporcionando valiosos insumos y comentarios, en particular Eduardo Say, Coordinador del Proyecto PiNN, Mina González, asesora en políticas del proyecto, Sandra Recinos, asesora técnica del proyecto, Francisco Quiroa y Ninoshka Lou, técnicos del proyecto.

Finalmente la autora agradece a las siguientes personas e instituciones socias por su contribución y tiempo dedicado al estudio, en particular a Otto Velásquez, Elsa Roque, Alberto Corado y Miriam Velásquez de SESAN sin quien este trabajo no hubiera sido posible. Se agradece también a Adonay Cajas de FUNDESA; Guillermo Leiva del MAGA; Carlos Zepeda de INCOPAS (Pastoral Social); Maynor Estrada de FAO; Priscilla Molina y Maritza de Oliva del PMA; Ivette Lemus del MIDES; Waleska Zecena y Sandra Chew del MSPAS (PROSAN) y Cristina Lopriore, experta en nutrición independiente.

Por último, el autor agradece el apoyo y las aportaciones de la Delegación de la Unión Europea en Guatemala a este estudio, en particular de parte de Beatrice Bussi, jefa adjunta de cooperación y a Claudia Barillas, oficial de programas.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

El presente estudio fue elaborado con el apoyo financiero de la Unión Europea. El contenido del mismo es responsabilidad exclusiva del autor y en ningún caso debe considerarse que refleja los puntos de vista de la Unión Europea.

CITA

Lovon, M. Evolución de las estrategias de reducción de la desnutrición crónica en Guatemala. Montpellier, France: Agropolis International, NIPN Global Support Facility. 2019.

Este informe se puede reproducir libremente, para todo o en parte, siempre que la fuente esté debidamente citada. El informe completo se puede descargar siguiendo este enlace:

<http://www.nipn-nutrition-platforms.org/IMG/pdf/guatemala-informe-04-19.pdf>

Ilustración de portada: Unión Europea

FECHA DE PUBLICACIÓN

Abril de 2019

Contenido

Introducción

1. Antecedentes	7
2. Objetivos	7
3. Metodología	8

Parte I: Diseño de las estrategias de nutrición

4. El marco legal y de políticas de Seguridad Alimentaria Nutricional (SAN) en Guatemala y las estrategias de lucha contra la desnutrición	10
5. Evolución de las estrategias de lucha contra la desnutrición crónica	10
5.1 Evolución histórica	10
5.2 Las metas nacionales de reducción de la desnutrición y las estrategias nacionales	12
5.3 El paquete de intervenciones a lo largo de las estrategias	13
5.4 Coherencia con las recomendaciones internacionales	15
6. Coherencia con los factores causales de la desnutrición crónica	16

Parte II: Inversiones en las estrategias de nutrición

7. La inversión en las estrategias de lucha contra la desnutrición	24
7.1 La inversión en SAN	25
7.2 Inversión en los componentes directos de las estrategias de combate a la desnutrición crónica	28
7.3 Inversión en componentes de viabilidad y sostenibilidad	30
7.4 La inversión en los 7 departamentos priorizados por la ENPDC	33

Parte III: Implementación de las estrategias de nutrición

8. Implementación de las estrategias	37
9. El aporte de la UE	40

Conclusiones y recomendaciones

10. Principales hallazgos y conclusiones	42
11. Recomendaciones	44

Anexos

ANEXO A: Referencias	47
ANEXO B: Gráficos y cuadros adicionales	50

Lista de Cuadros

Cuadro 1: Paquete de intervenciones de las estrategias de reducción de la desnutrición crónica.....	14
Cuadro 2: Estructura de las intervenciones de la serie Lancet 2013, Nutrición materno infantil.....	16
Cuadro 3: Presupuesto ejecutado componente servicios de salud y nutrición y presupuesto total del MSPAS.....	29
Cuadro 4: Presupuesto vigente y ejecutado agua y saneamiento INFOM y MSPAS.....	30
Cuadro 5: Presupuesto vigente, devengado y % de ejecución, componente generación de ingresos y producción local de alimentos, MAGA 2015-2017.....	31
Cuadro 6: Presupuesto vigente y ejecutado (devengado) – ENPDC 2017.....	33
Cuadro 7: Resumen comparativo del diseño de las estrategias, la inversión y ejecución.....	35
Cuadro 8: Fortalezas y limitaciones en la implementación de las estrategias de combate a la desnutrición crónica.....	38
Cuadro 9: Principales acciones de la UE en SAN (2009 – 2018).....	41

Lista de Figuras

Figura 1: Marco legal y de políticas de SAN.....	11
Figura 2: Metas nacionales de reducción de la desnutrición crónica.....	13
Figura 3: Prevalencia de desnutrición según ENSMI y tendencias esperadas y requeridas para alcanzar las metas nacionales al 2030 y 2032.....	13
Figura 4: Modelo causal de la desnutrición infantil.....	16
Figura 5: Proporción de la población con acceso a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua potable y saneamiento mejorado.....	17
Figura 6: Proporción de la población con acceso a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua potable y saneamiento mejorado por departamento.....	18
Figura 7: Porcentaje de hogares de cinco personas sin probabilidad de acceso a una dieta adecuada por zona geográfica, PMA y otros, 2016.....	19
Figura 8: Estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años, según nivel de educación de la madre.....	19
Figura 9: Alfabetismo en población de 15 años y más por grupo poblacional.....	20
Figura 10: Alfabetismo en mujeres de 15 a más años por departamentos, 2014.....	20
Figura 11: Estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años según quintil de riqueza.....	21
Figura 12: Evolución de la pobreza y pobreza extrema en Guatemala.....	21
Figura 13: Incidencia de pobreza y pobreza extrema por departamento.....	22
Figura 14: Correspondencia entre los componentes de las estrategias y las causas de la desnutrición.....	22
Figura 15: Tipo de información contenida en los diferentes reportes del SICOIN y SIGES.....	24
Figura 16: POASAN: Presupuesto vigente, ejecutado y porcentaje ejecución, período 2009-2018.....	25
Figura 17: Guatemala: Inversión en SAN como porcentaje del PIB.....	26
Figura 18: Inversión en SAN como porcentaje del PIB, países Centroamericanos, 2007-2011.....	26
Figura 19: Porcentaje de la inversión en los componentes de las estrategias de reducción de la desnutrición crónica como parte del POASAN 2013-2018 (% de presupuesto ejecutado).....	27
Figura 20: Presupuesto vigente, devengado (ejecutado) y % de ejecución para el componente de servicios básicos de salud y nutrición, 2010-2017.....	28
Figura 21: Distribución del presupuesto ejecutado por tipo de intervención - componente servicios básicos de salud y nutrición, período 2013-2017.....	29
Figura 22: Presupuesto vigente, devengado y % de ejecución componente transferencias condicionadas.....	32
Figura 23: Distribución de la inversión por sector-ENPDC 2017.....	33
Figura 24: Distribución del presupuesto ejecutado por tipo de intervención y por departamento. Componente servicios de salud y nutrición-ENPDC 2017.....	34
Figura 25: Porcentaje de ejecución financiera de los diferentes componentes de las estrategias.....	36

Glosario

AF	Agricultura Familiar
AMER	Agencia Municipal de Extensión Rural
BM	Banco Mundial
CATIE	Centro Agronómico Tropical de Investigación y Enseñanza
COCODE	Consejos Comunitarios de Desarrollo
COMUDE	Consejos Municipales de Desarrollo
COMUSAN	Comisión Municipal de Seguridad Alimentaria y Nutricional
CONASAN	Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional
CRS	Catholic Relief Services
DC	Desnutrición Crónica
DFID	The Department for International Development
DRI	Desarrollo Rural Integral
ENCOVI	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida
ENPDC	Estrategia Nacional para la Prevención de la Desnutrición Crónica, 2016-2020
ENRDC	Estrategia Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FIRST	Programa Impacto, Resiliencia, Sostenibilidad y Transformación de la Seguridad Alimentaria y Nutricional
GSF	Global Support Facility
HANCI	Hunger and Nutrition Commitment Index
ICEFI	Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales
IFPRI	Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias
INCAP	Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá
INCOPAS	Instancia de Consulta y Participación Social
INE	Instituto Nacional de Estadística
INFOM	Instituto de Fomento Municipal
InSAN	Insuguridad Alimentaria y Nutricional

M&E	Monitoreo y Evaluación
MAGA	Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación
MCIV	Ministerio de Comunicaciones, Infraestructura y Vivienda
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social de Guatemala
MINECO	Ministerio de Economía
MINFIN	Ministerio de Finanzas Públicas
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
NIPN	The National Information Platforms for Nutrition
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OIT	Organización Internacional del Trabajo
PAFFEC	Programa de Agricultura Familiar para el Fortalecimiento de Economía Campesina
PESAN	Plan Estratégico de Seguridad Alimentaria y Nutricional
PiNN	Plataformas de Información Nacional sobre Nutrición
PMA	Programa Mundial de Alimentos
POASAN	Plan Operativo Anual de Seguridad Alimentaria y Nutricional
POLSAN	Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional
PPHO	Plan del Pacto Hambre Cero
PRDC	Programa para la Reducción de la Desnutrición Crónica
SAN	Seguridad Alimentaria y Nutricional
SBS	Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia de la República
SEGEPLAN	Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia de la República
SESAN	Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia de la República
SICOIN	Sistema Integrado de Contabilidad del Estado
SIGES	Sistema Informático de Gestión
SIPSE	Sistema de Información, Planificación, Seguimiento y Evaluación
SOSEP	Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente
SUN	Scaling Up Nutrition
UE	Unión Europea



INTRODUCCIÓN

1. Antecedentes

Guatemala en las dos últimas décadas ha intensificado los esfuerzos y priorizado el combate a la inseguridad alimentaria y la desnutrición, sin embargo, no se muestran progresos sustanciales en la superación de estos problemas.

Según, el Reporte del estado de la Seguridad Alimentaria y la Nutrición en el Mundo (SOFI 2018), la proporción de personas sub-alimentadas se mantiene constante en 15.8% en la última década y peor aún, el número absoluto de personas sub-alimentadas aumentó de 2.1 millones en 2004-2006 a 2.6 millones en 2015-2017. En los últimos 20 años, la tasa de desnutrición crónica en niños menores de 5 años, el principal problema nutricional del país muestra niveles de reducción muy modestos de 0.45% anual¹. Así, el 46.5% de los niños menores de 5 años sufre desnutrición crónica según la última Encuesta de Salud Materno Infantil (ENSMI 2014/2015). El panorama se torna más sombrío, cuando de manera similar a los países de América Latina y el Caribe, Guatemala está ya experimentando la transición nutricional, soportando la doble carga de la malnutrición con el incremento del sobrepeso y obesidad.

Guatemala, comparativamente a otros países en la región y en el mundo, tiene marcos institucionales, legales y de políticas en Seguridad Alimentaria Nutricional (SAN) mucho más desarrollados. La lucha contra la desnutrición crónica está presente en el más alto nivel de la agenda política y de manera amplia en todos los sectores de la sociedad, además ha trascendido los diferentes gobiernos. Entonces, es oportuno el cuestionamiento al hecho que no obstante este importante desarrollo, la tasa de desnutrición crónica se mantiene elevada y ha disminuido muy poco.

Las Plataformas Nacionales de Información en Nutrición (NIPN en Inglés, PiNN en español) son una iniciativa conjunta de Unión Europea, DFID (The Department for International Development) y la Fundación Bill y Melinda Gates. Actualmente se implementan en diez países, de los cuales Guatemala está en una fase más avanzada de implementación. La iniciativa PiNN en Guatemala es implementada por el Centro Agronómico Tropical de Investigación y Enseñanza (CATIE), y el equipo trabaja en apoyo a la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN), que es la institución encargada de la coordinación multi-sectorial en materia de seguridad alimentaria y nutricional.

Hasta el final del año 2019, existe una ventana de oportunidad para la PiNN Guatemala, para poder mostrar un “estudio de caso” sobre el progreso del gobierno para prevenir el retraso del crecimiento desde una perspectiva de la implementación, o al menos demostrar que está en la forma correcta de hacerlo. 2019 será un año de elecciones presidenciales, por lo tanto, será importante que todos los socios gubernamentales y no gubernamentales muestren este caso para garantizar la continuidad en la implementación de las intervenciones para la reducción de la desnutrición crónica. También será una forma de mostrar a nivel global una idea del progreso en la implementación de las plataformas de información utilizando un contexto nacional específico para ilustrar dicho progreso.

Sobre esta base, el GSF/CATIE/SESAN y UE acordaron la posibilidad de desarrollar y producir el presente estudio de caso para Guatemala, en el marco del proyecto PiNN.

2. Objetivos

El estudio sobre la evolución de las estrategias de reducción de la desnutrición crónica en Guatemala tiene el objetivo general documentar y analizar la implementación de la estrategia de prevención de la desnutrición crónica (ENPDC) 2016-2020 dentro del marco político más amplio, dependiente de los datos disponibles y accesibles en Guatemala.

De hecho, el estudio analiza los progresos del país para reducir la desnutrición crónica en relación con el cambio de enfoque de la ENPDC en contra de la evolución de las diferentes estrategias de nutrición multisectoriales, durante la última década. Con este estudio nacional se intenta capitalizar sobre los progresos pasados y lecciones aprendidas para mejorar el asesoramiento sobre la agenda de nutrición en Guatemala.

1. Reducción de 9 puntos porcentuales, pasando de 55.5% en 1995 a 46.5% en 2014/2015.

Los resultados de este estudio se describen en este informe nacional. Además, este estudio desarrollará un documento de síntesis sobre las lecciones aprendidas para la difusión global. El informe nacional constituirá el principal producto para uso, difusión y comunicación a nivel nacional, por parte de la contraparte nacional, SESAN y para el equipo de PiNN. El documento de síntesis sobre las lecciones aprendidas servirá como caso de demostración para otros países NIPN o países SUN y está disponible por separado.

3. Metodología

El alcance del presente estudio comprende un análisis de la evolución histórica de las diferentes estrategias y programas orientadas al combate de la desnutrición crónica, iniciando con el Programa de Reducción de la Desnutrición Crónica (PRDC 2006-2016), la Estrategia Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica (ENRDC 2008-2011), el Plan del Pacto Hambre Cero (PPH0 2012-2015) y la presente Estrategia Nacional para la Prevención de la Desnutrición Crónica (ENPDC 2016-2020).

El estudio de caso está basado en:

1. Revisión de un conjunto amplio de documentos disponibles sobre: el diseño, evaluación, seguimiento de las estrategias nacionales de lucha contra la desnutrición crónica; políticas y marcos legales de desarrollo y de SAN; análisis de la implementación de las políticas, programas y estrategias nacionales de SAN; contribución de la UE a los diferentes aspectos de SAN, situación, evolución y factores causales de la desnutrición, entre otros.
2. Entrevistas con actores clave como los representantes de los diferentes sectores al Movimiento Scaling Up Nutrition - SUN (SESAN, Instancia de Consulta y Participación Social - INCOPAS, Sector Privado, Agencias de Naciones Unidas), representantes de la Delegación de la Unión Europea (DUE), técnicos de los Ministerios involucrados en la ENPDC (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - MSPAS, Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación - MAGA y Ministerio de Desarrollo Social - MIDES).
3. Análisis cuantitativo de la evolución de la inversión, ejecución presupuestaria y física en SAN y en los diferentes componentes de las distintas estrategias de combate a la desnutrición crónica.
4. La información cualitativa recogida a partir de los documentos y entrevistas ha sido la base para algunos de los hallazgos y conclusiones del estudio y también para confirmar los resultados del análisis cuantitativo.

El proceso analítico planteado se enfocó en los siguientes puntos:

- A. Explicar la relevancia de las estrategias de lucha contra la desnutrición con referencia a las iniciativas globales en materia de nutrición, especialmente en relación a la desnutrición crónica.
- B. Mostrar cómo el cambio histórico en las estrategias para la reducción de la desnutrición crónica ha ido en la dirección correcta y es coherente con compromisos más amplios del país (Plan Nacional de Desarrollo, SUN, PESAN, Agenda 2030 y otros marcos legales y de políticas).
- C. Describir la evolución de las estrategias y políticas de nutrición desde PRDC, ENRDC, Plan del Pacto Hambre Cero a la ENPDC, analizando si la implementación de la ENPDC es un paso más en la dirección correcta dentro de una perspectiva histórica más global.
- D. Intentar vincular el cambio y la evolución de las estrategias con el enfoque específico del apoyo e inversión de la UE en materia de seguridad alimentaria y nutricional en los últimos años
- E. Realizar análisis de datos cuantitativos para mostrar el «progreso en la implementación de las estrategias de nutrición» en los últimos años y permitir demostrar o documentar que la implementación de las acciones de nutrición van en la dirección correcta y que es importante mantener en el tiempo para obtener resultados.

Limitaciones

- Los datos disponibles en los sistemas de información financiera y de cumplimiento de metas físicas (Sistema de Contabilidad Integrada - SICOIN y el Sistema Informático de Gestión - SIGES) limitan la posibilidad de hacer análisis detallados y desagregados. Entre las principales limitantes se han encontrado: a) información de presupuestos y gastos desagregados a nivel departamental solamente

- es reportada en el caso del MSPAS, mientras que el MAGA y MIDES solo reportan a nivel nacional;
- b) Información histórica sobre los presupuestos, gastos y ejecución financiera y física, que sea comparable a través de los años solo es posible a partir de 2013, con excepción del sector salud donde con algunos ajustes se puede establecer una línea histórica a partir de 2008/2009. Esto debido a que la estructura presupuestal de programas, sub-programas y proyectos difiere en años anteriores, e incluso cambia año a año como en el caso del MAGA; c) El SIGES y la Gestión por Resultados (GpR) fueron establecidos recién a partir de 2012, siendo el sector salud uno de los primeros en adherirse a este sistema, otros sectores como MAGA y MIDES lo hicieron más tardíamente.
- Los sistemas de información de los sectores, no reportan datos de cobertura de servicios a nivel poblacional, sino solamente el cumplimiento de metas. Aunque, el sistema de información del sector salud, podría brindar este tipo de datos, estos no están disponibles en un tiempo corto como en el caso del estudio. Esto limitó la posibilidad de brindar información cuantitativa sobre la calidad de la implementación en términos de cobertura u otros indicadores.
-

PARTE I: Diseño de las estrategias de nutrición

4. Marco legal, políticas de seguridad alimentaria nutricional y estrategias de lucha contra la desnutrición

Guatemala tiene un desarrollo avanzado del marco legal, político e institucional para luchar contra la inseguridad alimentaria y nutricional y concretamente la desnutrición crónica. De manera progresiva, el tema de la lucha contra la inseguridad alimentaria y la desnutrición crónica se ha ido posicionando en el más alto nivel en la agenda pública, el sector privado, los medios y la sociedad civil en su conjunto y especialmente resaltante es que ha trascendido los diferentes gobiernos.

En primer término, la Constitución Política de la República, reconocida, como una de las pocas constituciones que incorpora expresamente el derecho a la alimentación como derecho fundamental, en su texto contiene consideraciones básicas que garantizan la SAN. Así, estipula, como deber del Estado garantizar la vida y el desarrollo integral de las personas (Art. 2), así como el derecho a la alimentación, salud, educación, seguridad y previsión social, especialmente a los menores de edad y los ancianos (Art. 51). El Art. 99 además indica que *el Estado velará porque la alimentación y nutrición de la población reúna los requisitos mínimos de salud. Las instituciones especializadas del Estado deberán coordinar sus acciones entre sí o con organismos internacionales dedicados a la salud, para lograr un sistema alimentario efectivo.*

Los principales instrumentos de la política general de desarrollo el Plan Nacional de Desarrollo: K'atun nuestra Guatemala 2032, así como los marcos legales y de política específicas de SAN, son coherentes con los derechos garantizados por la Constitución y como tal incluyen prioridades y objetivos estratégicos orientados explícitamente a garantizar el derecho de las personas a la SAN, en especial de las niñas y niños menores de 5 años, así como el desarrollo y fortalecimiento de mecanismos de prevención y tratamiento de los problemas nutricionales por escasez o exceso, con prioridades en todos los grupos de mayor riesgo.

El Plan Estratégico de SAN (PESAN), sobre cuya base se elaboran, anualmente, los Planes Operativos de SAN (POASAN), las diferentes estrategias de combate a la desnutrición crónica, y concretamente la ENPDC en el período de gobierno 2016-2020, son los instrumentos que operativizan las políticas y planes macro. Se aprecia en la Figura 1 (siguiente pagina), que hay un alineamiento y coherencia entre los instrumentos operativos y los marcos de políticas en términos de objetivos, grupo meta y líneas estratégicas.

5. Evolución de las estrategias de lucha contra la desnutrición crónica

5.1 Evolución histórica

El inicio de los esfuerzos para mejorar la situación alimentaria y nutricional de la población, en especial de los niños menores de 5 años, se remonta ya al año 1976, cuando, la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN), identificó la necesidad de contar con un grupo de coordinación con representantes de los distintos sectores, quienes elaboraron el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición (SEGEPLAN 1976). En 2005, la aprobación de la Ley y la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional sirvieron de base para la elaboración del primer esfuerzo sistemático de combate a la desnutrición crónica que fue el Programa de Reducción de la Desnutrición Crónica (PRDC) 2006-2016. En 2005 también se creó la SESAN, que fue encargada de diseñar dicho programa en coordinación con el MSPAS, SEGEPLAN, MAGA, PMA, UNICEF, OPS y otras agencias cooperantes. El objetivo del PRDC fue el de disminuir a la mitad la prevalencia nacional de desnutrición crónica en niños y niñas menores de cinco años, en un periodo de 10 años, de 2006 a 2016. El enfoque del programa fue integral, incorporando la provisión de servicios básicos de salud y nutrición, educación alimentaria-nutricional, entrega de un alimento complementario (componentes directos), y esfuerzos

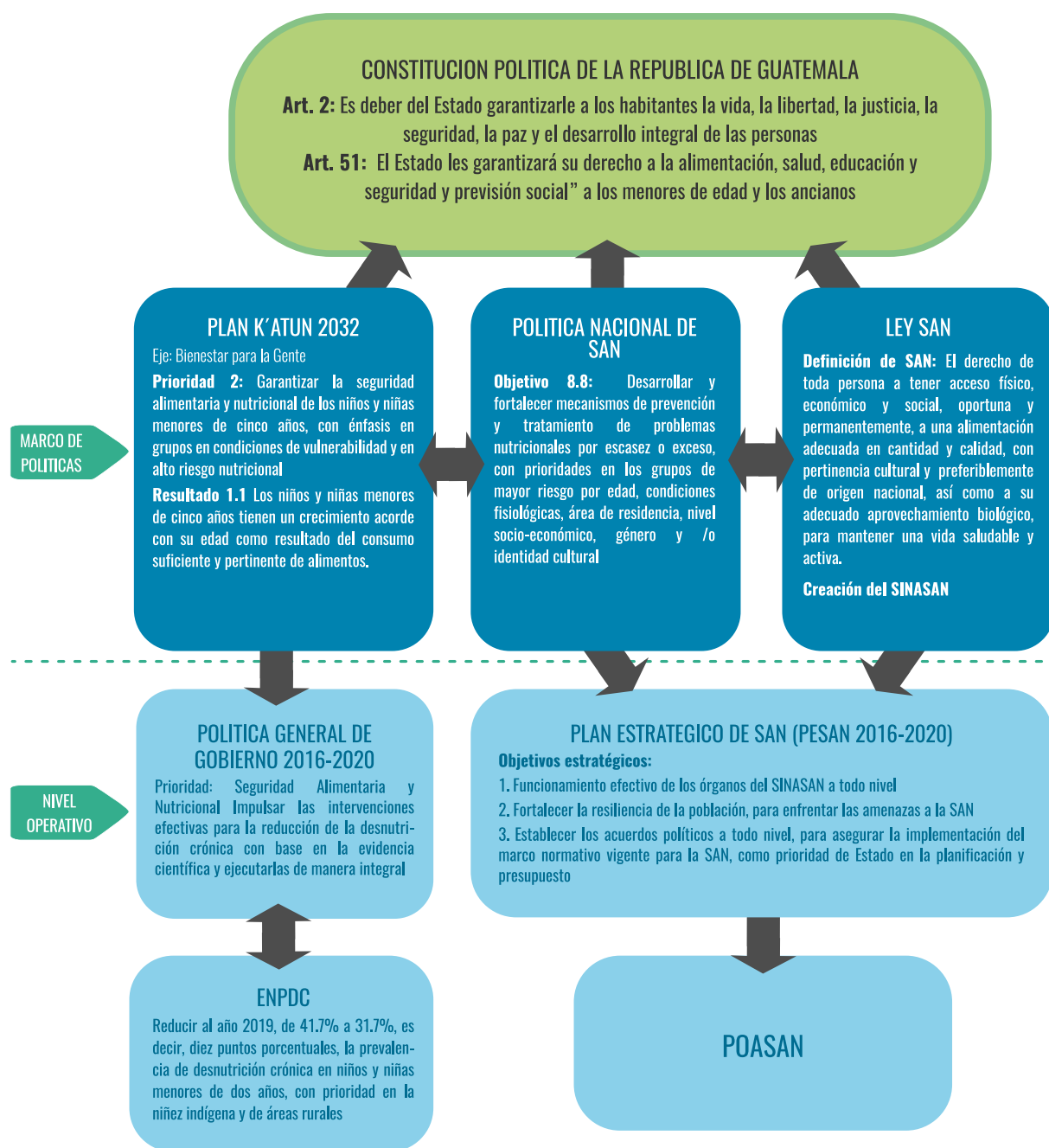


Figura 1: Marco legal y de políticas de SAN

para mejorar las condiciones de provisión de agua y saneamiento básico, mejorar la economía familiar, así como promover la organización y participación social (componentes de viabilidad y sostenibilidad) (Gobierno de Guatemala, 2006). El PRDC se ejecutó desde 2006, y en 2008, el Gobierno de Guatemala decide transformarlo en la Estrategia Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica (ENRDC), manteniendo el enfoque y los componentes del PRDC (Proyecto PiNN 2018).

En el período 2012-2015, el gobierno de entonces, propició la suscripción del Pacto Hambre Cero, con los diferentes sectores nacionales. Este fue adoptado en febrero de 2012 y definido como “un movimiento nacional para erradicar el hambre”. Se elaboró el instrumento operativo que fue el Plan del Pacto Hambre Cero (PPH0 2012-2015), que se concibió también como la concreción operativa del Plan Estratégico de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PESAN 2012-2016).

Según, indica el documento de presentación del PPH0 (Gobierno de Guatemala, 2012), en su elaboración se tomaron como base el Programa para la Reducción de la Desnutrición Crónica 2006-2016 (PRDC), los consensos internacionales y la iniciativa Scaling UP Nutrition (SUN) - que se focaliza en la Ventana de los 1000 días.

Los objetivos del PPH0 fueron muy ambiciosos y cubrían mucho más que la sola reducción de la desnutrición crónica, comprendiendo:

- Reducir en 10% la prevalencia de la desnutrición crónica infantil, para finales del 2015, promoviendo el desarrollo infantil temprano.
- Prevenir el hambre estacional y reducir la mortalidad en la niñez menor de 5 años, por la desnutrición aguda.
- Promover la seguridad alimentaria y nutricional, fundamento del desarrollo integral de toda la población guatemalteca.
- Prevenir y atender las emergencias alimentarias, relacionadas con el cambio climático y los desastres naturales.

En relación al objetivo de reducción de la desnutrición crónica, el PPH0, priorizó como área geográfica 166 municipios con mayor prevalencia de desnutrición crónica (según el Censo Nacional de Talla Escolar 2008). En cuanto a los componentes, el paquete básico incluyó los mismos componentes directos y de viabilidad y sostenibilidad del PRDC/ENRDC, pero además, se incluyeron componentes como escuelas saludables (principalmente alimentación escolar e infraestructura educativa), hogar saludable, alfabetización, distribución de fertilizantes y construcción de infraestructura vial (como parte de la generación de ingresos y la producción local), los mismos que consumieron una parte importante de los recursos asignados al PPH0, como se verá en el análisis de los recursos destinados a las diferentes estrategias, más abajo en este documento (Gobierno de Guatemala, 2012).

En marzo del 2016, bajo la conducción del nuevo gobierno (2016-2020), fue aprobada la Estrategia Nacional para la Prevención de la Desnutrición Crónica 2016-2020 (ENPDC), que tiene como objetivo principal prevenir la desnutrición crónica y busca reducir la tasa de desnutrición crónica nacional en diez puntos porcentuales en un lapso de cuatro años, en el grupo de niños menores de 2 años (Gobierno de Guatemala, 2016).

En una primera fase, la ENPDC focalizó sus esfuerzos en cuatro departamentos: Alta Verapaz, Huehuetenango, Quiché y Chiquimula. Posteriormente, en una segunda fase, incluyeron tres departamentos adicionales: San Marcos, Totonicapán y Sololá. Dos cambios importantes se dieron en el enfoque de la ENPDC, en comparación con el PPH0: reducción de las áreas geográficas y el grupo objetivo principal. En particular, algunas de las áreas focalizadas por la ENPDC no necesariamente forman parte del grupo de municipios focalizados por el PPH0 y viceversa; asimismo, la ENPDC se enfoca principalmente en reducir la desnutrición crónica en la población menor a dos años mientras que el PPH0 se enfocaba en la población menor a cinco años. El paquete de intervenciones también se redujo en comparación con el PPH0 y va más en línea con el PRDC/ENRDC.

5.2 Las metas nacionales de reducción de la desnutrición y las estrategias nacionales

El país ha establecido metas de reducción de la desnutrición crónica a corto y largo plazo. Por un lado el Plan Nacional de Desarrollo: K'atun nuestra Guatemala 2032 establece la meta de reducir al menos en 25 puntos porcentuales la desnutrición crónica al año 2032, lo que tomando como base la prevalencia de la ENSMI 2014/2015 de 46.5%, implicaría una prevalencia esperada de 21.5% en 2032. En el compromiso del país con los ODS también se decidió mantener la meta del Plan K'atun, pero como los ODS deben ser alcanzados en el 2030, se decidió que la meta de la Agenda 2030, quedaría como una reducción en 22 por ciento de la prevalencia de desnutrición crónica (Gobierno de Guatemala, 2017), lo que se traduce en una prevalencia esperada de 24.5% en 2030 (Figura 2).

Por otro lado las diferentes estrategias de reducción de la desnutrición crónica establecieron metas a mediano y corto plazo. La PRDC planteó la reducción de la prevalencia en al menos 24 por ciento entre 2006 y 2016, tomando como base la ENSMI 2002.

Por su parte, el PPH0 planteó la meta de reducción de la desnutrición crónica en 10 puntos porcentuales entre 2012 y 2015. Mientras que la actual ENPDC tiene como meta también la reducción en 10 por ciento de la prevalencia entre 2016 y 2019, pero en niños menores de dos años.

Como muestran los datos de las diferentes encuestas nacionales, no solamente ninguna de las metas planteadas en el mediano y corto plazo se han alcanzado (aunque también no todas se han evaluado), sino que la tasa de reducción anual no se ha acelerado y de mantenerse las tendencias, no se lograrían

las metas del compromiso de país con los ODS al 2030 ni la meta nacional establecida en el Plan K'atun al 2032 (Figura 2). Se requeriría en promedio una tasa de reducción anual de 1.57% para lograr la meta de la agenda 2030, esto significa más que triplicar la tasa de reducción anual promedio de 0.45% de los últimos 20 años (Figura 2 y 3). Es más, de mantenerse la misma tasa de reducción anual de la desnutrición crónica y dadas las tasas de crecimiento demográfico el número absoluto de niños menores de 5 años aumentará aún más, como ya viene ocurriendo, puesto que según Palmieri et al, 2015, en el período 1966-2015, hubo un aumento de 483,484 niños desnutridos crónicos como resultado, en buena medida, del crecimiento poblacional y de la lentitud en la tasa de mejoramiento del indicador.

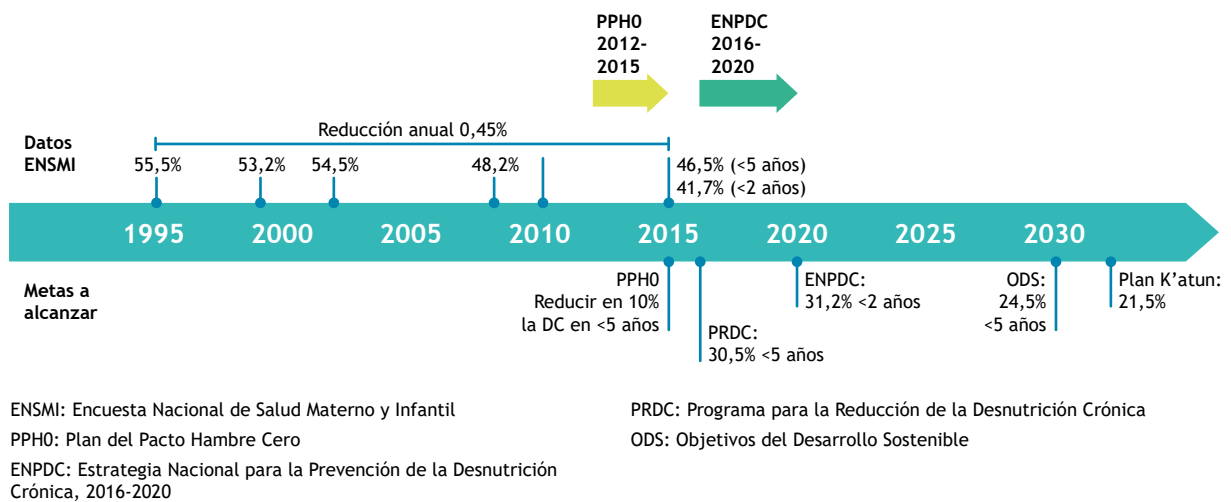


Figura 2: Metas nacionales de reducción de la desnutrición crónica

Fuente: Elaborado en base a documentos: ENSMI, PRDC/ENRDC, PPHO, ENPDC, Plan K'atun, Agenda 2030

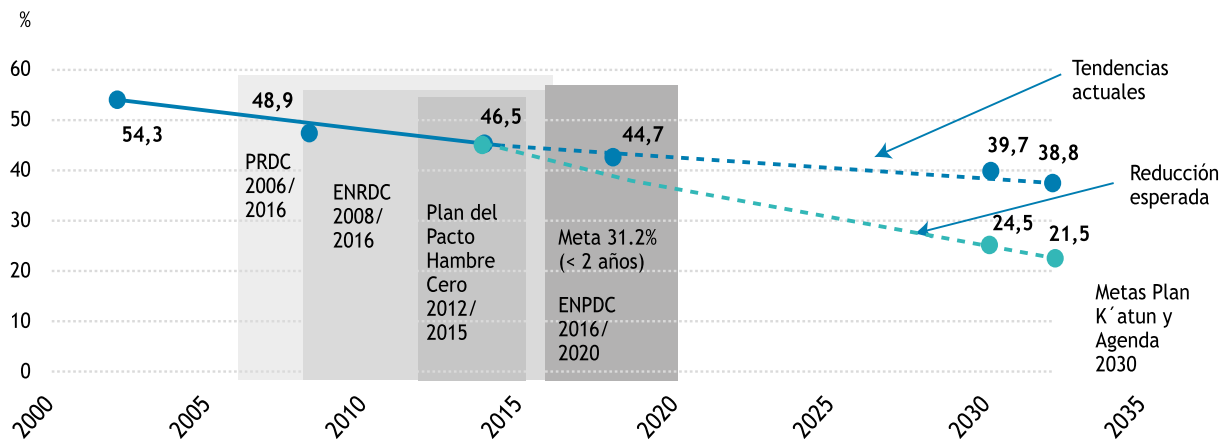


Figura 3: Prevalencia de desnutrición según ENSMI y tendencias esperadas y requeridas para alcanzar las metas nacionales al 2030 y 2032

Fuente: Elaboración propia

5.3 El paquete de intervenciones a lo largo de las estrategias

En general, como se aprecia en el Cuadro 1, el paquete de intervenciones a lo largo de las diferentes estrategias se ha mantenido relativamente estable. Las intervenciones se han categorizado en tres ejes: componentes directos que abordan las causas inmediatas de la desnutrición (que corresponden a las intervenciones específicas en nutrición), componentes de viabilidad y sostenibilidad, que abordan algunas de las causas subyacentes (componentes sensibles a la nutrición), y componentes transversales que tienen que ver con aspectos como coordinación inter-institucional, gobernanza en SAN, sistemas de información, monitoreo y evaluación.

En cuanto a los componentes directos, todas las estrategias han tomado como base el paquete de atención básica de salud y nutrición a cargo del Ministerio de Salud y que corresponden con las

intervenciones recomendadas en la Ventana de los 1000 días. Este paquete básico se ha mantenido en esencia y se han ido añadiendo intervenciones gradualmente como la introducción de micronutrientes espolvoreados y la introducción del Zinc terapéutico en el tratamiento de las diarreas a partir de 2012.

Además, entre los componentes directos del PRDC y posteriormente de la ENRDC, el PPH0 y la ENPDC, se incluye la educación alimentaria y nutricional y la promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria. Estos componentes buscan generar capacidades permanentes, especialmente en las mujeres para el cambio de comportamiento y la búsqueda de mejores alternativas en el auto cuidado de la salud y nutrición a nivel del hogar.

		PRDC 2006-2016	ENRDC 2008-2011	PPH0 2012-2015	ENPDC 2016-2020
COMPONENTES DIRECTOS	1. Provisión de servicios básicos de salud y nutrición				
	Control pre-natal	X	X	X	X
	Suplementación con hierro y ácido fólico (mujeres)	X	X	X	X
	Atención post-natal y recién nacido	X	X	X	
	Parto limpio y seguro	X	X	X	
	Información y promoción de salud sexual y productiva			X	
	Monitoreo del crecimiento (niños < 5 años)	X	X	X	X (< 2 años)
	Suplementación con Vit A, hierro y ácido fólico (< 5 años)	X	X	X	X (< 2 años)
	Suplementación con micronutrientes espolvoreados			X	X (< 2 años)
	Inmunizaciones	X	X	X	X
	Desparasitación (< 5 años)	X	X	X	X
	Manejo de la morbilidad (niños < 5 años)	X	X	X	X
	Zinc terapéutico en el manejo de la diarrea		X	X	X
	Manejo del niño desnutrido agudo	X	X	X	
	Fortalecimiento de servicios de salud y nutrición (infraestructura, equipamiento, capacitación)			X	
	Consejería para el cuidado de la salud y nutrición	X	X	X	X
2. Educación y comunicación en nutrición - Promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria	X	X	X	X	
3. Entrega de alimento complementario a niño 6 a 36 meses (Vitacereal)	X	X	X		
COMPONENTES DE VIABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD	1. Agua y saneamiento	X	X	X	X
	2. Mejoramiento de economía familiar y disponibilidad de alimentos mediante la producción agropecuaria	X	X	X	X
	3. Transferencias condicionadas de efectivo			X	X
	4. Empleo y diversificación del ingreso			X	
	5. Escuelas saludables (refacción escolar)			X	
	6. Alfabetización			X	
	7. Hogar saludable (viviendas)			X	

Cuadro 1: Paquete de intervenciones de las estrategias de reducción de la desnutrición crónica

Fuente: Elaborado en base a documentos de las estrategias

Sin embargo, aparte de la consejería para el cuidado de la salud y nutrición ofrecida por los servicios de salud, el componente de educación alimentaria y nutricional no recibió presupuesto, ni se implementó de manera sistemática como planificado a lo largo de las diferentes estrategias, como se demostrará en el análisis de la inversión más abajo.

Otro de los componentes directos importantes de la ENRDC y el PPH0, fue la entrega de Vitacereal, un alimento complementario fortificado (mezcla de harina de maíz y harina de soya, fortificada con vitaminas y minerales) a niños de 6 a 36 meses y a embarazadas y madres lactantes durante los seis meses post-parto. El alimento fortificado era distribuido mediante la red de servicios de salud, que decidió discontinuar su distribución a partir de 2016. Se destinaron importantes recursos a este componente, pero hubo críticas, referentes fundamentalmente a que la logística necesaria para la distribución sobrecargaba al personal de salud y los servicios, además, se tenía dudas sobre la forma de uso a nivel de hogar, que no era adecuada (SESAN, MSPAS, INCAP, PMA y UNICEF, 2011).

Los componentes de viabilidad y sostenibilidad, también se han mantenido a lo largo de las estrategias. En todas se incluyó el componente de agua y saneamiento que contempla la provisión de agua segura y sistemas adecuados de saneamiento (infraestructura) y vigilancia de la calidad del agua. El PPH0 incluía también la conservación y protección de fuentes de agua y la biodiversidad.

El segundo componente de viabilidad y sostenibilidad, tiene que ver con el mejoramiento de la economía familiar y la producción local. En este rubro, las intervenciones más específicas se refieren al mejoramiento de la producción agropecuaria familiar como fuente de ingreso y para el auto-consumo, e incluyen: la reactivación productiva de agricultores de subsistencia, en el PRDC; diversificación productiva (huertos, viveros), aumento de la disponibilidad de proteína animal (producción pecuaria o avícola), manejo post-cosecha, aumento de la productividad de granos básicos, encadenamiento a mercados en el PPH0 y la ENPDC. El PPH0 incluía también rubros de entrega de semillas e insumos a los productores de infra subsistencia y subsistencia, así como la infraestructura vial en apoyo al ingreso y la economía local, así como la promoción del empleo digno y diversificación de fuentes de ingreso. Igualmente se incluye en la ENPDC las transferencias condicionadas con énfasis en salud a las familias en extrema pobreza y con niños menores de 2 años.

Cabe destacar, que si bien, los componentes de las distintas estrategias, se han mantenido, sí hubo cambios en el enfoque y estrategia de implementación. El PPH0 propició una amplia movilización de sectores públicos, la sociedad civil y otros actores; además amplió el abanico de intervenciones y el número de sectores públicos involucrados, así como definió un ámbito geográfico amplio (166 municipios). En la ENPDC por su parte se introdujeron cambios estratégicos derivados fundamentalmente de las recomendaciones de la evaluación final del PPH0 realizada por IFPRI, las mismas que comprendían:

- Reducir el ámbito geográfico y el número de intervenciones a las esenciales y basadas en evidencia (fundamentalmente el paquete de atención salud y nutrición en la Ventana de los 1000 días) y algunas intervenciones de viabilidad y sostenibilidad.
- Cambiar la unidad de análisis hacia los individuos, para asegurar que cada individuo del grupo meta reciba el paquete completo de intervenciones, debido a que se demostró que los niños que recibieron varias intervenciones simultáneamente mostraban una reducción significativa en la desnutrición crónica, mientras que intervenciones individuales no mostraban efectos.
- Complementar las intervenciones de la Ventana de los 1000 días con agua y saneamiento, mejoramiento de los ingresos (a través de transferencias condicionadas) y mejoramiento de la disponibilidad de alimentos mediante la producción, y la educación de la madre (IFPRI, 2016).

5.4 Coherencia con las recomendaciones internacionales

En general las intervenciones planteadas en las estrategias y específicamente en la ENPDC corresponden con aquellas basadas en evidencia y recomendadas internacionalmente en las series Lancet 2008 y 2013, el Movimiento SUN - Ventana de los 1000 días, como se ve en el Cuadro 2.

Se podría decir que Guatemala ha incorporado suficientes intervenciones específicas de nutrición recomendadas a nivel global en sus estrategias de reducción de la desnutrición (por ejemplo la ENPDC incluye 5 de las 10 recomendaciones de la serie The Lancet 2013. Aunque, tampoco se incorporan intervenciones que surgen de la nueva evidencia como en la serie The Lancet 2016 y 2018, que sugiere la importancia de la salud pre-concepcional en la nutrición de los niños, lo que sugiere incluir intervenciones para garantizar la salud de grupos poblacionales como las adolescentes.

Otro aspecto importante que resalta es el hecho que no se ha dado mucho énfasis a las intervenciones sensibles a la nutrición que se orientan a modificar las causas subyacentes y básicas de la desnutrición (por ejemplo en la ENPDC sólo se incluyen 3 de las 9 intervenciones recomendadas a nivel global). Con una prevalencia de desnutrición crónica mayor al 40%, se necesitaría mayor inversión en el abordaje de causas básicas como la educación de las mujeres, la pobreza, el acceso a recursos productivos, entre otra.

Finalmente, en cuanto a los ejes transversales, se aprecia que las diferentes estrategias y la ENPDC en particular, son débiles en cuanto a la ejecución de evaluaciones rigurosas, fomento de las capacidades, el liderazgo e incentivos.

Ejes Programáticos (2)	Intervenciones ejes programáticos (19)	Eje Transversal (1)	Intervenciones eje transversal (7)
SENSIBLES A LA NUTRICIÓN	Sensibles a la nutrición: 9 Agricultura y seguridad alimentaria: mejorar el acceso a alimentos nutritivos para todos Redes de seguridad social. Desarrollo infantil temprano. Salud mental de la madre. Empoderamiento de las mujeres. Protección Infantil. Educación en clase. Agua segura y saneamiento Servicios de salud y planificación familiar	Construyendo un entorno favorable	Evaluaciones rigurosas Estrategias de defensa Coordinación horizontal y vertical Responsabilidad, regulación de incentivos, liderazgo Inversiones en capacidad Movilización de recursos nacionales
ESPECÍFICAS DE LA NUTRICIÓN	Específicas de nutrición: 10 Salud de los adolescentes y nutrición previa a la concepción. Suplementación dietética materna. Suplementación o fortificación de micronutrientes. Lactancia materna y alimentación complementaria. Suplementación dietética para niños. Diversificación de la dieta. Comportamientos alimenticios y estimulación. Tratamiento de la desnutrición aguda grave. Prevención y manejo de enfermedades. Intervenciones nutricionales en emergencias. Cambio de comportamientos: Lactancia materna, alimentación complementaria y lavado de manos (higiene)		

Cuadro 2: Estructura de las intervenciones de la serie The Lancet 2013, Nutrición materno infantil

Fuente: Proyecto PiNN (2018). Informe Intervenciones para la reducción de la desnutrición crónica: breve análisis

6. Coherencia con los factores causales de la desnutrición crónica

Documentos e información que demuestra la correlación de la desnutrición crónica con diversos factores referidos a las condiciones alimentarias, sociales, económicas de la población, abundan en Guatemala. Partiendo del modelo causal de UNICEF (Figura 4), en el presente análisis nos enfocamos en algunos de los factores causales que destacan como relevantes para el contexto de Guatemala y para los que hay información actualizada y/o histórica.

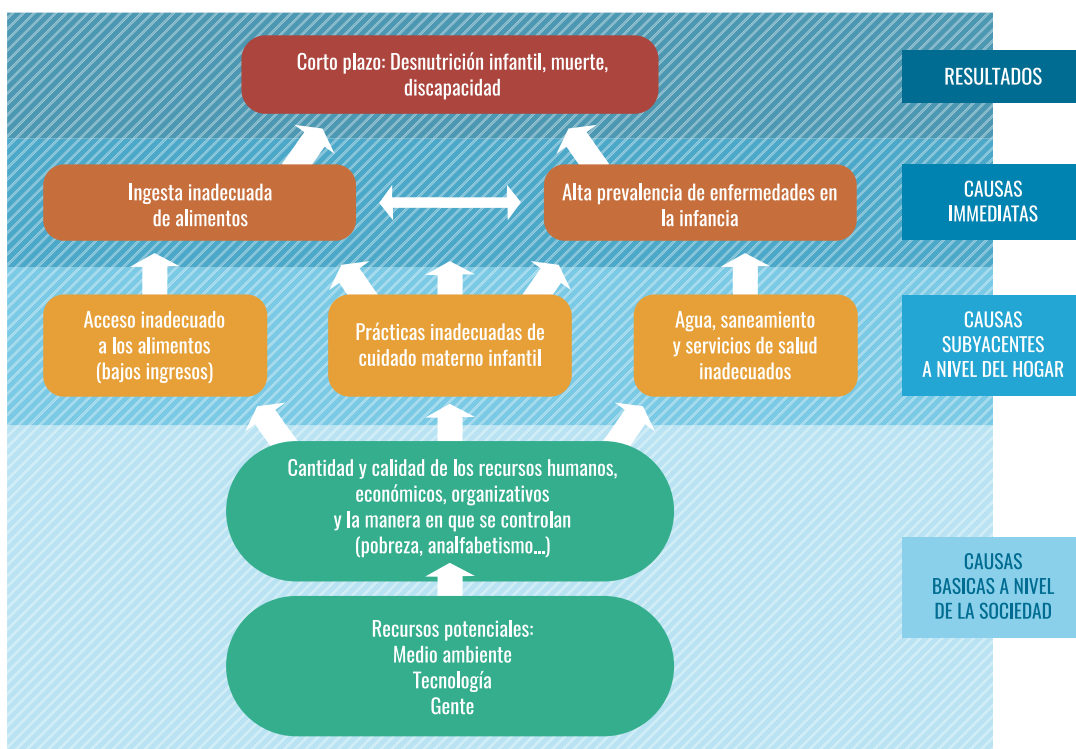


Figura 4: Modelo causal de la desnutrición infantil

Fuente: Modelo causal de la desnutrición infantil de UNICEF 1998

Cabe destacar que los datos presentados en esta sección provienen de fuentes secundarias como diversos estudios y análisis realizados por diversas instituciones.

→ **Causas inmediatas - Inadecuada ingesta de alimentos**

Evidencia reciente de la inadecuada ingesta de alimentos específicamente en los niños menores de dos años y mujeres proviene del estudio del PMA, INCAP, CRS y UNICEF (2016). Este estudio fue realizado en una muestra representativa a nivel de 5 zonas del país que comparten características geográficas, culturales, ecológicas y étnicas, abarcando 166 municipios en 19 de los 22 departamentos del país. Cabe destacar que el ámbito del estudio incluyó los 7 departamentos priorizados por la ENPDC, pero que los datos no son representativos a nivel de departamento. Los datos de consumo de alimentos fueron recogidos aplicando el método de recordatorio de 24 horas en una muestra de niños de 6 a 23 meses y mujeres en edad fértil y embarazadas. Algunos de los principales hallazgos del estudio fueron:

- **La dieta de los niños de 6 a 8 meses y 9 a 11 meses, es deficitaria en micronutrientes, siendo las deficiencias más severas la de zinc, y ácido fólico, que prevalecen aun incluyendo valores altos de lactancia materna.** Esto se relaciona con el bajo o nulo consumo de frutas, verduras y alimentos de origen animal. (Figuras A.1 y A.2 en Anexo)
- **En el grupo de niños de 12 a 23 meses, tanto lactantes como no lactantes se presentan deficiencias importantes en la ingesta de hierro, folato, calcio y zinc** (Figuras A.3 y A.4 en Anexo), atribuible también a la escasa diversidad de la dieta basada en maíz u otros cereales, bajo consumo de alimentos de origen animal, además de la inadecuada consistencia de las preparaciones que tienen poca densidad de energía y nutrientes como infusiones, consomé y sopas.
- Por su parte, la dieta de las madres se basa en cereales y contiene muy poca diversidad, lo que da como resultado la insuficiente ingesta de nutrientes. **En las embarazadas se documentaron brechas de energía, proteína, folato, zinc y en menor magnitud calcio, mientras que en grupo total de mujeres en edad fértil se encontró deficiencia de energía, hierro, folato y zinc.** Por otro lado hay una ingesta superior a lo recomendada de azúcar (Figura A.5 en Anexo).

→ **Causas subyacentes - Agua y saneamiento**

Otro de los factores que determina el estado de salud y nutrición es el acceso a servicios básicos, fundamentalmente agua y saneamiento.

Para 2014, el 77.8% de la población tenía acceso a fuentes mejoradas de agua potable y 58.3% a saneamiento mejorado (Figura 5). La población en el área rural tiene mucho menor acceso a ambos servicios en comparación con el área urbana (89% vs 62% para agua y 64% vs 28% para saneamiento).

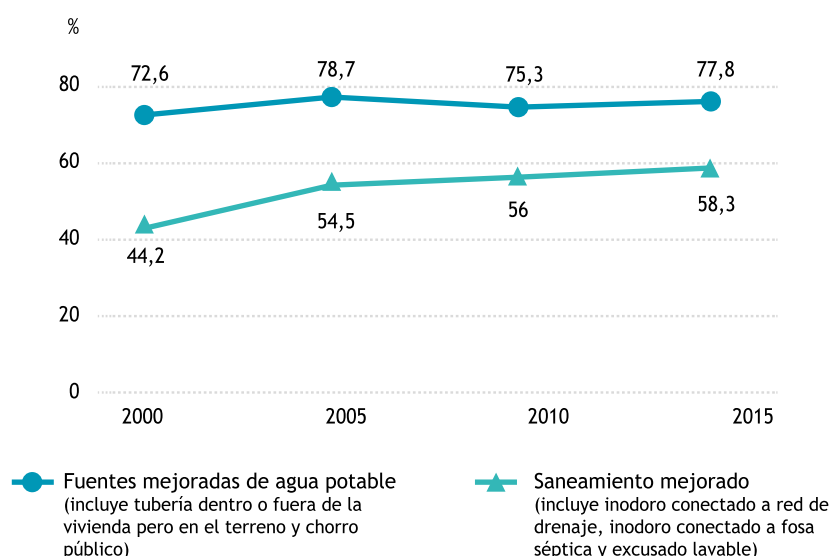


Figura 5: Proporción de la población con acceso a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua potable y saneamiento mejorado

Fuente: ENCOVI 2000, 2006, 2011, 2014

Por otro lado, la proporción de población con acceso a fuentes mejoradas de agua potable aumentó en solo 5.2 puntos porcentuales entre el año 2000 y el 2014, mientras que el acceso a saneamiento mejorado aumentó en 14 puntos porcentuales en el mismo período.

Los departamentos priorizados en la ENPDC, se sitúan entre los que tienen menor acceso a servicios de saneamiento mejorados y agua potable, particularmente Alta Verapaz donde menos de la mitad de la población accede a estos servicios (Figura 6).

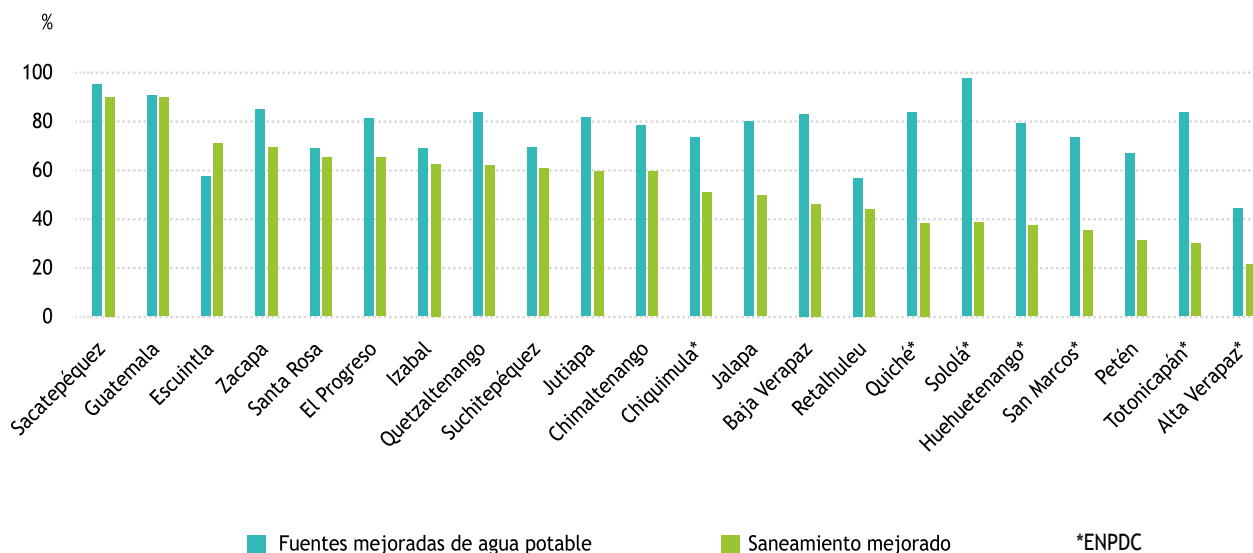


Figura 6: Proporción de la población con acceso a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua potable y saneamiento mejorado por departamento

Fuente: ENCOVI 2014

Es importante mencionar que el acceso a fuentes mejoradas de agua mediante conexión domiciliaria o chorro público, no necesariamente significa que se trate de agua segura. “En la Política Nacional del Sector Agua y Saneamiento (MSPAS, 2013) se estima que solamente el 15% del agua abastecida por los sistemas existentes es desinfectada y que únicamente el 25% de los servicios urbanos cuenta con procedimientos de desinfección”.

En relación a las prácticas de higiene, el estudio Factores socio-culturales que inciden en la desnutrición crónica (SESAN y UNICEF 2014), concluye que las prácticas inapropiadas de higiene no está determinado necesariamente por la falta de conocimientos, sino que son mayormente limitados por la falta de agua potable, infraestructura e insumos básicos.

➔ **Causas subyacentes - Inadecuado acceso económico a los alimentos**

Como parte del estudio del PMA, INCAP, CRS Y UNICEF (2016) se recolectaron datos de precios de los alimentos, lo que permitió determinar los costos de la dieta consumida por las familias y también en base a un ejercicio de programación lineal se determinó el costo de la dieta adecuada para una familia promedio (compuesto por una mujer en edad fértil, hombre adulto, niño menor de dos años, niño en edad escolar y niña adolescente, según ENCOVI 2014). Este análisis permitió estimar la accesibilidad económica de los hogares a una dieta adecuada. El análisis es representativo por zonas geográficas homogéneas que incluyen los departamentos priorizados en la ENPDC (Zona 1 incluye Huehuetenango, Quiché, San Marcos y Totonicapán, Zona 2 incluye Sololá, Zona 4 incluye Chiquimula y Zona 5 incluye Alta Verapaz).

Se encontró que, con excepción de la zona de Sololá, Chimaltenango y Sacatepéquez, más de la mitad de los hogares no tienen la probabilidad de cubrir el costo de la dieta adecuada (Figura 7).

Lo anterior indica que uno de los factores limitantes para el consumo de una dieta diversa y adecuada es el insuficiente acceso económico a los alimentos, remarcando que la pobreza constituye una causa básica de la desnutrición, como se mostrará más abajo. Es importante también destacar que las brechas de acceso difieren de una zona a otra, pero también indicar que los departamentos incluidos en cada zona difieren en algunos aspectos, por lo que contar con datos desagregados a nivel departamental es fundamental para hacer una planificación más apropiada de la intervenciones en función de las necesidades específicas de cada zona.

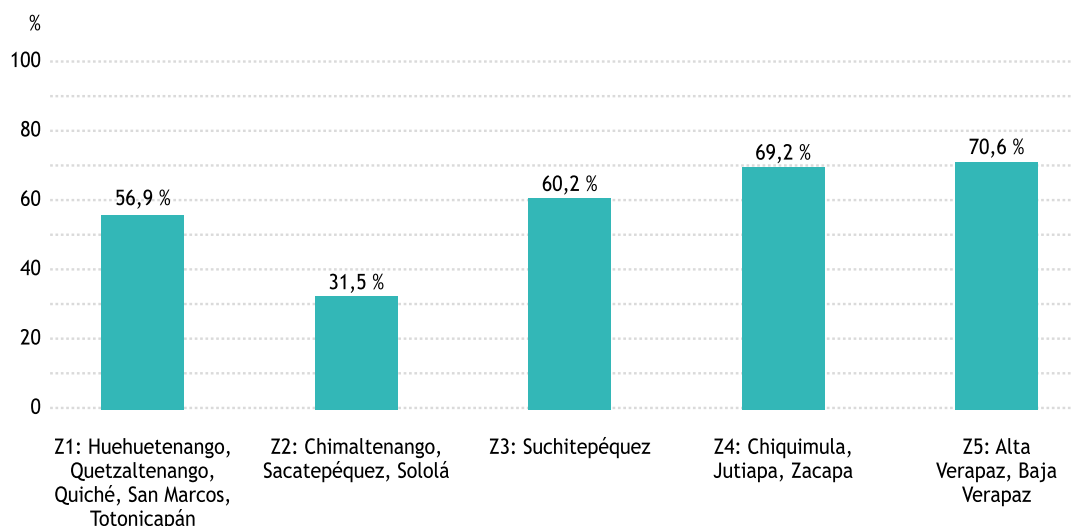


Figura 7: Porcentaje de hogares de cinco personas sin probabilidad de acceso a una dieta adecuada por zona geográfica, PMA y otros, 2016

Fuente: Tomado de ASIES (2017)

→ Causas básicas - Educación de la madre

Sin duda uno de los factores altamente asociados con el estado nutricional de los niños es el nivel educativo de la madre. Los diversos estudios y análisis causales realizados en diversos países muestran una correlación positiva entre el mayor nivel de escolaridad de la madre y el estado nutricional de los niños. Guatemala no es la excepción, es así que los datos de la ENSMI muestran claramente que la prevalencia de desnutrición crónica en niños con madres analfabetas es 3.5 veces mayor al encontrado en los niños con madres con educación superior (Figura 8).

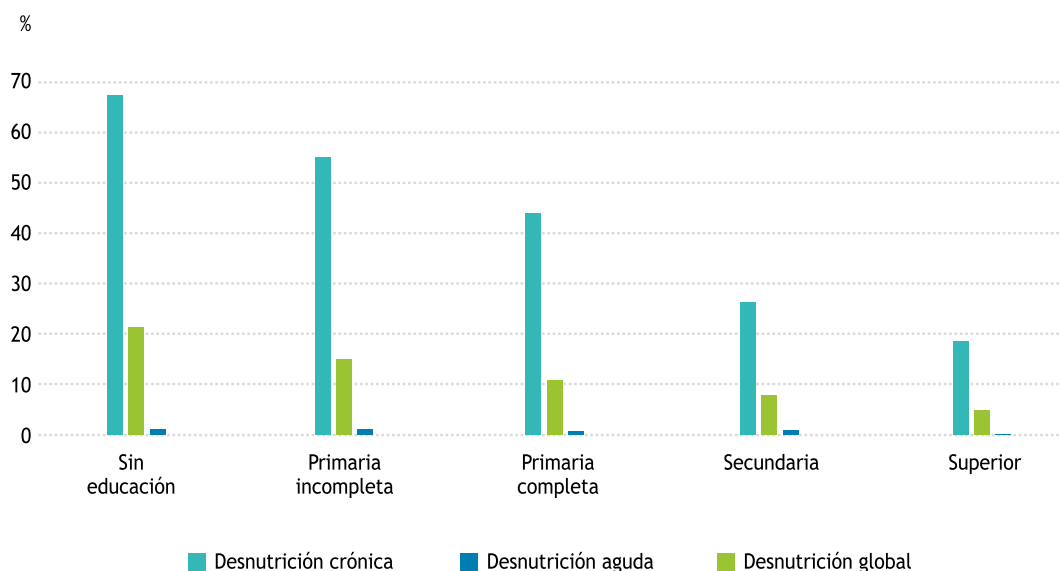


Figura 8: Estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años, según nivel de educación de la madre

Fuente: ENSMI 2014-2015

Para dar una idea de la situación de escolaridad de las mujeres en Guatemala, la Figura 9 muestra la evolución de las tasas de alfabetismo para diferentes grupos poblacionales. Se observa que aunque hay una tendencia creciente en la tasa de alfabetización entre 2000 y 2014, las mujeres y la población indígena muestran las tasas más bajas. De modo que solamente 7 entre 10 mujeres es alfabeta en contraste con cerca de 9 entre cada 10 hombres. En la población indígena la tasa de alfabetismo es incluso ligeramente menor. Por departamentos, aquellos priorizados por la ENPDC muestran las tasas más bajas de alfabetismo en mujeres (Figura 10).

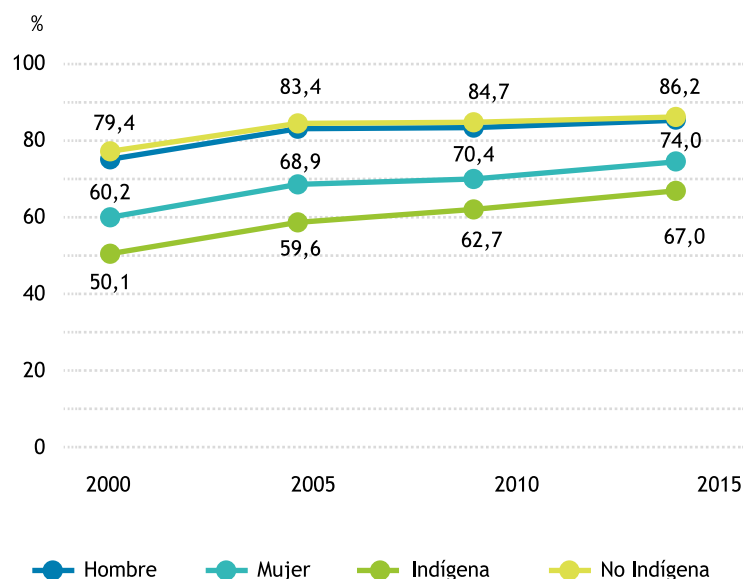


Figura 9: Alfabetismo en población de 15 años y más por grupo poblacional

Fuente: Elaborado con datos de anexos del INDH 2015/2016 PNUD (2016)

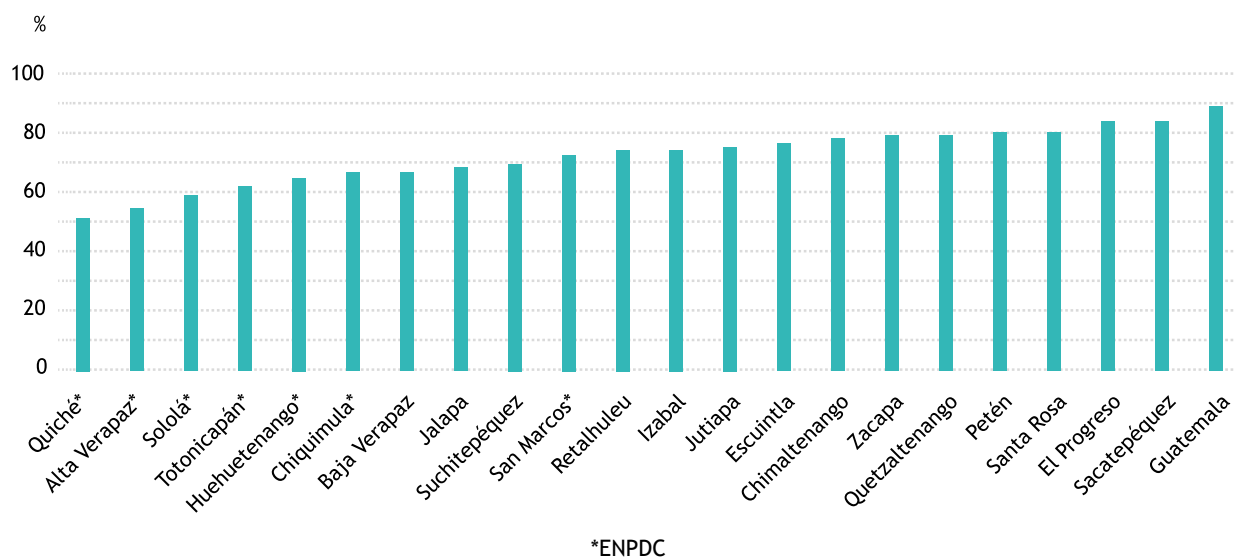


Figura 10: Alfabetismo en mujeres de 15 a más años por departamentos, 2014

Fuente: Elaborado con datos de anexos del INDH 2015/2016 PNUD (2016)

La importancia del mayor nivel de escolaridad de la madre en el resultado positivo en el estado nutricional, fue demostrada en un análisis realizado por Alderman y Headey (2017) de datos de diferentes países. Se observaron mejores niveles de nutrición a mayor nivel de años de escolaridad (10-12 y más de 13 años), en comparación a madres con solamente educación primaria. Se menciona también que no solo, es importante el número de años de escolaridad sino la calidad de la educación. La baja calidad de la educación primaria en muchos países, que se traduce en bajos niveles de alfabetismo y carencia de otros aprendizajes relevantes para la nutrición es también un aspecto que influye en resultados en cuanto a la salud de los niños. Esto también significaría que los cambios de comportamiento en salud y nutrición son complejos y que requieren más habilidades que solamente habilidades básicas de lectura, escritura y numeración. Es así, que los autores mencionados encontraron que un mayor nivel de educación de la madre mostraba asociaciones significativas con factores que influyen positivamente en la nutrición como el número de hijos, la diversidad de la dieta de los niños, el cuidado pre y post natal y en la capacidad de las mujeres para participar en las decisiones sobre el cuidado de su salud.

→ **Causas básicas - Riqueza y desnutrición crónica**

Los datos de la ENSMI, 2014/2015, muestran claramente la asociación entre nivel de riqueza de las familias y la desnutrición crónica. Los niños de familias del quintil más pobre presentan una prevalencia de desnutrición crónica que es 3.8 veces mayor que la tasa en las familias del quintil más rico (Figura 11).

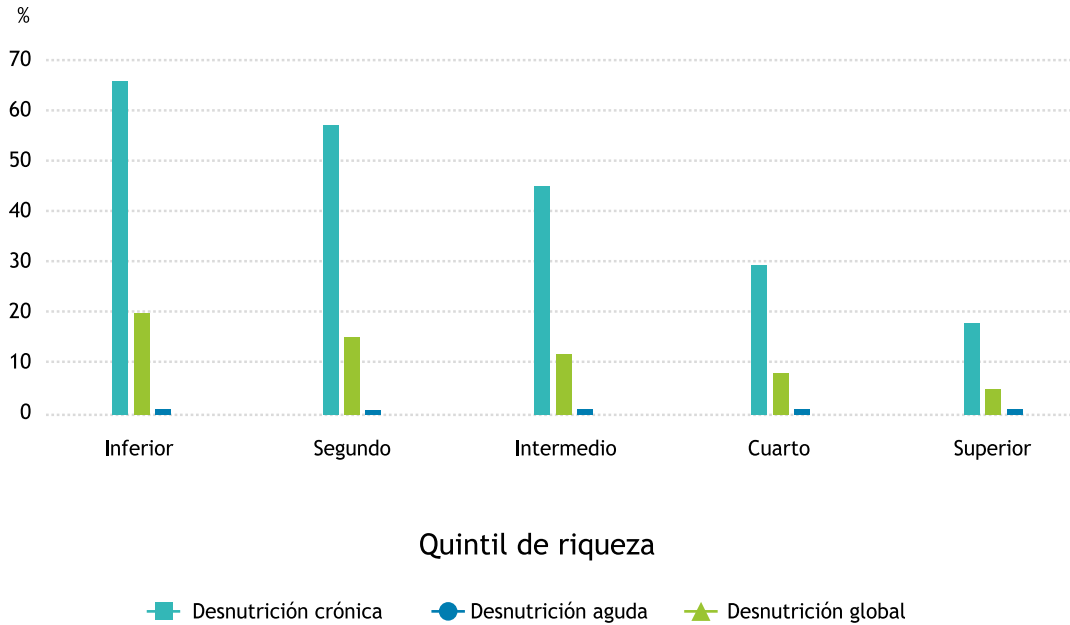


Figura 11: Estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años según quintil de riqueza

Fuente: Tomado de ENSMI 2014/2015

La Figura 11 también muestra que la prevalencia de desnutrición aguda es bastante baja alrededor del 1% y que al estar en niveles tan bajos no varía según quintil de riqueza.

→ **Causas básicas - Pobreza**

En 2014 más de la mitad (59.3%) de la población guatemalteca estaba en pobreza y el panorama no es alentador considerando que entre 2006 y 2014 la incidencia de pobreza aumentó en 8 puntos porcentuales (Figura 12). En términos absolutos, según la población estimada por el INE para 2015, 9.6 millones de personas estaban en pobreza. Esta situación es mucho más compleja si se toma en cuenta las desigualdades persistentes entre la población urbana y rural e indígena y no indígena. Según la información de la ENCOVI, para 2014, casi cuatro de cada cinco personas indígenas se encontraba en pobreza y el 27.1% en pobreza extrema. Los niveles de pobreza y pobreza extrema, entre la población indígena son 1.7 y 2.1 veces mayores que los niveles en población no indígena (Figura A.6 en Anexo).

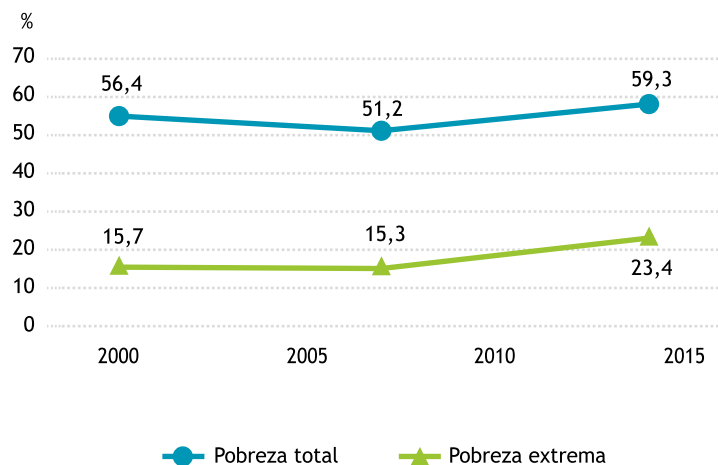


Figura 12: Evolución de la pobreza y pobreza extrema en Guatemala

Fuente: Elaborado en base a datos de ENCOVI 2000, 2006 y 2014

Finalmente los departamentos priorizados por la ENPDC exhiben las más altas tasas de pobreza y extrema pobreza (Figura 13). Los departamentos de Alta Verapaz y Sololá muestran porcentajes de pobreza por encima del 80%, seguidos por Totonicapán con 77.5%.

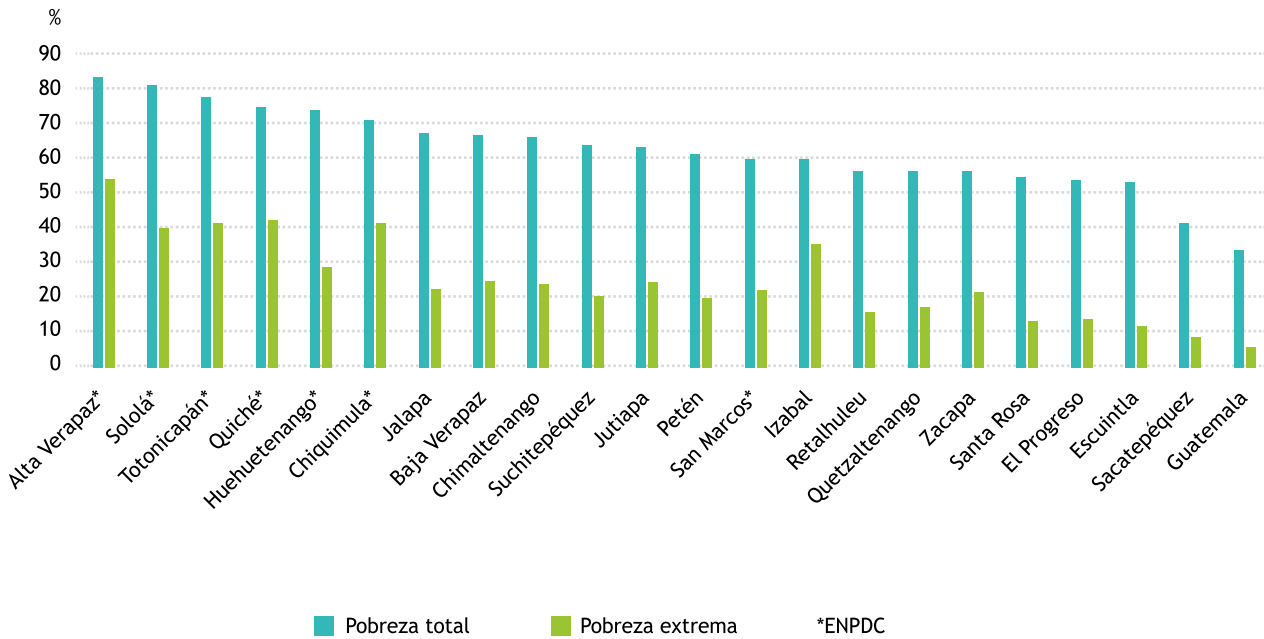


Figura 13: Incidencia de pobreza y pobreza extrema por departamento

Fuente: Elaborado en base a datos de ENCOVI 2014

→ Los componentes de las estrategias de combate de la DC en relación con las causas

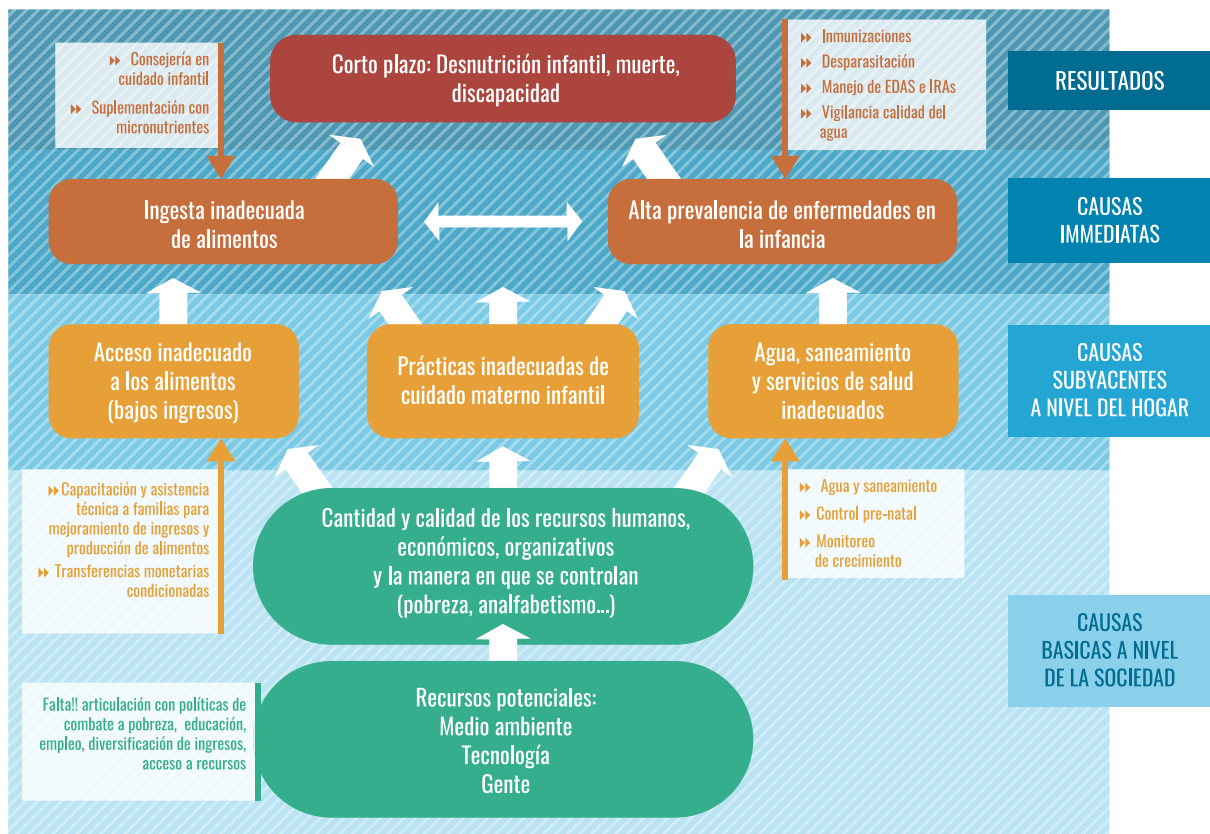


Figura 14: Correspondencia entre los componentes de las estrategias y las causas de la desnutrición

En la Figura 14 se aprecia que las estrategias se enfocan mayormente en las causas inmediatas de la desnutrición, poniendo menos énfasis en las causas sub-yacentes y básicas. Como se había mencionado anteriormente en la Sección 5, a la luz de las tendencias en la prevalencia de desnutrición crónica, se podría concluir que intervenir mayormente sobre las causas inmediatas de la desnutrición no es suficiente si no se da debida atención a las causas subyacentes y básicas, como el analfabetismo, la pobreza, el acceso a recursos productivos entre otros.

En este sentido en opinión del representante de INCOPAS, las políticas económicas y las políticas de lucha contra la pobreza no solamente no han favorecido la lucha contra la desnutrición y la inseguridad alimentaria, sino que pueden incluso disminuir el acceso económico de los hogares, como las decisiones de mantener el salario mínimo congelado para 2019, aún frente al aumento de los precios de los alimentos. En relación a ello, el Informe Mundial sobre Salarios de la OIT 2016/2017 indica que en Guatemala el salario real se había reducido en 2.2% en 2015. Sin embargo, el salario mínimo tampoco beneficia a todos los trabajadores. Dados los altos niveles de informalidad en la economía, es probable que una proporción importante de trabajadores percibe salarios inferiores, e incluso mucho menos en caso de las mujeres.

PARTE II: Inversiones en las estrategias de nutrición

7. La inversión en las estrategias de lucha contra la desnutrición

La magnitud de la inversión pública en cualquier tema, es una forma de medir la prioridad que representa ese tema en la agenda política de los países. En este caso, se analiza la inversión pública en SAN y las estrategias de lucha contra la desnutrición, para valorar la importancia real que tiene la lucha contra la inseguridad alimentaria y desnutrición para el Estado guatemalteco.

En el análisis de la inversión, se considera en primer lugar la evolución de la inversión en SAN representada en el POASAN. Posteriormente se hace un análisis de la inversión en los diferentes componentes de las estrategias. El análisis de la inversión global en SAN y su estructura general según componentes de las estrategias, se ha realizado utilizando como base los reportes de ejecución física y financiera del POASAN, que es reportado por SESAN en el SICOIN. El análisis desagregado por tipo de intervención en cada componente se ha realizado en base a datos de ejecución física y financiera reportados en SICOIN por cada sector². La Figura 15, ilustra el tipo de información que se extrae de cada reporte. Es importante señalar, que es muy difícil hacer un análisis histórico de la inversión en los diferentes componentes específicos de las estrategias de reducción de la desnutrición crónica, debido a que la estructura presupuestaria (estructura de programas, sub-programas, proyectos, actividades) tal como es reportada en el SICOIN, difiere a través de los años, haciendo difícil o imposible la comparabilidad, especialmente en el período 2006-2012, recién a partir del 2013 la estructura presupuestaria es más o menos similar permitiendo hacer un análisis histórico comparable. La información presupuestaria del MSPAS muestra mayor coherencia, en comparación con el MAGA cuya información difiere casi cada año. Asimismo, análisis a nivel departamental solamente es posible para la inversión reportada por el MSPAS, los demás sectores solo reportan información a nivel nacional.

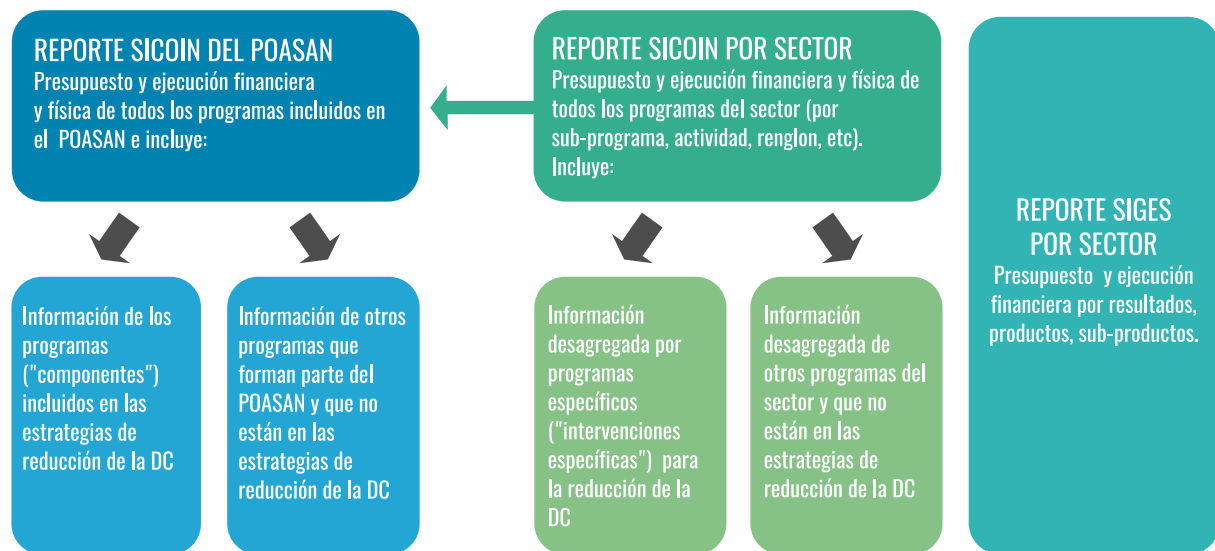
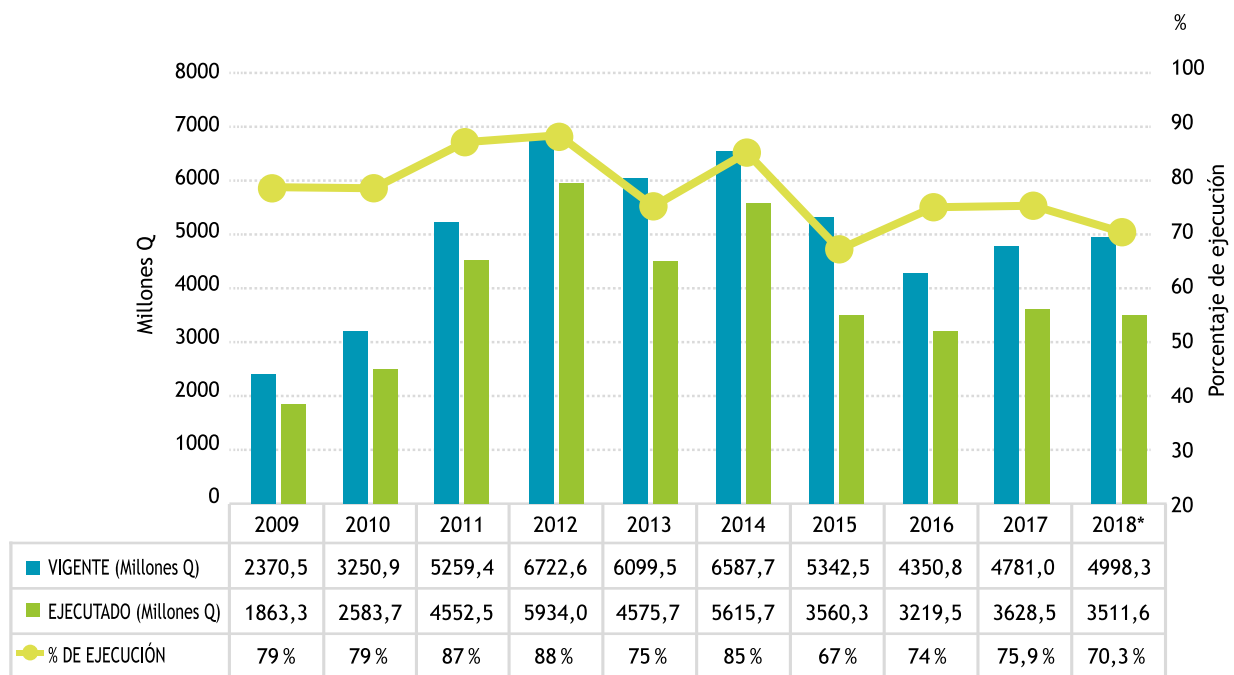


Figura 15: Tipo de información contenida en los diferentes reportes del SICOIN y SIGES

Fuente: Elaboración propia

2. Pueden surgir ligeras diferencias entre los montos totales por componente reportados en el POASAN, con respecto a los montos totales calculados en base a los reportes de cada sector. Pero estas diferencias no afectan sustancialmente los porcentajes de distribución de la inversión para cada sector y componente.

7.1 La inversión en SAN



*2018: Ejecutado a 30 de Septiembre

Figura 16: POASAN: Presupuesto vigente, ejecutado y porcentaje ejecución, período 2009-2018

Fuente: Elaborado en base a SICOIN y SESAN

La información presupuestaria, muestra, que el gasto público en SAN, visto como el presupuesto vigente y ejecutado del POASAN, se duplicó en el período 2012-2014 en relación a 2009/2010, correspondiendo al período de vigencia del PPH0 (Figura 16). En estos años también se evidenció una mejora en la capacidad de ejecución (absorción) de los fondos entre 88% al 85%. Sin embargo, considerando que el POASAN es un instrumento de seguimiento a la inversión en intervenciones relacionadas a SAN, que ejecutan los diferentes sectores, y no necesariamente significa un instrumento programático de movilización recursos extra específicos para SAN, es importante señalar que este aparente sustancial incremento presupuestario ocurrido a partir del 2012 se debe especialmente a que en el PPH0 se incrementó el número de sectores involucrados. Es así por ejemplo que a partir del 2012, se incluyó el MICIVI cuyo presupuesto para construcción de redes viales fue incluido en el POASAN, asimismo en 2012, se incorpora el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) con su presupuesto para transferencias condicionadas para el mejoramiento de los ingresos (SESAN, 2014).

Se observa también que a partir de 2015, año de la crisis institucional en Guatemala, el presupuesto para SAN disminuye, así también disminuyen los niveles de ejecución, esto a pesar que el número de sectores involucrados se mantiene. En 2016, la disminución es más acentuada, en cerca del 30% comparado con el presupuesto de 2014. En 2017 y 2018, la inversión aumenta ligeramente, pero sin llegar a los máximos reportados en los años 2012-2014. En estos últimos años, el nivel de ejecución también decae a 75%. En términos relativos, el porcentaje del presupuesto destinado a SAN sobre el presupuesto total del Estado, alcanzó niveles máximos de alrededor del 10% en 2012-2014, disminuyendo al orden del 6% en los años 2016-2018 (Figura A.7 en Anexo).

→ La inversión en SAN en relación al PIB

La inversión relativa en SAN en 2017 es del orden del 1.9% con respecto al PIB de ese año (Figura 17). En general la inversión relativa en SAN fue mayor en el período 2012-2015 que se explica por el mismo hecho que en el PPH0 se incluyeron más sectores al POASAN. Pero hay una disminución importante a partir de 2015, que coincide con el período de crisis en Guatemala. Por otro lado, en comparación con otros países, se observa que en el período 2007-2011, Guatemala está entre los países que menos invierten en SAN a nivel de Centroamérica (Figura 18), y es probable que esta situación se mantenga en 2017/2018, al observar las tendencias mostradas en la Figura 16.

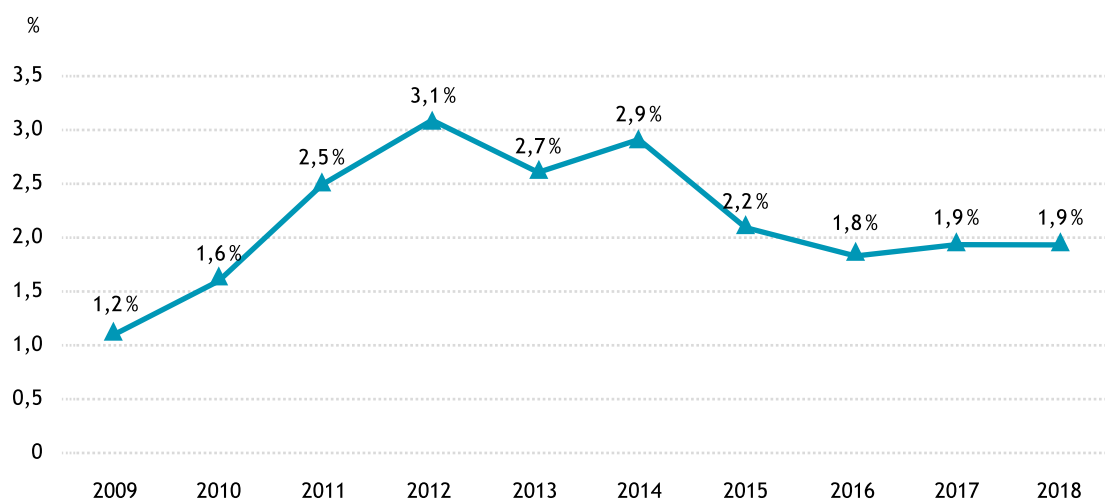


Figura 17: Guatemala: Inversión en SAN como porcentaje del PIB

Fuente: Elaborado en base a datos de SICOIN e INE

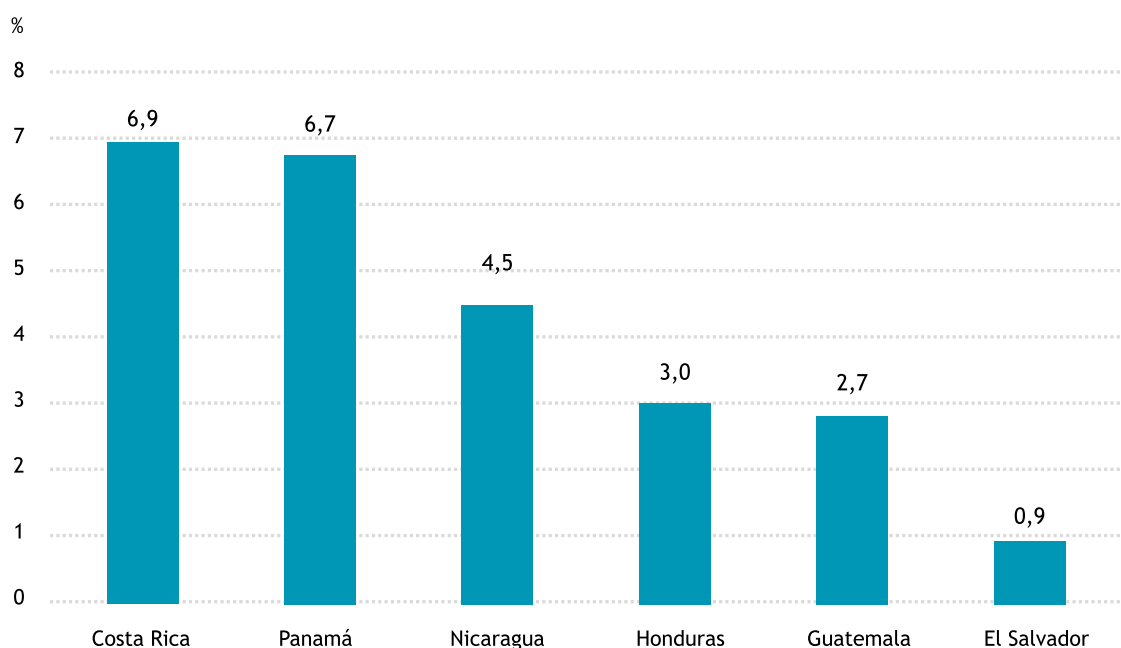


Figura 18: Inversión en SAN como porcentaje del PIB, países Centroamericanos, 2007-2011

Fuente: Elaborado en base a datos de ICEFI (2014)

→ Inversión en las estrategias de reducción de la desnutrición crónica como parte de la inversión en SAN

En primer lugar es importante señalar, que así como el POASAN, las estrategias de reducción de la desnutrición crónica no tienen una línea presupuestal específica, sino que en términos de programación son solamente instrumentos de seguimiento a la inversión y gasto en las diferentes intervenciones que son presupuestadas y ejecutadas por los sectores. Es así, que SESAN, hace una compilación periódica de los montos asignados y ejecutados en las diferentes intervenciones contenidas en las estrategias, así como del cumplimiento de metas físicas, por cada sector involucrado. En este sentido las diferentes estrategias no necesariamente han significado una gran movilización de recursos extra para el combate de la desnutrición crónica.

Sin embargo, las estrategias han servido en alguna medida para orientar la inversión sectorial hacia intervenciones relevantes para la lucha contra la desnutrición y facilitar el seguimiento de su ejecución. Esto se ha logrado con mayor consistencia en el sector salud. Un ejemplo es la aprobación del reglamento que establece la inversión en la Ventana de los 1000 días como prioritaria, de modo que en el sector salud se hace el seguimiento a líneas presupuestales específicas para intervenciones de la Ventana de los 1000 días. En sectores como el MAGA la adecuación de la estructura presupuestaria hacia las intervenciones incluidas en las estrategias ha sido más lento, recién en 2017 (con la ENPDC), se crea la línea de sub-programa de asistencia técnica a familias de niños menores de 2 años a la cual se asigna presupuesto específico y se hace seguimiento, el caso del MIDES es similar con las transferencias condicionadas con énfasis en salud.

Según, la estructura de seguimiento financiero y físico que hace SESAN, las inversiones en los diferentes componentes de las estrategias de combate a la desnutrición, son parte del POASAN (como se ilustra en la Figura 15 arriba). En la Figura 19 se ve la distribución porcentual del presupuesto ejecutado del POASAN en el período 2013-2018, distinguiendo los diferentes componentes de las estrategias, del resto de intervenciones en SAN. Se aprecia que la inversión varía entre 2013-2014 y el período 2015-2018. Los dos primeros años, la proporción de la inversión en servicios básicos de salud y nutrición es menor del orden del 18% y 13% en 2013 y 2014 respectivamente, mientras que parte importante de recursos se invirtieron en otras intervenciones de SAN como la infraestructura vial que absorbió el 30% de la inversión (Figura A.8 en Anexo), alimentación escolar y atención a la población vulnerable a inseguridad alimentaria.

En el período 2015-2018, la distribución porcentual varía, de modo que el peso de la inversión en provisión de servicios de salud y nutrición aumenta, llegando a representar el tercio del presupuesto total de SAN en 2015, mientras que los montos asignados a otras intervenciones en SAN disminuyen. En 2016 y 2017 los montos destinados a provisión de servicios de salud son del orden del 24% y 19% respectivamente. Hay que mencionar que SESAN no incluye los presupuestos correspondientes a atención del parto y del recién nacido en el seguimiento a la ejecución de la ENPDC a partir de 2016. Por lo que incluyendo estas dos intervenciones, la proporción destinada a servicios básicos de salud es del orden del 32.7% y 26.4% (Figura A.9 en Anexo).

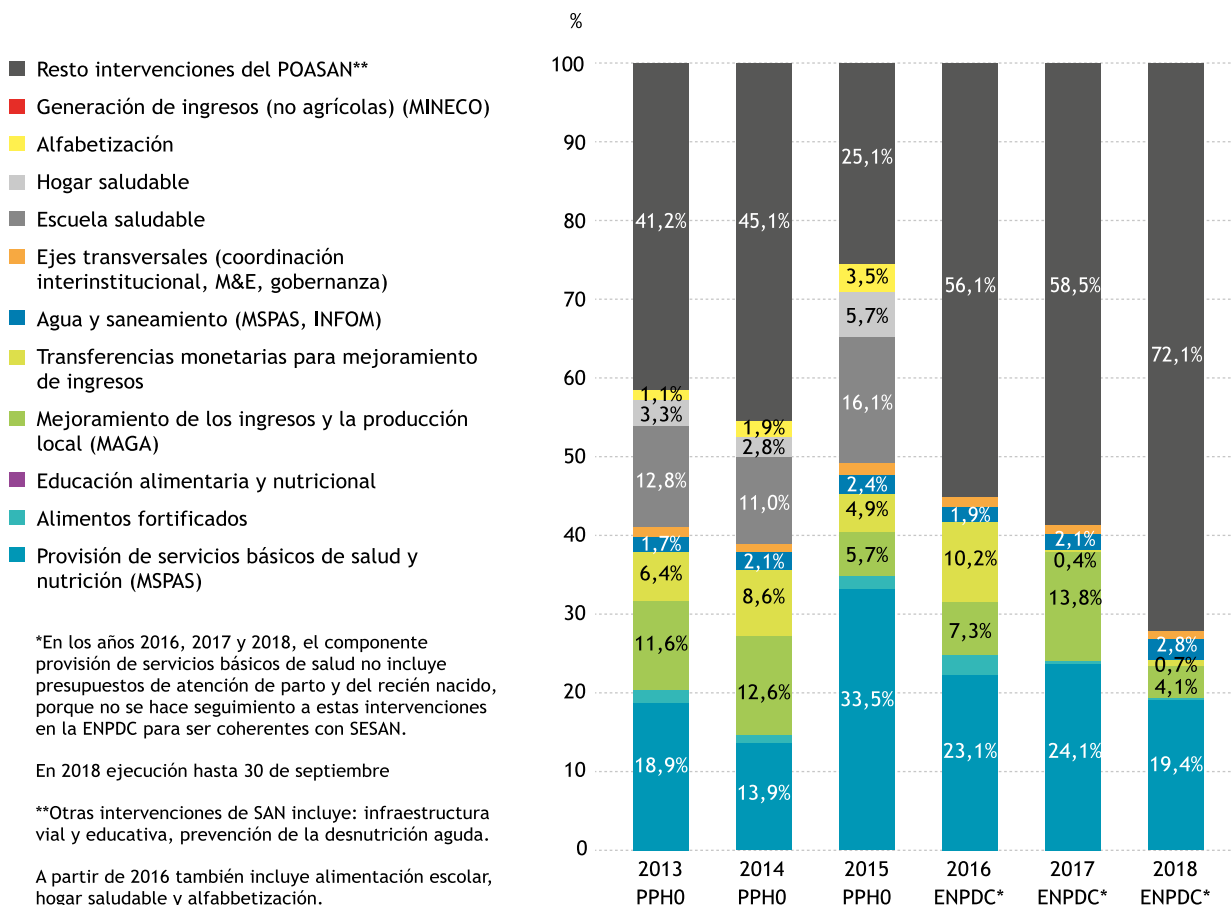


Figura 19: Porcentaje de la inversión en los componentes de las estrategias de reducción de la desnutrición crónica como parte del POASAN 2013-2018 (% de presupuesto ejecutado)

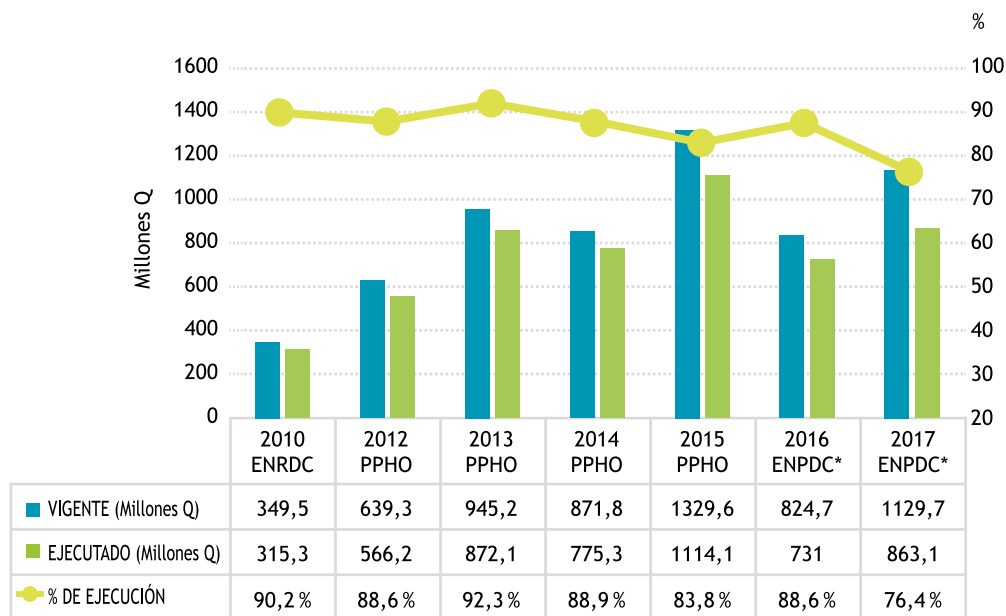
Fuente: Elaborado en base a datos de SICOIN y SESAN

En cuanto a otros componentes, en general durante el período 2013-2018, el presupuesto ejecutado en agua y saneamiento es solamente del orden del 2%, mientras que la inversión en programas orientados al mejoramiento de los ingresos y producción familiar de alimentos a cargo del MAGA es variable, situándose entre 12 a 5%. Es importante mencionar que en ningún año se ha asignado presupuesto al programa de educación alimentaria y nutricional, pese a que éste forma parte de todas las estrategias de prevención de la desnutrición crónica. Igualmente, casi nada de presupuesto se destinó a programas de generación de ingreso y empleo no agrícola, a pesar de formar parte del PPHO (Figura A.9 en Anexo).

7.2 Inversión en los componentes directos de las estrategias de combate a la desnutrición crónica

En esta sección se hace un análisis más detallado de la inversión en el componente de provisión de servicios básicos de salud y nutrición, que es el componente directo más importante de las estrategias de reducción de la desnutrición crónica (como se ve en la Figura 20). Se hace un análisis del nivel de ejecución del presupuesto, la importancia relativa de este componente en relación al presupuesto total del sector salud y la descomposición de la inversión por tipo de intervenciones específicas.

→ Análisis detallado de la inversión en provisión de servicios básicos de salud y nutrición



*En 2010, 2016 y 2017 no se incluye presupuesto para atención del parto y recién nacido

Figura 20: Presupuesto vigente, devengado (ejecutado) y % de ejecución para el componente de servicios básicos de salud y nutrición, 2010-2017

Fuente: Elaborado con datos de SICOIN y SESAN

El presupuesto vigente (asignado) para el componente de servicios básicos de salud y nutrición incrementó solo ligeramente en los primeros años del PPHO (2013 y 2014) en comparación al 2010 (como se ve en la figura 20). Esto a pesar que en ese período el presupuesto total para SAN se duplicó. Solamente a partir de 2015 se tienen incrementos importantes, llegando a un máximo por encima de 1000 millones de quetzales como presupuesto vigente en 2015 y 2017, que es el doble del presupuesto del 2012. Es importante aclarar que a partir de 2016 y 2017, SESAN no incluye las intervenciones de atención del parto y del recién nacido en el seguimiento del presupuesto de la ENPDC. El porcentaje de ejecución se mantiene relativamente constante en valores cercanos al 90%, con una reducción en 2017, cuando baja a 76%. El porcentaje de ejecución muestra también la capacidad de absorción del sector, que comparativamente es mucho más alto que en otros sectores, como se verá más abajo.

En general el presupuesto total ejecutado del sector ha seguido una tendencia creciente en el período 2012-2017, sin embargo el porcentaje ejecutado en el paquete de intervenciones básicas en salud y nutrición, es muy variable.

Año	Presupuesto ejecutado componente servicios básicos de salud y nutrición (Millones Q)	Presupuesto ejecutado total MSPAS (Millones Q)	% destinado al componente servicios básicos de salud y nutrición
2012 PPHO	566	4 227	13,4%
2013 PPHO	872	4 935	17,7%
2014 PPHO	775	5 065	15,3%
2015 PPHO	1 114	5 511	20,2%
2016 ENPDC*	731	5 930	12,3%
2017 ENPDC*	863	5 940	14,5%

*2016 y 2017 en la ENPDC no se incluye en el componente servicios básicos de salud atención del parto ni del recién nacido.

Cuadro 3: Presupuesto ejecutado por el componente servicios de salud y nutrición y presupuesto total del MSPAS

Fuente: Elaborado con datos de SICOIN y SESAN

Hay años donde la proporción es menor del 15% y años como el 2015 donde esta proporción llega a 20% (Cuadro 3). Cabe destacar que si bien se observa una disminución importante en la proporción del componente en relación al presupuesto total del sector en 2016 y 2017, esto se debe a que en la ENPDC no se incluyen las intervenciones de atención del parto ni del recién nacido (aunque siguen siendo ejecutadas por el sector salud), lo que sí se hizo en el PPHO. Incluyendo el presupuesto de estas intervenciones en los años 2016 y 2017, la proporción destinada al componente en relación al presupuesto total del sector es del 14.1% y 18.5% respectivamente (Cuadro A.1 en anexo).

→ Distribución del presupuesto por tipo de intervención

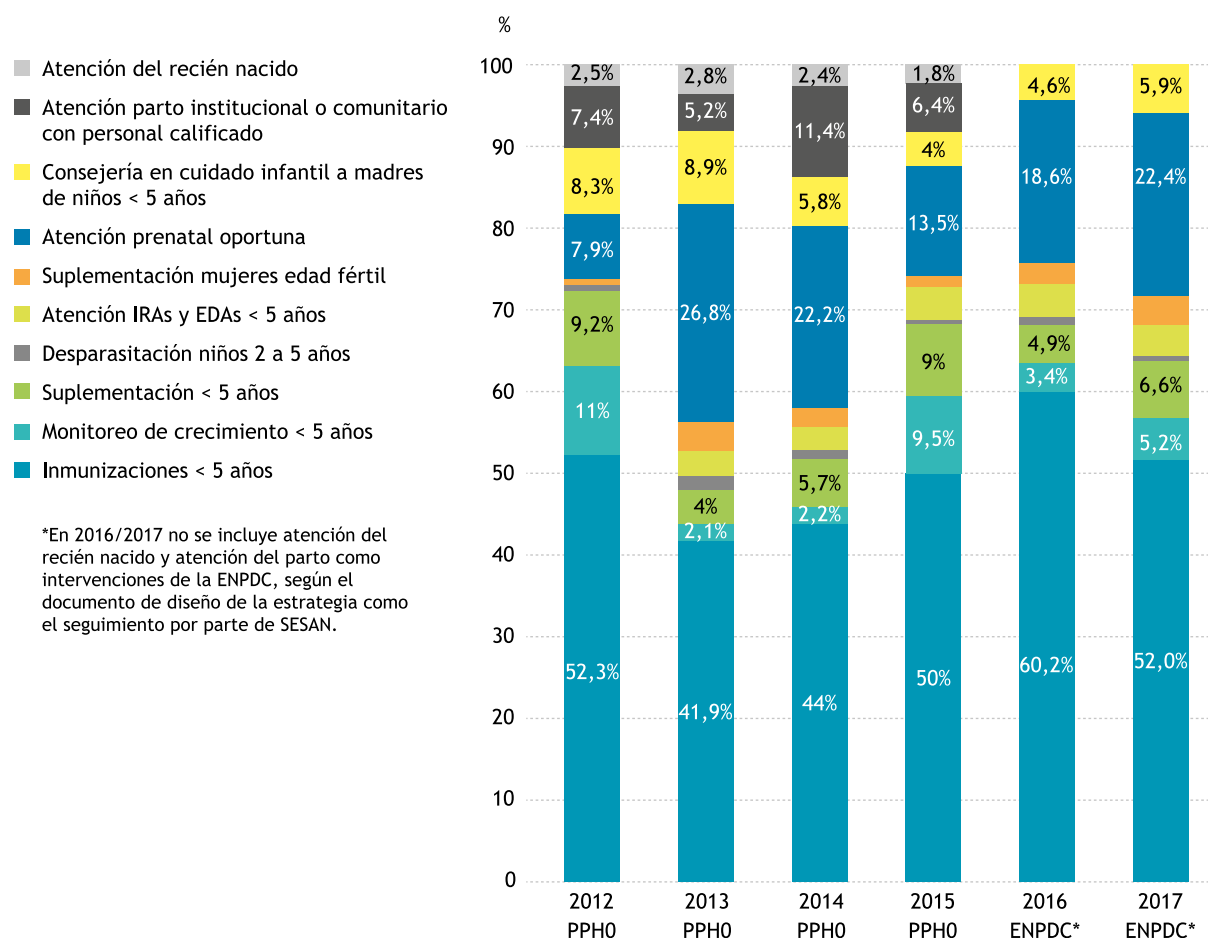


Figura 21: Distribución del presupuesto ejecutado por tipo de intervención - componente servicios básicos de salud y nutrición, período 2013-2017

Fuente: elaborado en base a datos de SICOIN y SESAN

La Figura 21, muestra la desagregación de la inversión en el componente servicios básicos de salud y nutrición (presentada en la Figura 19) según intervenciones específicas. Se observa que alrededor de la mitad del gasto corresponde a inmunizaciones, mientras que el control pre-natal absorbe entre el 13 al 22 %. En general se destina un porcentaje alrededor del 5% a consejería en cuidado infantil. Mientras que la suplementación y parasitación son programas menos costosos. Es importante destacar que la ENPDC no incluye en su diseño ni en el seguimiento por parte de SESAN, la atención del parto ni la atención al recién nacido, aunque estas dos intervenciones se siguen ejecutando por parte del sector salud. En la Figura A.11 del anexo se presenta la distribución del presupuesto de este componente incluyendo estas dos intervenciones en 2016 y 2017.

7.3 Inversión en componentes de viabilidad y sostenibilidad

→ Agua y saneamiento

Se presenta un análisis específico de la inversión en el componente agua y saneamiento (Mostrada en la Figura 19). Es importante señalar que datos específicos del programa de prevención de la desnutrición crónica de INFOM solo se reportan a partir de 2014 en el sistema de cuentas del Estado.

En el componente agua y saneamiento hay hasta tres actores importantes, el INFOM, las municipalidades y el MSPAS. Este último solamente tiene el mandato de vigilar la calidad del agua para consumo humano, actividad a la que destina un pequeño presupuesto.

El presupuesto para la construcción de infraestructura de agua y saneamiento es administrado por INFOM, bajo el programa de prevención de la desnutrición crónica, el mismo, que debe desembolsar los fondos a las municipalidades, quienes en última instancia son los responsables de la ejecución de los proyectos. El presupuesto que administra INFOM también contempla actividades como planificación de proyectos, fortalecimiento municipal y desarrollo comunitario. Los datos presupuestarios muestran que el INFOM exhibe muy bajos niveles de ejecución del orden del 21 a 29% (Cuadro 4). Esto se traduce en resultados pobres en cuanto al incremento del acceso a agua y saneamiento adecuados, especialmente en el área rural y comunidades remotas, como se observó en la sección 6 al analizar las causas de la desnutrición. El bajo nivel de ejecución de los fondos del INFOM, está en relación con la capacidad de ejecución de proyectos por parte de las municipalidades y las trabas burocráticas en la aprobación de expedientes técnicos de los proyectos de agua y saneamiento³.

Año	Programa Prevención de la Desnutrición crónica (INFOM)			Vigilancia del agua para consumo humano y uso recreativo (MSPAS)		
	Vigente (Millones Q)	Ejecutado (Millones Q)	% ejecución	Vigente (Millones Q)	Ejecutado (Millones Q)	% ejecución
2014	403,8	107,7	26,7%	4,1	4,0	97,6%
2015	225,1	47,3	21,0%	28,6	19,4	67,8%
2016	98,7	29,6	29,9%	11,3	8,8	78,2%
2017	230,2	53,3	23,1%	11,5	9,8	84,8%

Cuadro 4: Presupuesto vigente y ejecutado agua y saneamiento INFOM y MSPAS

Fuente: Elaborado en base a datos de SICOIN y SICOINDES

→ Análisis del componente de Mejoramiento de los ingresos y la producción local de las estrategias de reducción de la DC

Aquí se presenta un análisis detallado de las intervenciones incluidas en el componente de mejoramiento de la economía familiar y producción local de alimentos (mostrado en la Figura 19). Este componente es muy relevante porque aborda el problema del insuficiente acceso económico a los alimentos que es un determinante importante de la baja ingesta de alimentos y en última instancia de la desnutrición.

3. Como referencia se puede comentar que en una reunión sostenida con representantes de diferentes sectores como parte del estudio, se comentó que la aprobación de los proyectos de agua y saneamiento puede demorar hasta 2 años.

Como se ha visto en el análisis del diseño, las diferentes estrategias han incorporado este componente con algunas variaciones. El PRDC y ENRDC, se enfocaban en el mejoramiento de la disponibilidad de alimentos y la economía familiar mediante el mejoramiento de la producción agropecuaria. El PPHO incluyó además un componente de transferencias condicionadas con énfasis en educación, y un componente de mejoramiento de ingresos no agrícolas y promoción del empleo, al que se le asignó poquísimos presupuesto. La ENPDC, se focaliza tanto en el mejoramiento de la producción agropecuaria e incluye un componente de transferencias condicionadas de efectivo con énfasis en salud.

El análisis del presupuesto, mostrado en la Figura 19 más arriba y la Figura A.8 del Anexo indica que la mayor parte del gasto en este componente se destina al mejoramiento de la producción agropecuaria y mucho menos a transferencias condicionadas y un mínimo presupuesto a la promoción del empleo e ingresos no agrícolas. Por ello para el análisis de la inversión nos enfocamos en la producción agropecuaria desarrollado por el MAGA. El análisis del componente de transferencias condicionadas se verá más abajo.

Como se ha mencionado en la metodología, una de las limitaciones para el análisis histórico desagregado por tipo de intervención especialmente en el MAGA, es el hecho que los rubros presupuestarios (estructura de programas, sub-programas, proyectos) difiere año a año de modo que no se puede hacer una serie histórica comparable, especialmente antes del 2015. Solo como ejemplo se puede apreciar en el Cuadro 5 que incluso en el período 2015-2017, el tipo de intervenciones varía año a año.

El Programa de Agricultura Familiar para el Fortalecimiento de la Economía Campesina (PAFFEC), cuyas acciones se reportan en su mayoría en el sub-programa “Agricultura familiar para el fortalecimiento de la economía campesina” (resaltado en amarillo en el Cuadro 4), es la principal intervención del componente de generación de ingresos y producción local de las estrategias de lucha contra la desnutrición crónica, al que se destina mayor proporción del presupuesto.

El PAFFEC se concentra en la capacitación y asistencia técnica a las familias de infra-subsistencia y subsistencia, en siete actividades prioritarias:

Intervenciones	2015			2016			2017		
	Vigente (Millones Q)	Devengado (Millones Q)	% ejecución	Vigente (Millones Q)	Devengado (Millones Q)	% ejecución	Vigente (Millones Q)	Devengado (Millones Q)	% ejecución
Generación de ingresos									
Incentivos económicos a organizaciones de mujeres para el establecimiento de actividades productivas	8	2	19%						
Apoyo al desarrollo rural	65	34	53%						
Recursos Naturales y Apoyo al agroturismo	3	2	74%						
Asistencia técnica para el almacenamiento de granos básicos				1	1	92%	2	1	70
Programa Nacional de Desarrollo Rural Regiones Central, Nororiente y Suroriente				71	32	45%	110	74	67%
Apoyo al desarrollo de agricultura alternativa							51	51	100%
Producción local									
Apoyo a la producción comunitaria de alimentos	86	71	83%	18	17	95%	20	18	89%
Agricultura familiar para el fortalecimiento de la economía campesina	359	89	25%	173	149	86%	317	305	96%
Productores atendidos con acciones relacionados con el desarrollo agropecuario en el departamento de Petén	6	5	80%	6	5	95%	5	4	89%
Apoyo a grupos de mujeres para el establecimiento de actividades productivas				1	0	0	0	0	0
TOTAL	527	203	38%	270	204	76%	505	4538	90%

Cuadro 5: Presupuesto vigente, devengado y % de ejecución, componente generación de ingresos y producción local de alimentos, MAGA 2015-2017

Fuente: elaborado con datos de SICOIN y SESAN

→ Incremento de ingresos en el hogar

- Promoción de buenas prácticas de post cosecha y procesamiento artesanal de alimentos.
- Instalación de infraestructura de cosecha de agua o riego.
- Promoción de la disponibilidad de árboles frutales para su cultivo en huertas, a través de la implementación de viveros grupales locales.
- Desarrollo de capacidades económicas y acceso a servicios de apoyo a la producción, crédito y mercadeo.

→ Incrementar su disponibilidad y consumo de alimentos en el hogar

- Aumento de la disponibilidad de proteína animal, especialmente huevo.
- Aumento de la producción de hortalizas y tubérculos, por medio de huertos familiares y bancos de semillas especialmente de plantas nativas.
- Aumento de la productividad de granos básicos a través de la adopción de buenas prácticas de conservación de la fertilidad y humedad del suelo.

El presupuesto asignado (vigente) fue del orden de más de 300 millones de quetzales en 2015 y 2017, y solamente 173 millones de quetzales en 2016. El nivel de ejecución en 2015 fue muy bajo (24.7%) pero mejoró sustancialmente en 2016 y 2017, llegando a 75% y 89% respectivamente. Sin embargo hay que resaltar que en 2017, se han incorporado dos líneas específicas de sub-programas: “Asistencia técnica a familias con niños menores de 2 años para el mejoramiento de ingresos” y “Asistencia técnica a familias con niños menores de 2 años para el mejoramiento de la producción”, que son las líneas presupuestarias específicas para la ENPDC a las que SESAN hace seguimiento. Considerando solamente estas dos líneas el presupuesto asignado (vigente) es muy bajo (alrededor de 7 millones de quetzales) como se verá más abajo.

La capacidad de ejecución del MAGA en general sufre de muchas limitaciones, siendo una de las más importantes la deficiente cantidad de extensionistas y el sistema de contratación de los extensionistas con base anual. Además, los contratos concluyen incluso uno o dos meses antes de fin de año e inician también con mucho retraso. Además hay otras limitaciones que se explicaran más adelante en la Sección 8 sobre implementación.

→ Análisis detallado del componente de transferencias condicionadas

La Figura 22 muestra el presupuesto vigente y devengado (ejecutado) en el componente de transferencias condicionadas ejecutado por el MIDES para el mejoramiento de ingresos. Se aprecia que los montos como el porcentaje de ejecución disminuyeron sustancialmente en 2017, esto debido a los recortes presupuestarios. Es necesario precisar que en el período 2013-2015 las transferencias condicionadas para el mejoramiento de ingresos ponían énfasis en educación, mientras que a partir de 2016 ponen énfasis en salud.

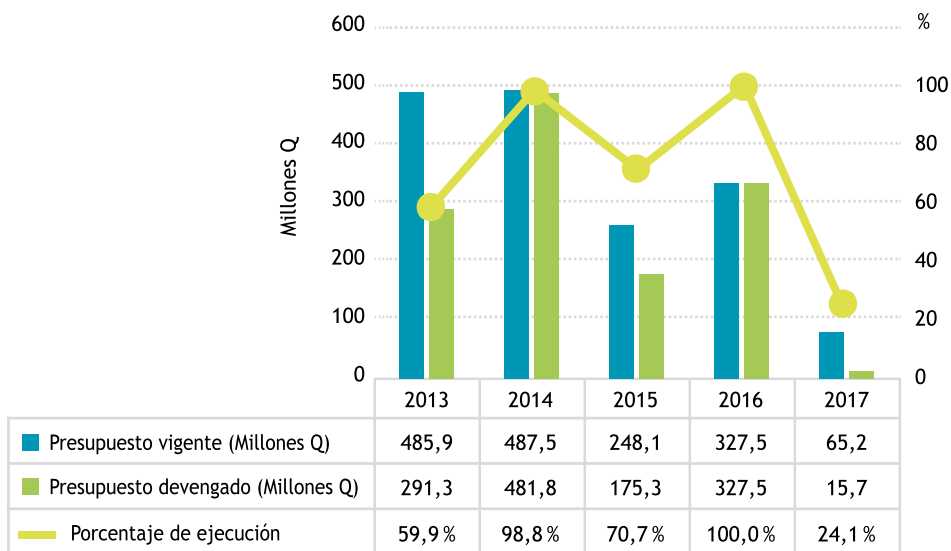


Figura 22: Presupuesto vigente, devengado y % ejecución del componente transferencias condicionadas

Fuente: elaborado en base a datos de SICOIN

7.4 La inversión en los 7 departamentos priorizados por la ENPDC

→ Estructura de la inversión en la ENPDC en 2017 para los 7 departamentos

El Cuadro 6 muestra la distribución del presupuesto para la ENPDC por sectores. Aquí es importante mencionar que debido a las limitaciones del sistema de información, solamente los datos del MSPAS corresponden a información a nivel de los siete departamentos, mientras que los datos de MAGA, MIDES, SESAN e INFOM son a nivel nacional. Es importante mencionar también que no se incluyó INFOM en la suma total del presupuesto de la ENPDC en el Cuadro 6, para tener coherencia con el seguimiento que hace SESAN.

Sector	Presupuesto vigente (Quetzales)	Presupuesto devengado (Quetzales)	% Ejecución
MSPAS (Ventana de los 1000 días)*	329 652 961	276 262 918	83,8
MSPAS (Vigilancia del agua)	7 402 685	6 466 823	87,4
MAGA (Asistencia técnica a familias para disponibilidad e ingreso)	7 227 899	0	0,0
MIDES (Transferencias condicionadas)	45 727 938	580 741	1,3
SESAN (Coordinación)	4 624 309	4 314 230	93,3
Total ENPDC 2017	394 635 792	287 624 711	
INFOM Prevención desnutrición crónica (agua y saneamiento)	230 191 620	53 262 144	23,14

*Para el caso de MSPAS solo se incluye la inversión en los siete departamentos priorizados

Cuadro 6: Presupuesto vigente y ejecutado (devengado) - ENPDC 2017

Fuente: Elaborado con información proporcionada por SESAN

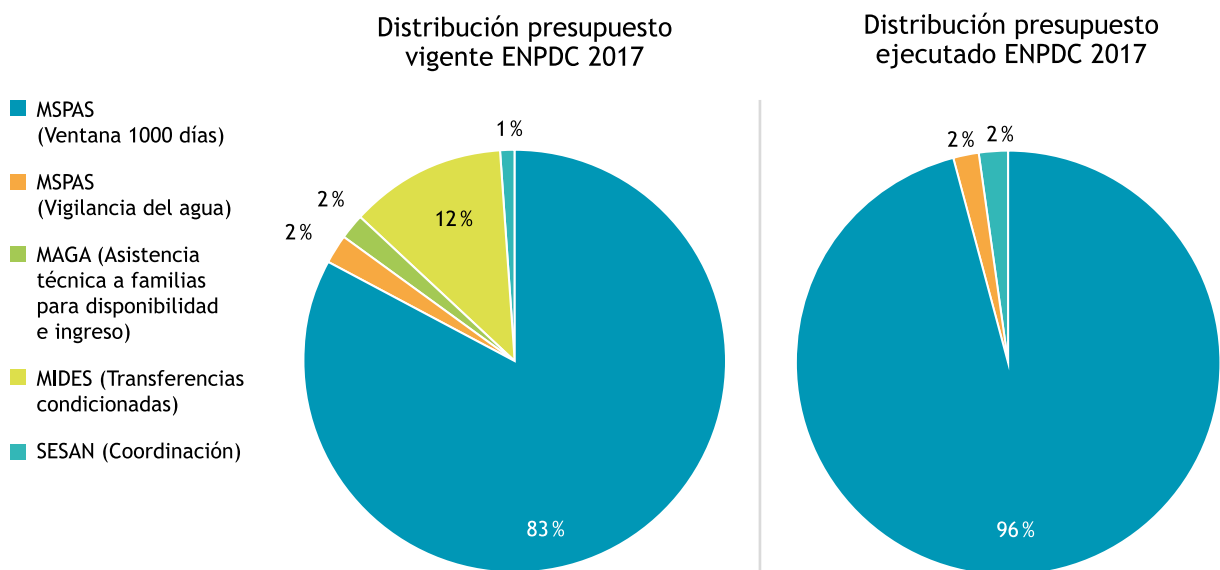


Figura 23: Distribución de la inversión por sector - ENPDC 2017

Fuente: elaborado con datos de SICOIN y SESAN

Al menos por la estructura de la inversión, resalta que el foco de la ENPDC es el paquete de servicios básicos de salud y nutrición (intervenciones en la Ventana de los 1000 días), que es el que recibe más de la mitad del presupuesto y el que ejecuta mejor. Muy poco se destina al mejoramiento de los ingresos mediante la producción agropecuaria, mientras que el componente de agua y saneamiento a cargo del INFOM tiene bajísimos niveles de ejecución. Es importante mencionar que los recortes presupuestales afectaron la implementación de los programas del MAGA y las transferencias condicionadas del MIDES. En caso del MAGA, el recorte de presupuesto hizo que la ejecución sea cero en 2017. En caso del MIDES, los recortes presupuestarios afectan la cobertura de los programas de protección social en general y según la persona entrevistada del sector, por ejemplo a partir de 2017, el total de personas beneficiarias por los diferentes programas bajó de 670,000 en el año previo a solamente 150,000. Esto explicaría el bajo nivel de ejecución reportado para el MIDES en la Figura 23.

→ La estructura de la inversión por departamentos

La información presupuestaria, solamente permite desagregaciones a nivel de departamentos para el sector salud. En la Figura 24 se hace una desagregación de las intervenciones incorporadas en el componente servicios básicos de salud y nutrición, según el diseño de la ENPDC (Cuadro 1). Además es una desagregación a nivel departamental y enfocándose en las intervenciones para menores de 2 años, del presupuesto asignado a nivel nacional por tipo de intervención. La Figura 24, muestra que siguiendo el patrón a nivel nacional la mayor parte de la inversión en el componente de provisión de servicios de salud y nutrición, está destinada a las inmunizaciones (con excepción de San Marcos, que más parece ser un caso aislado, debido a algún error). Las diferencias en la distribución del presupuesto entre los departamentos también indican que se sigue un proceso de priorización a este nivel, y que los presupuestos se ajustan según las necesidades.

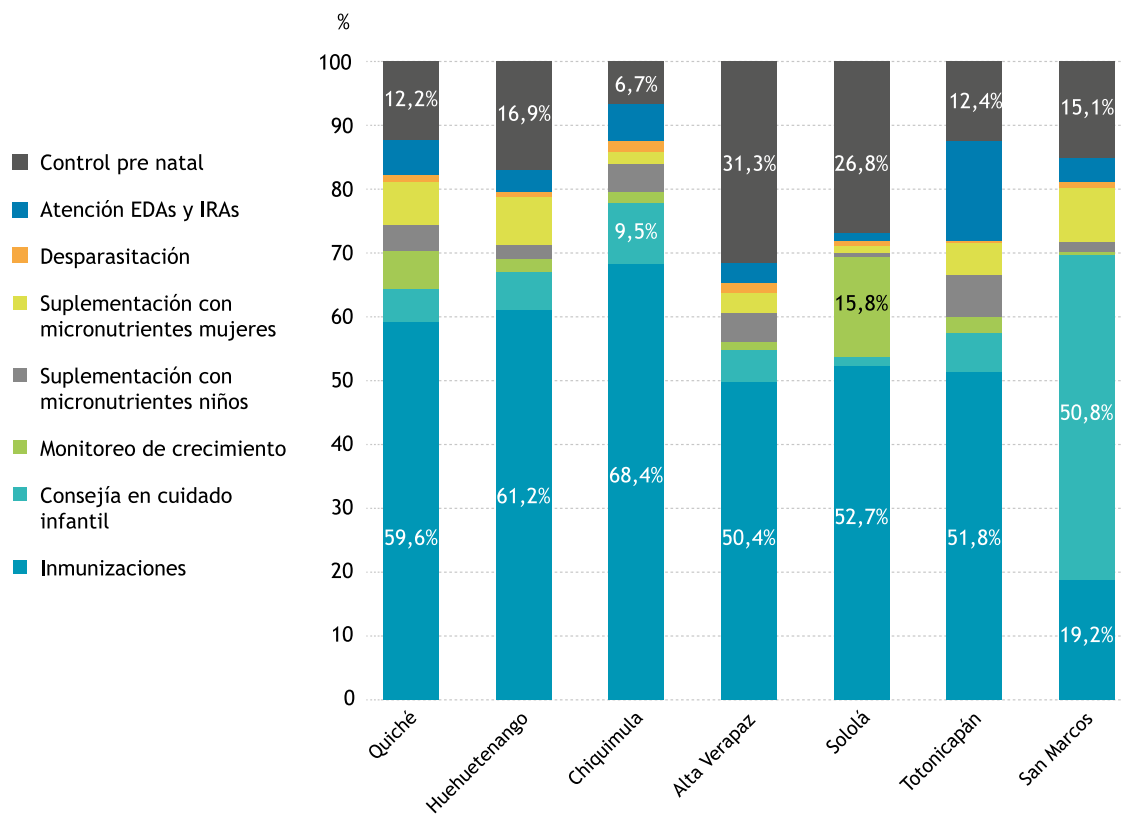


Figura 24: Distribución del presupuesto ejecutado por tipo de intervención y por departamento. Componente servicios de salud y nutrición - ENPDC 2017

Fuente: Elaborado con datos proporcionados por SESAN

→ Resumen comparativo entre el diseño de las estrategias, la inversión y la ejecución

En el Cuadro 7 se hace una apreciación resumida de la inversión y la ejecución real de cada uno de los componentes de las diferentes estrategias. Resalta que el componente de provisión de servicios básicos de salud y nutrición es el único que más sistemáticamente se ha ejecutado a lo largo de las estrategias.

Componentes como educación alimentaria y empleo y diversificación del ingreso no recibieron presupuesto, mientras que el componente agua y saneamiento a pesar de tener inversión tuvo muy baja ejecución. Otros como las transferencias condicionadas de efectivo tuvieron recortes presupuestales. Es importante sin embargo destacar, que pese a que la provisión de servicios básicos de salud y nutrición tuvo mejor desempeño, persisten las dificultades que enfrenta el sector especialmente para lograr coberturas óptimas, cierre de brechas y la mejora de la calidad de atención.

En la Figura 25 se muestra gráficamente los porcentajes de ejecución financiera de los componentes clave, que muestra las diferencias entre sectores.

	PRDC 2006-2016 ENRDC 2008-2011	PPHO 2012-2015	ENPDC 2016-2020	
COMPONENTES DIRECTOS	1. Provisión de servicios básicos de salud y nutrición (MSPAS)	✗ Inversión Insuficiente	✗ Inversión creciente Ejecución financiera (83%-92%)	✗ Inversión creciente Ejecución financiera decreciente (88%-76%)
	2. Educación y comunicación en nutrición - Promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria	✗ Cero Inversión No ejecutado	✗ Cero Inversión No ejecutado	✗ Cero inversión No ejecutado
	3. Entrega de alimento complementario a niños 6 a 36 meses (Vitacereal)	✗ Baja Inversión	✗ Baja Inversión Ejecución (>90%)	Se discontinuó la entrega
COMPONENTES DE VIABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD	1. Agua y saneamiento (INFOM, MSPAS)	✗ Muy bajo nivel de ejecución	✗ Buena Inversión Muy bajo nivel de ejecución (21%-26%)	✗ Buena Inversión Muy baja ejecución (23%-29%)
	2. Mejoramiento de economía familiar y disponibilidad de alimentos mediante la producción agropecuaria (MAGA)	✗ Inversión muy baja	✗ Inversión baja Bajo nivel ejecución (38%)	✗ Inversión relativamente baja Mejor nivel de ejecución (75%-89%)
	3. Transferencias condicionadas de efectivo (MIDES)		✗ Inversión baja Nivel de ejecución variable (59%, 70%, 98%)	✗ Baja inversión, recortes Menor nivel de ejecución (24%)
	4. Empleo y diversificación del ingreso (MINECO)		✗ Prácticamente sin inversión	
	5. Escuelas saludables (refacción escolar)		✗ Inversión creciente Ejecución creciente (78%-99%)	
	6. Alfabetización (CONALFA)		✗ Baja inversión Ejecución (77%-86%)	
	7. Hogar saludable (viviendas)		✗ Baja inversión Ejecución decreciente (77%-86%)	

Cuadro 7: Resumen comparativo del diseño de las estrategias, la inversión y ejecución

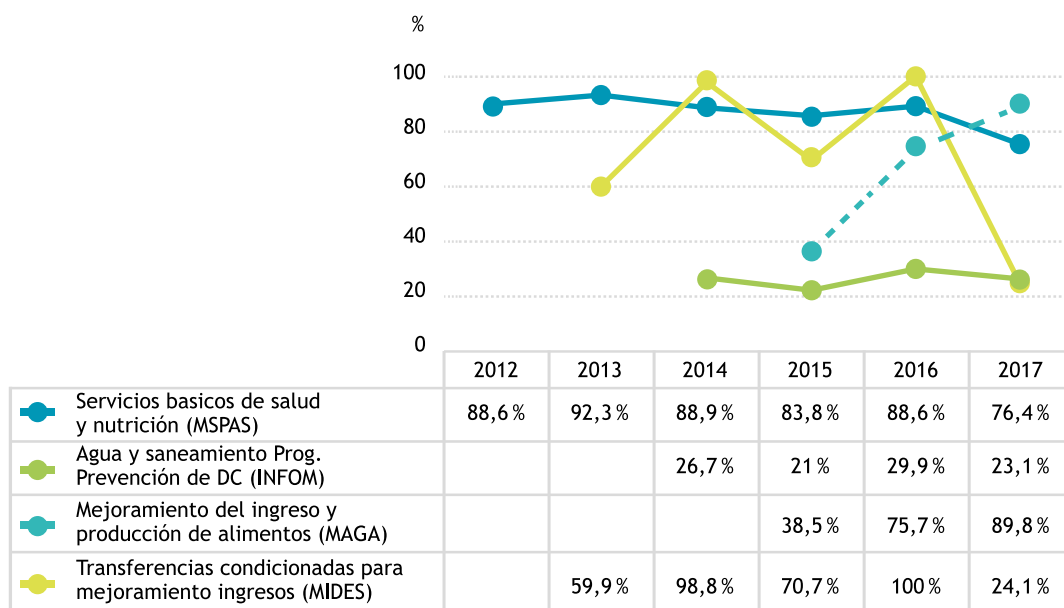


Figura 25: Porcentaje de ejecución financiera de los diferentes componentes de las estrategias

PARTE III: Implementación de las estrategias de nutrición

8. Implementación de las estrategias

El análisis de las fortalezas y limitaciones en la implementación de las diferentes estrategias está fundamentalmente basado en información cualitativa proveniente de la revisión documental y de las entrevistas. Es importante precisar también que información cuantitativa relevante para analizar la implementación, tal como datos de cobertura de las intervenciones a nivel poblacional o información desagregada a nivel sub-nacional es limitada o inexistente. Información de cobertura de servicios de salud puede estar disponible pero no fácilmente accesible (la información que el sector reporta para el seguimiento por parte de SESAN se refiere solamente al cumplimiento de metas físicas, se precisaría información del número de personas atendidas para calcular la cobertura, lo que no necesariamente está en el sistema de información del sector o si está se precisa mayor tiempo para solicitar oficialmente la misma y para el análisis). Información de cobertura de servicios a nivel poblacional en caso de MAGA no existe, en el caso del MIDES se tiene un registro personal de los beneficiarios de las transferencias condicionadas, pero el sector tampoco reporta coberturas (por ejemplo ¿qué proporción de la población en pobreza extrema es atendida?).

Aunque con buen diseño e intenciones, la implementación inicialmente del PRDC, que en 2008 pasó a ser la ENRDC, se desarrolló en un contexto de factores limitantes. Fueron pocas las instituciones que se comprometieron efectivamente a apoyar la iniciativa, entre ellas el sector salud. Hubo una alta rotación en la dirección de la SESAN y el Ministerio de Salud (entre 2006 y 2011, estuvieron al frente cinco Secretarios de SESAN y seis Ministros de Salud), dando como resultado rotación de funcionarios y equipos técnicos dificultando el seguimiento, coordinación y supervisión de las acciones. Hubo dificultades de financiamiento en los diferentes sectores, siendo salud, uno de los principales afectados. Aun así, los gobiernos priorizaron otros programas sociales (p.e. Mi Familia Progresá) a los que asignaron mayores presupuestos. (SESAN, MSPAS, INCAP, PMA y UNICEF, 2011, Análisis de procesos y resultados intermedios de la ENRDC).

En general, así como menciona el documento de Evaluación de la ENRDC, los componentes de viabilidad y sostenibilidad prácticamente no se ejecutaron y tuvieron financiamiento limitado, solamente se implementaron algunas iniciativas aisladas en el tema de dotación de agua y saneamiento que incluso continuaban en 2011 en la fase de gestión de recursos. Se fortalecieron también las organizaciones comunitarias a través de los COMUDE, COCODE y el inicio incipiente de los COMUSAN.

El Plan Pacto Hambre Cero reforzó la política SAN, sus objetivos y contenidos fueron valorados positivamente, logró también articular a los actores gubernamentales y no gubernamentales en torno a objetivos comunes y dotó de alta visibilidad mediática y prioridad política al problema del hambre y la desnutrición. Sin embargo, la mala ejecución fue un problema, ligado en primer lugar a la inefectiva coordinación inter-sectorial, no se lograron las sinergias y en la práctica no se aplicó el enfoque multisectorial, pues se actuó de manera sectorial (Vivero, 2014). Al igual que en el caso de la ENRDC, el componente de agua y saneamiento fue el que tuvo menor nivel de ejecución con poca presencia en los municipios y comunidades, a pesar que este programa contaba con un préstamo y donación del BID, en el marco del Fondo del Agua, que debía ejecutar INFOM. Los bonos de salud y educación a cargo del MIDES se repartían de manera irregular, y no se priorizó la atención a los 166 municipios priorizados. El componente de generación de ingresos y producción familiar de alimentos, incluía solamente componentes de apoyo a la producción agropecuaria, sin tomar en cuenta los medios de vida de la población más vulnerable, que en muchos casos no tiene acceso a tierra de cultivo (p.e. los jornaleros) o se desempeña en otras actividades económicas (Vivero, 2014, UE Guatemala 2014 b).

Por estas razones, los documentos de análisis del PPHO reportan la percepción de un programa altamente enfocado en lo médico-asistencial sin dar el debido peso a los componentes productivos (Vivero, 2014).

Estrategias	Fortalezas	Limitaciones en la implementación
<p>PDRC y ENRDC</p>	<p>Diseño</p> <ul style="list-style-type: none"> El diseño incluye positivamente intervenciones para atender causas inmediatas y algunos factores sub-yacentes clave como agua y saneamiento, economía y producción familiar de alimentos. Fijó metas graduales de reducción de la desnutrición, aunque no se evaluaron <p>Ejecución</p> <ul style="list-style-type: none"> Como aspecto positivo se inició con la consolidación de los COCODE y COMUDE y de manera incipiente surgieron los COMUSAN 	<p>Inversión</p> <ul style="list-style-type: none"> En la práctica, la mayor inversión fue destinada al componente de servicios básicos de salud y nutrición y menos a otros componentes. Se priorizaron otros programas sociales, que recibieron más apoyo político y asignación presupuestaria por los gobiernos de turno <p>Ejecución</p> <ul style="list-style-type: none"> Los componentes de viabilidad y sostenibilidad prácticamente no se ejecutaron (muy baja ejecución presupuestaria en agua, saneamiento y aumento de la producción) <p>Capacidades de los sectores</p> <ul style="list-style-type: none"> Alta rotación del personal de SESAN y los Ministerios, dificultó el seguimiento y la coordinación Limitaciones financieras en los Ministerios involucrados El personal del sector salud fue recargado en las tareas al tener que entregar el componente educativo, alimento fortificado además de los servicios de salud Uso del Vitacereal a nivel de las familias no fue el adecuado
	<p>Ejecución</p> <ul style="list-style-type: none"> Mobilización social amplia y articulación de actores gubernamentales y no gubernamentales en torno al problema del hambre y la desnutrición Colocó el problema de la desnutrición crónica en la agenda política, de los medios y la sociedad en su conjunto 	<p>Inversión</p> <ul style="list-style-type: none"> Mayor inversión en componentes con poco impacto en la desnutrición crónica como red vial (especialmente en los dos primeros años) <p>Ejecución</p> <ul style="list-style-type: none"> Aunque concebida como un plan integral, la planificación y ejecución fue sectorial, sin lograr una efectiva articulación operativa Los componentes de viabilidad y sostenibilidad no tuvieron una ejecución óptima. El componente de agua y saneamiento tuvo muy bajo nivel de ejecución Alto peso mediático al componente médico-asistencial y menor apoyo a los componentes productivos y estructurales Irregularidad en la entrega de los bonos o transferencias condicionadas Se percibió como muy clientelar, “con muchos regalos”, debido al excesivo énfasis en acciones asistenciales En algunos momentos se dio un enfoque mediático sobre dimensionado a la desnutrición aguda
<p>ENPDC</p>	<ul style="list-style-type: none"> La decisión estratégica de reducir intervenciones y actores es más realista y factible 	<p>Ejecución</p> <ul style="list-style-type: none"> Aunque el diseño es integral, la planificación, asignación de presupuestos y ejecución sigue siendo sectorial No se logró la convergencia de intervenciones en un mismo individuo. Base de datos de beneficiarios aún en construcción Los recortes presupuestales y las condicionantes derivadas de la crisis del 2015 (necesidad de censos en 2016), limitaron la implementación de componentes de producción de alimentos y transferencias condicionadas La ejecución del componente agua y saneamiento sigue siendo muy baja

Cuadro 8: Fortalezas y limitaciones en la implementación de las estrategias de combate a la desnutrición crónica

Fuente: Elaborado en base a documentos revisados sobre las estrategias y entrevistas a actores clave

La cobertura de las intervenciones directas en el PPHO también tuvo sus altibajos. Así, por ejemplo el Informe final de evaluación del PPHO (IFPRI, 2016), reporta que en la muestra utilizada para la evaluación, el 89% de individuos (niños y madres) reportó haber recibido con mayor frecuencia suplementos alimenticios y que más de la mitad de las madres reportó haber recibido hierro y ácido fólico durante la gestación del niño (alrededor del 67%). Similarmente más de la mitad, 52%, recibieron charlas sobre lactancia materna. Sin embargo, intervenciones como entrega de vitamina A tuvo una cobertura de apenas 22%, mientras que los micronutrientes espolvoreados llegaron a tan solo 1.6% de individuos de la muestra.

La ENPDC, hizo un cambio estratégico al reducir el abanico de intervenciones y el ámbito geográfico, lo que parece ser más realista y factible de implementar, dado el contexto financiero y disponibilidad de recursos del país. El enfoque de multi-sectorialidad se mantuvo, pero el número de sectores involucrados se redujo sustancialmente a cuatro (incluso cinco si se considera INFOM). La idea inicial fue avanzar hacia la convergencia de intervenciones en los individuos del grupo meta (niños menores de 2 años y sus madres). Sin embargo, esto no se logró, por las dificultades operativas que implica poner en práctica este enfoque, como la implementación de un registro único de beneficiarios que esté a disposición de los sectores involucrados para focalizar sus intervenciones en estas personas, el mismo que está aún en proceso a cargo del MIDES. Pero, la mayor limitación para la convergencia de intervenciones es la desigualdad en la inversión y ejecución de las intervenciones por parte de los sectores. En otros términos, mientras salud tiene un presupuesto para llegar a cierto número de niños y tiene un buen nivel de ejecución, el MAGA y MIDES tiene presupuesto más limitado y no pueden cubrir el mismo número de niños que el sector salud y además tienen menor nivel de ejecución.

Igualmente los componentes de viabilidad y sostenibilidad como agua y saneamiento tienen muy débil ejecución, mientras que el componente de mejoramiento de la economía familiar y la producción de alimentos, se reduce apenas a la capacitación y asistencia técnica a las familias, y tiene un bajo presupuesto.

Hay falta de información real de la cobertura de los servicios prestados a nivel de población. Los sistemas de información de los sectores aún reportan cumplimiento de metas físicas pero no hay información sobre la cobertura de los servicios a nivel de población por área geográfica. Esto no permite la asignación eficiente de recursos hacia las áreas deficitarias.

→ Factores que limitan la implementación de las estrategias

A partir de los documentos revisados y las entrevistas se pudieron identificar los siguientes factores:

Inversión

- La debilidad de las finanzas públicas de Guatemala constituye una severa restricción para la adecuada implementación de las políticas sociales, incluyendo la política SAN y las estrategias de combate a la desnutrición crónica. El país presenta un nivel de ingresos fiscales bajo⁴, por consiguiente su capacidad para financiar intervenciones para cerrar las brechas sociales es reducida. De este modo los presupuestos asignados a los sectores comprometidos con las estrategias de lucha contra la desnutrición no permiten responder adecuadamente a las necesidades de entrega de servicios.

En este sentido, el análisis de costos de intervenciones en nutrición del primer y segundo nivel de atención realizado por ICEFI en 2014 estimó que las brechas de inversión del Estado en intervenciones específicas y sensibles a nutrición⁵ a nivel nacional eran del orden del 0.3% del PIB en 2014 y de mantener las mismas tendencias de inversión, la brecha llegaría a 0.45% del PIB en 2021. Además, la brecha en los departamentos priorizados (departamentos con mayor prevalencia de DC), llegaba a 0.16% del PIB en 2014 y la proyección al 2021 es de 0.27% del PIB. Indicando que el presupuesto debería ser el triple de lo invertido por el Estado para alcanzar coberturas adecuadas de servicios en 2017 (ICEFI, 2014). A ello se agregan problemas de eficiencia y transparencia del gasto público además de las prioridades coyunturales de los gobiernos, que merman el presupuesto destinado a intervenciones en nutrición (Vivero, 2014, UE Guatemala, 2014 b).

- Las diferentes estrategias no son instrumentos de movilización de recursos extra, no tienen presupuesto específico definido, sino que solamente agregan presupuestos programados por los sectores para las diferentes intervenciones. Es más, la asignación de recursos, la ejecución y las decisiones para hacer recortes en los recursos, se dan al margen de un proceso de seguimiento y evaluación que permita valorar la relevancia de cada una de las intervenciones.

Capacidad de ejecución

- Las limitaciones en los procesos de gestión de recursos humanos en las entidades públicas son un cuello de botella importante para la efectiva implementación de los planes y políticas en general. Se carece de una adecuada legislación en materia de servicio civil que favorezca el desarrollo y profesionalización de los servidores públicos, y a manera de compensación, se acude a la contratación de personal temporal (Como ejemplo, Ospina, 2014, indica que en 2013, el 81% del personal del MAGA era temporal). Esta modalidad de contrato no garantiza permanencia, por ser más fácil de recortar en caso haya limitaciones presupuestales, mientras que las decisiones de cesar el contrato de los trabajadores temporales no se hace en función de prioridades sino casi arbitrariamente. Esto da como resultado la falta de continuidad en la prestación de servicios y pérdida constante de la capacidad instalada en las instituciones.

Además, hay otros factores como el desbalance en las cargas laborales y presión del uso del tiempo en el personal de campo, como se da en el caso de los extensionistas del MAGA responsables de la implementación del PAFEC (Dardón 2018). Adicionalmente las presiones clientelares que ejercen los diputados, gobernadores, alcaldes y otros para lograr que gente afín a ellos ocupe estos puestos hace que las personas contratadas no sean competentes ni tengan la motivación por generar resultados (entrevistas).

4. Según el Banco Mundial (2014) el Gobierno de Guatemala recaudaba la proporción más baja de ingresos públicos en el mundo en relación al tamaño de la economía del país (BM, 2014 ADN económico de Guatemala).

5. Se incorporó inmunizaciones y vigilancia del agua como intervenciones sensibles a la nutrición.

- Falta y/o frecuente desabastecimiento de insumos y equipamiento para brindar los servicios dificulta la labor del personal en los servicios de salud, de los extensionistas del MAGA y personal de campo en general. El representante del sector privado entrevistado mencionó por ejemplo que según el monitoreo de la Ventana de los 1000 días que realiza el sector privado con frecuencia se encuentra desabastecimiento de insumos en los centros de salud (siendo uno de los más graves el desabastecimiento de vacunas en el 2014). Los extensionistas del MAGA no cuentan con facilidades para su trabajo como movilidad, insumos para realizar las demostraciones prácticas, entre otros aspectos (Dardón, 2018).
- Brechas en la oferta de servicios de atención de salud y servicios de otros ministerios, en desventaja de los habitantes pobres, indígenas y que viven en zonas rurales remotas. Hay, por ejemplo una inequitativa distribución de recursos humanos en zonas urbanas y rurales. Según el análisis del sistema de salud 2015 (Avila, et al, 2015) existen 25.6 trabajadores de salud capacitados por cada 10,000 habitantes en las zonas urbanas, comparado con solamente 3 por cada 10,000 en las zonas rurales. Además existen barreras lingüísticas y culturales que representan un obstáculo en la oferta y demanda de servicios.
- Débil coordinación inter-sectorial a nivel central y local. “No se cuenta con una metodología estandarizada de articulación y planificación sectorial, a nivel territorial, donde pueda definirse complementariedades, áreas de intervención común y diferenciada. Mucho de lo que se plantea como coordinación interinstitucional termina quedándose en una serie de reuniones de intercambio de información o bien, funciona solamente para realizar tareas de coyuntura” (UE Guatemala, 2014 b).

9. El aporte de la UE

La Unión Europea (UE), es el mayor donante de fondos de cooperación al desarrollo en Guatemala. La presencia de la UE se ha ido incrementando desde los años 80, inicialmente con un apoyo a la lucha contra la pobreza, a las poblaciones desarraigadas y a la defensa de los derechos humanos. Posteriormente focalizando en el fortalecimiento institucional. En el Cuadro 7, se hace un resumen de las principales acciones de la UE en materia de SAN en Guatemala.

El apoyo de la UE a la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) de Guatemala data del año 2000. En 2009, el apoyo presupuestario y asistencia técnica con un aporte de €40,3 millones ayudó a financiar la implementación de la política y estrategia de SAN (Gobierno 2008-2011) y el Plan del Pacto Hambre Cero (Gobierno 2012-2015), una inversión estratégica que contribuyó a que Guatemala alcanzara la máxima puntuación en el índice HANCI (Hunger and Nutrition Commitment Index) (UE, Estudio de caso Guatemala).

En período 2010-2012, el apoyo presupuestario de la UE representó el 2.7% del presupuesto nacional para SAN, en 2010, 1.61% en 2011 y 1.31% en 2012. Los años posteriores 2013 y 2014, el aporte del apoyo presupuestario disminuye, representando el 0.54% del presupuesto SAN en 2013 y 0.95% en 2014. (Vivero, 2014).

Este apoyo contribuyó en aspectos claves como: Estimular la inversión pública en SAN, especialmente en el período 2011-2013, en el que el presupuesto nacional para SAN aumentó significativamente. Consolidación de la SESAN y los sistemas de información de SAN, como elemento clave para la planificación y coordinación inter-sectorial en nutrición. Conceptualmente, contribuyó a la consolidación del enfoque multi-sectorial para el abordaje del problema de desnutrición crónica y la focalización en la Ventana de los 1000 días.

A partir de 2016, el apoyo al PAFEC, es importante para consolidar la implementación del programa en municipios pobres. La contribución de este apoyo presupuestario es relevante para la lucha contra la desnutrición crónica, pues ha permitido focalizar acciones en áreas relevantes como la diversificación productiva (aumento de la producción de animales de patio y de hortalizas), el mejoramiento de la productividad, para mejorar el ingreso el fortalecimiento de la capacidad de prevención de los desastres de las familias más desfavorecidas.

El apoyo al PAFEC como el FIRST, han contribuido sustancialmente a operativizar el enfoque de agricultura sensible a la nutrición en los programas del MAGA, especialmente en el marco de la agricultura familiar. Se ha contribuido a definir las intervenciones esenciales sensibles a la nutrición, como contribución del MAGA a la ENPDC.

El Proyecto de Plataformas de Información Nacional sobre Nutrición, que está siendo ejecutado por CATIE y que tiene como beneficiario directo a la SESAN, pretende fortalecer aún más los sistemas de información en nutrición, mediante una mejor gestión de la información multi-sectorial existente y lo más importante promoviendo el uso de la información para la toma de decisiones. El enfoque del proyecto no contempla recoger nueva información sino optimizar el análisis y reporte de información que después sea utilizada para: revisar las políticas y programas, como insumo para la planificación estratégica y operativa, para dar seguimiento y reportar los avances de la ENPDC y como instrumento de rendición de cuentas. Este aporte se considera crucial, especialmente tomando en cuenta que Guatemala ya tiene sistemas avanzados de información en SAN, pero que son sub-utilizados por parte de los tomadores de decisiones y demás actores.

Reconociendo el imperativo de mantener y acelerar el avance en los indicadores de nutrición de Guatemala, el ‘Programa Indicativo Multianual 2014-2020’ ha identificado la SAN como una de sus prioridades, asignándole un presupuesto indicativo de €80 millones. Se plantea explícitamente como objetivos específicos el mejoramiento del estado nutricional de las mujeres y niños menores de 5 años, mediante el apoyo a las intervenciones en salud y en educación alimentaria y nutricional, el mejoramiento de las capacidades de producción de las familias rurales, y el fortalecimiento del Sistema Nacional de SAN. Este presupuesto aún no había sido implementado al momento de hacer el estudio, está recién en fase de planificación.

Proyectos	Objetivos
Apoyo presupuestario en apoyo a la Política y al Plan Estratégico de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Guatemala (2009-2015) Monto: 40.3 Millones € Ejecutores: SESAN, MAGA, MSPAS, MINEDUC, SOSEP	<ul style="list-style-type: none"> Mejorar la salud materna e infantil en las 40 áreas de intervención del proyecto Reducir la desnutrición crónica entre niños menores de 2 años de edad en áreas rurales de los 70 municipios objetivo del proyecto Fortalecer a la SESAN en su función de monitoreo y evaluación de la situación de alimentación y nutrición
Apoyo presupuestario al Programa de Agricultura Familiar para el Fortalecimiento de la Economía Campesina (AP-PAFFEC) (2017-2019) Monto: 21.1 Millones € Ejecutor: MAGA 22 Municipios de Quiché y Alta Verapaz	<ul style="list-style-type: none"> Mejorar los medios de vida de las familias campesinas, promoviendo el desarrollo de sus sistemas de producción y contribuyendo a reducir su vulnerabilidad frente a desastres Fortalecer la capacidad institucional del MAGA, sobre la gestión del PAFFEC, en tres áreas: 1) contribuir a establecer el Sistema de Seguimiento y Evaluación; 2) Mejorar la eficacia del Sistema de Extensión Rural (SNER) a nivel descentralizado, 3) fortalecer las capacidades institucionales en Gestión de Finanzas Públicas y Gestión Basada en Resultados
La decisión estratégica de reducir intervenciones y actores es más realista y factible	Ejecución <ul style="list-style-type: none"> Aunque el diseño es integral, la planificación, asignación de presupuestos y ejecución sigue siendo sectorial
Proyectos extra-presupuestarios	Objetivos
Mecanismo de asistencia de la FAO y la UE para políticas públicas (FIRST) (2015-2019) Monto: 33,185,840 USD (global) Ejecutor: FAO	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer el entorno propicio para la seguridad alimentaria y nutricional y la agricultura sostenible Fortalecer la contribución del PAFFEC a los resultados de la ENPDC Fortalecer procesos de desarrollo de capacidades y fortalecimiento institucional en SAN, sistemas alimentarios, seguimiento y evaluación Fortalecer mecanismos de coordinación multisectorial para la ejecución de la ENPDC
Proyecto Plataformas de Información Nacional sobre Nutrición (PiNN) (2018-2021) Monto: 2.3 Millones € Ejecutor: CATIE	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer las capacidades nacionales para monitorear la reducción de la desnutrición crónica e implementar políticas y programas multi-sectoriales de nutrición de mayor costo-efectividad y basados en evidencia Resultados esperados: 1) La SESAN y sectores involucrados tienen capacidad para operar y mantener el PiNN, 2) SESAN y sectores involucrados están fortalecidos para hacer seguimiento del progreso en el logro de metas nacionales de reducción de la DC y monitoreo de las inversiones multi-sectoriales en nutrición y 3) SESAN y sectores involucrados son capaces de utilizar información y evidencia para el diseño y mejora de las políticas y programas multi-sectoriales de nutrición
Proyecto fortalecimiento de capacidades de participación, auditoría social e incidencia de las organizaciones juveniles para mejorar la implementación de la ENPDC en el departamento de Chiquimula Monto: 350,000 € Ejecutor: Save the Children	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer las capacidades de participación, auditoría social e incidencia de las organizaciones juveniles ante los tomadores de decisiones para la implementación con calidad de la estrategia de la Ventana de los 1000 días en el marco de la Estrategia Nacional de prevención de la Desnutrición Crónica

Cuadro 9: Principales acciones de la UE en SAN (2009-2018)

Fuente: elaborado en base a información proporcionada por DUE

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

10. Principales hallazgos y conclusiones

En el estudio se ha analizado abundante información y se ha podido comprobar que con lo existente se pueden hacer análisis relevantes y útiles para la toma de decisiones, mientras que al mismo tiempo se identificaron los vacíos de información que deben ser cubiertos, esto, es en esencia parte de las potencialidades de las Plataformas Nacionales de Información sobre Nutrición (PiNN). A continuación se presentan los principales hallazgos y conclusiones del estudio de caso:

1. Guatemala tiene un desarrollo sin precedentes en el marco legal, institucional y de políticas para combatir la inseguridad alimentaria y la desnutrición. Sin embargo, pese a este desarrollo y los esfuerzos realizados, la desnutrición crónica persiste en niveles muy altos, mientras que las tasas de reducción (de 0.45% anual) en los últimos 20 años son solamente modestas e insuficientes para alcanzar las metas nacionales y compromisos internacionales a mediano y largo plazo.

Por más de 15 años el Estado ha diseñado y puesto en marcha diferentes estrategias de combate a la desnutrición crónica, que es el principal flagelo que afecta a cerca de la mitad de los niños menores de 5 años. La lucha contra la desnutrición está en el más alto nivel de la agenda política y en todos los sectores de la sociedad, además como prioridad política ha trascendido los diferentes gobiernos.

→ Diseño de las estrategias de reducción de la desnutrición crónica

2. El diseño de las diferentes estrategias en cuanto a sus componentes o paquete de intervenciones se ha mantenido relativamente estable a lo largo de los diferentes gobiernos y es coherente con las recomendaciones internacionales sobre el conjunto esencial de intervenciones específicas y sensibles a la nutrición basadas en evidencia. Aunque hay mayor incorporación de intervenciones específicas (componentes directos) y menos intervenciones sensibles a la nutrición (componentes de viabilidad y sostenibilidad)

En comparación con las recomendaciones de intervenciones de la serie The Lancet 2013, las estrategias incorporan 5 de las 10 intervenciones específicas de nutrición y solamente 3 de las 9 intervenciones sensibles a la nutrición.

3. En comparación con las causas de la desnutrición en Guatemala, en general el paquete de intervenciones de las diferentes estrategias aborda principalmente las causas inmediatas y algunas subyacentes. Se prioriza, el enfoque médico-asistencial con menos atención a las intervenciones que abordan algunas de las causas básicas importantes de la desnutrición como la escolaridad de la madre, el limitado acceso a recursos productivos, la pobreza y otros factores como la situación de la mujer. Los pobres resultados en términos de la reducción de la desnutrición crónica, indicarían que lo planteado hasta ahora no es suficiente para lograr las metas nacionales.

4. Los cambios estratégicos realizados en el diseño de la ENPDC: reducción del abanico de intervenciones y sectores participantes y la reducción de la cobertura son más realistas y factibles de implementar considerando los recursos y limitaciones existentes en el país.

5. El cambio en la priorización del grupo meta hacia los menores de 2 años y sus madres en la ENPDC, va en línea con la epidemiología de la desnutrición en Guatemala y acorde con la Ventana de los 1000 días, sin embargo, tiende a dejar de lado grupos poblacionales importantes que influyen en algunos factores determinantes importantes de la desnutrición.

Se aprecia, un enfoque restrictivo de focalizar todas las intervenciones solamente en los niños menores de 2 años y sus madres. Esto tiende a dejar de lado grupos importantes como el entorno familiar extendido y la comunidad que son grupos con mucha influencia en las prácticas alimentarias, por lo que deberían ser incorporados en la consejería nutricional. Otro grupo al que no se toma en cuenta (esto en todas las estrategias) son las niñas adolescentes, sobretodo considerando las tasas crecientes de embarazo en adolescentes y la evidencia internacional última que indica que la salud antes de la concepción es muy importante para la nutrición del niño.

→ La inversión en las estrategias

6. Las diferentes estrategias no son instrumentos de movilización de recursos extra por tanto no han conllevado a un incremento sustancial del presupuesto para atender el problema de desnutrición crónica, e incluso en algunos sectores (i.e. MAGA) han contribuido muy poco a la reorientación de los recursos financieros hacia los componentes esenciales del paquete de intervenciones. Es más, algunos de los componentes esenciales fueron sub-financiados, o sufrieron recortes constantes y significativos de presupuesto.

Si bien el presupuesto para SAN, se duplicó en el período 2011-2014, en el marco del PPH0, esto no se tradujo en incrementos sustanciales en el presupuesto asignado a componentes clave como la provisión de servicios de salud y nutrición o el mejoramiento de la economía y producción familiar de alimentos. La ENPDC tampoco significó un boom de inversiones, sino solamente modestos incrementos en el presupuesto asignado a la provisión de servicios de salud. Es más, una constante fue la sub-financiación de componentes como el de mejoramiento de ingresos, y algunos como la educación nutricional no tuvieron presupuesto. Además, los recortes presupuestarios han afectado la implementación de componentes esenciales como en caso del MAGA o MIDES, lo que sin duda ha limitado el logro de resultados.

7. La inversión en las estrategias, en general se considera insuficiente en comparación a las necesidades y brechas a cubrir

La inversión está limitada por la capacidad financiera del Estado, pero también por las prioridades de los gobiernos. Las brechas estimadas por estudios existentes indican que el presupuesto se debería triplicar en 2017 para lograr coberturas óptimas de intervenciones específicas como sensibles a la nutrición. Los gobiernos además han priorizado acciones clientelares, creando programas de corte más político a los cuales destinan recursos extraordinarios en detrimento de los componentes básicos de las estrategias.

8. Las decisiones programáticas y asignación de presupuestos se hace al margen de la evaluación de resultados y prioridades.

En la práctica, la planificación y asignación de presupuestos para las diferentes estrategias, resulta ser mayormente un ejercicio de agregación de las diferentes actividades que ejecutan los ministerios involucrados, sin hacer priorización en base a resultados deseados.

Un hecho positivo es la desagregación de los programas y sub-programas del MSPAS para permitir visualizar la asignación de recursos a intervenciones en la Ventana de los 1000 días, a partir de 2014. En esta misma línea, la ENPDC logró incorporar líneas prioritarias específicas en la estructura presupuestal del MAGA y MIDES, que “obliga” en cierta medida a los sectores a asignar recursos a intervenciones ligadas a la ENPDC, a partir de 2017. La creación de más líneas presupuestales para los diferentes componentes en la estructura presupuestal de los sectores es crítica para asegurar financiamiento.

→ Implementación de las estrategias

9. El mayor desafío para lograr mejores resultados subyace en las limitaciones en la implementación de las estrategias.

- La insuficiente cobertura de las intervenciones que resulta en importantes disparidades en el acceso a los servicios en desventaja de poblaciones más vulnerables.
- La implementación de los diferentes componentes es muy variable. En general y a lo largo de todas las estrategias, se ha tenido mejor nivel de ejecución en el componente de provisión de servicios básicos de salud y nutrición. En contraste, el nivel de ejecución de las intervenciones de viabilidad y sostenibilidad (agua y saneamiento, mejoramiento de ingresos y producción, transferencias condicionadas) ha sido muy variable y en general bajo. Por esto y por los resultados en la prevalencia de desnutrición, se estaría demostrando que en el contexto guatemalteco, las intervenciones específicas de nutrición que enfocan en las causas inmediatas, si bien son muy importantes, no son suficientes, si no se implementa óptimamente las intervenciones que abordan de las causas sub-yacentes y básicas de la desnutrición.
- Aunque se reconoce que para lograr el éxito en el combate contra la desnutrición, es importante actuar de manera multi-sectorial, la multi-sectorialidad prácticamente se ha dado solamente en el diseño, mientras que la programación, asignación de presupuestos y ejecución continúa siendo sectorial.

- Uno de los cambios estratégicos de la ENPDC fue la convergencia de intervenciones en un mismo individuo (niño menor de 2 años y su familia), a la luz de la evaluación del PPH0. Sin embargo, este enfoque parece más factible en la teoría que en la práctica. La principal limitante es la desigual cobertura y nivel de ejecución de las intervenciones por parte de los diferentes sectores, pues mientras unos sectores pueden cubrir mayor cantidad de niños, otros solo pueden llegar a una parte de éstos. Así también un desafío fue la implementación de un registro único de beneficiarios, basado en el MIDES, que pueda ser compartido con los sectores involucrados.

10. La prestación de servicios en los sectores involucrados enfrenta limitaciones que persisten en el tiempo

- La alta rotación de personal, tanto a nivel directivo como de campo. La temporalidad de los contratos que no garantiza una carrera pública, erosiona la capacidad institucional y no permite continuidad de los servicios, además que expone a los trabajadores a cese de contratos y a la influencia tácita de políticos que deciden a quien contratar.
- La carencia de insumos o el frecuente desabastecimiento y la falta de equipos para prestar los servicios, limita la óptima prestación de los servicios.

11. Los sistemas de información se han ido desarrollando, de modo que ahora hay un sistema de seguimiento continuo del cumplimiento de metas financieras, físicas incluso más avanzado que en otros países de la región.

Pero aún hay debilidades, como la falta de información sobre los indicadores de productos y resultados intermedios que puedan guiar mejor la planificación y asignación de presupuestos, así como la definición de prioridades. Hace falta información sobre las coberturas reales a nivel de población de las diferentes intervenciones así como información sobre la calidad de los servicios que pueda servir para evaluar los avances e identificar las brechas. Asimismo, la información financiera no es consistente en todos los sectores, hay variaciones casi anuales en la estructura de programas lo que no permite hacer análisis históricos, información a nivel departamental solo es posible en el sector salud, hay diferencias en la información reportada por los sistemas de búsqueda de SICOIN, entre otros problemas.

12. La contribución de la UE ha sido instrumental, especialmente en el periodo 2009-2015, para consolidar el enfoque multi-sectorial y el énfasis en la Ventana de los 1000 días en las estrategias de lucha contra la desnutrición.

El apoyo presupuestario contribuyó a estimular la movilización de presupuestos para SAN, consolidar la gobernanza en SAN mediante el apoyo a SESAN en su rol de coordinación y mejorar los sistemas de información. El apoyo presupuestario de la UE en el período 2010-2014, representó entre el 1.6% y 0.5% del total del presupuesto nacional para SAN. El apoyo a la Agricultura Familiar y FIRST ha permitido incorporar y operativizar el enfoque de agricultura sensible a la nutrición en el MAGA, definiendo mejor su contribución a la ENPDC. La PiNN consolidará el uso de la información para la toma de decisiones. El apoyo posterior se enfocará a superar los problemas en la implementación de las intervenciones específicas y sensibles a la nutrición, que es uno de los factores que limita la reducción de la desnutrición

11. Recomendaciones

1. Antes que hacer cambios en el enfoque y diseño de la ENPDC, es fundamental asumir el desafío de mejorar la implementación, encaminándose a superar las principales limitantes.

En este sentido se debe garantizar la continuidad de la ENPDC, haciendo algunos ajustes como la incorporación de intervenciones dirigidas a las niñas adolescentes, incorporación de algunas intervenciones relevantes que ya son ejecutadas por los sectores como el mejoramiento del hogar, tecnologías para el ahorro de tiempo de la mujer (ejecutadas por MAGA) y poniendo énfasis en el mejoramiento de la implementación.

2. Cualquier estrategia de reducción de la desnutrición crónica debe ir en paralelo con políticas económicas y programas efectivos de combate a la pobreza y mejora de la educación especialmente de las mujeres. Se debe también buscar sinergias con otros programas de generación de ingresos, fomento del empleo, promoción de la igualdad de género, entre otros.

3. Se requiere incrementar los recursos financieros para los componentes de la estrategia, que permita gradualmente cerrar las brechas de cobertura y calidad de los servicios de todos los sectores involucrados. Se sugiere:

- Hacer un ejercicio de costeo de las diferentes intervenciones para llegar a coberturas óptimas y luego elaborar una estrategia de financiamiento y movilización de recursos identificando los flujos financieros a mediano y largo plazo, que permitan la implementación sostenible de las intervenciones prioritarias.
- Hacer un ejercicio de modelaje que permita predecir la magnitud del efecto/impacto de las diferentes intervenciones en la reducción de la desnutrición crónica, para destinar mayores recursos a aquellas que tengan un mayor potencial. La herramienta LIST-Life Saving Tool, puede ser muy útil para este propósito y puede ser implementada en el marco del proyecto PiNN.

4. Se debe garantizar estabilidad en los presupuestos asignados a los diferentes componentes, para evitar que puedan ser recortados en cualquier momento.

- Basado en la directiva que declara de prioridad la Ventana de los 1000 días, se podría propiciar el establecimiento de una norma similar para todos los componentes de la ENPDC, así se podría “bloquear” los presupuestos asignados y evitar recortes inesperados.
- El Ministerio de Finanzas también debe asegurar la creación de líneas presupuestales específicas para todos los componentes de la ENPDC en cada sector, para asegurar la asignación de presupuesto. Sería, por ejemplo, importante incluir una línea presupuestaria para el componente de educación alimentaria y nutricional que no recibe financiamiento.

5. Se requiere superar los factores limitantes en la implementación de los diferentes componentes.

- Hacer un análisis (puede ser incluso cualitativo) para identificar los cuellos de botella a lo largo de la cadena de impacto de las estrategias y elaborar una hoja de ruta para superarlos, incluyendo costos.
- Para superar el problema de la alta rotación de personal en los sectores, se debe propiciar una política de recursos humanos que garantice la competencia y estabilidad del personal especialmente de los niveles operativos. Elaborar con los niveles de decisión más altos en cada sector y el Ministerio de Finanzas una estrategia para el incremento gradual de plazas 011, estableciendo metas graduales. Se podría iniciar la implementación de este tipo de políticas en los departamentos priorizados. Se debe también generar incentivos para atraer personal a las zonas más alejadas y vulnerables.

→ Multi-sectorialidad y convergencia de intervenciones

6. Considerando que la provisión simultánea de diferentes intervenciones garantiza mayores efectos y que uno de los cambios estratégicos de la ENPDC fue garantizar la convergencia de intervenciones en un mismo niño y su familia, hecho que no se ha logrado, sería por tanto pertinente evaluar diferentes alternativas para la programación multi-sectorial

- Se debe propiciar que los sectores destinen presupuestos suficientes para cubrir relativamente el mismo número óptimo de población del grupo meta.
- Para impulsar la multisectorialidad se puede promover la planificación multi-sectorial a nivel de territorios, así como el establecimiento de sistemas de información que permitan ubicar a la población meta y hacer un seguimiento de los servicios ofertados a nivel municipal. El proyecto PiNN está en proceso de diseño de una experiencia piloto de sistema de información multi-sectorial en Momostenango, y se espera que la experiencia pueda ser replicada en otros municipios.

→ Sistemas de información, monitoreo y evaluación

7. Guatemala tiene comparativamente sistemas de información en SAN bastante desarrollados, y abundante información, lo que falta es utilizar la información para la toma de decisiones y hacer algunos ajustes estratégicos como:

- Establecer una política pública para la unificación de los sistemas de información tanto intra como inter-sectorial, esta política pública debe estar ligada como requisito para la asignación de presupuestos en SAN.

- Fortalecer el sistema de monitoreo y evaluación, especialmente, propiciar la incorporación, recopilación de información y análisis de indicadores de productos y resultados intermedios (coberturas a nivel de población, calidad de los servicios, entre otros) para los diferentes componentes de la ENPDC.
 - Utilizar estratégicamente los servicios del proyecto PiNN para generar una cultura de uso de información a nivel de los tomadores de decisiones que en última instancia conduzcan a decisiones correctas basadas en evidencia y mejoren las políticas y programas que tengan impacto en el estado nutricional.
-

ANEXOS

Anexo A: Referencias

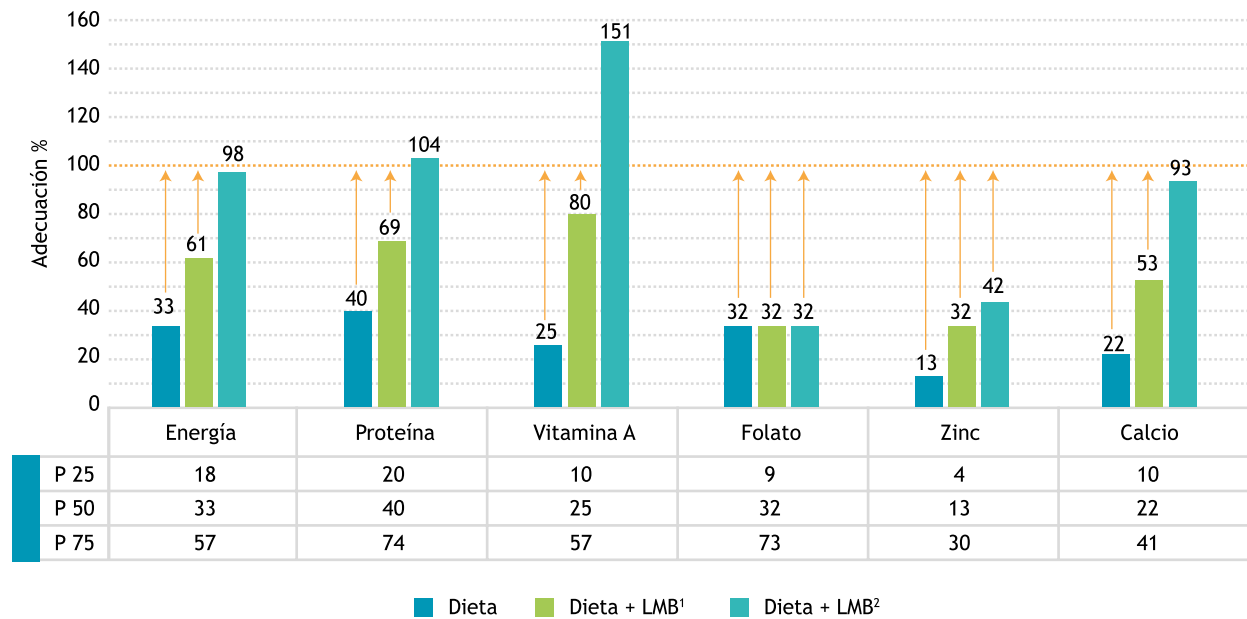
1. Alderman, H. and Headey, D. (2017) How Important is Parental Education for Child Nutrition? World Development Vol. 94, pp. 448-464, 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.worlddev.2017.02.007>
2. Asociación de Investigación y Estudios Sociales ASIES (2017). *Revisión estratégica de la situación de Seguridad Alimentaria y Nutricional en Guatemala, con énfasis en la desnutrición crónica y sus determinantes*. Informe Final de Consultoría para el Programa Mundial de Alimentos. Guatemala.
3. Banco Mundial (2014). *ADN Económico de Guatemala. Capturando crecimiento*. Primera Edición. Guatemala.
4. Caldeyro, M. (2018): *Informe Final Verificación de los Indicadores de rendimiento del AP/PAFFEC del Informe MAGA 2017 (producto 1a) SIEA 2018*. Lote 1 RFS NO 2018/398-362/1. NIRAS/CE.
5. Ávila, C., Bright, R., Gutiérrez, J., Hoadley, K., Coite, M., Romero, N. y Rodríguez, M.P. (2015). *Guatemala, Análisis del Sistema de Salud 2015*. Bethesda, MD: Proyecto Health Finance and Governance, Abt Associates Inc.
6. Dardón, J. (2018). *Análisis de aspectos estratégicos del PAFFEC 2016-2020 (diseño, focalización, entorno y desafíos emergentes)*. Consultoría realizada para el Programa FIRST-FAO-UE. Informe.
7. European Commission (2014). *Multianual Indicative Programme 2014-2020 Guatemala*.
8. FAO (2014). *Los Programas PESA de Centroamérica: Quince años de cooperación para la Seguridad Alimentaria y Nutricional. Logros y Lecciones Aprendidas*. Hambre de saber, Saber de hambre. Edición de cierre 2000-2014. FAO, AECID.
9. FAO (2018). *Análisis de la eficacia de las políticas públicas de agricultura familiar para la erradicación de la inseguridad alimentaria, la malnutrición y la pobreza en Guatemala*. Informe ejecutivo
10. FAO, FIDA, UNICEF, PMA y OMS (2018). *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Fomentando la resiliencia climática en aras de la seguridad alimentaria y la nutrición*. FAO, Roma.
11. Gobierno de la República de Guatemala (2005). *Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional*.
12. Gobierno de la República de Guatemala (2006). *Programa para la Reducción de la Desnutrición Crónica (PRDC) 2006-2016*. Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional SESAN. Guatemala.
13. Gobierno de la República de Guatemala (2012). *El Plan del Pacto Hambre Cero*. Guatemala.
14. Gobierno de la República de Guatemala (2016). *Plan Estratégico de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PESAN) 2016-2020*. Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional - CONASAN. Guatemala.
15. Gobierno de la República de Guatemala (2016). **Política General de Gobierno 2016-2020**.
16. Gobierno de la República de Guatemala (2016). *Estrategia Nacional para la Prevención de la Desnutrición Crónica (ENPDC) 2016-2020*. Comisión Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica. Guatemala.
17. Gobierno de la República de Guatemala (2016). *Descripción del modelo lógico. Resultado Estratégico de país Prevención de la Desnutrición Crónica*. Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional SESAN Guatemala.
18. Gobierno de la República de Guatemala (2017). *Agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Examen nacional voluntario, 2017*. Guatemala. <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/16626Guatemala.pdf>

19. Guatemala Consejo Nacional de Desarrollo Urbano y Rural (2014). *Plan Nacional de Desarrollo K'atun: nuestra Guatemala 2032*. Guatemala: Conadur/Segeplan, 2014.
20. ICEFI, UNICEF (2011). Protegiendo la nueva cosecha. Un análisis del costo de erradicar el hambre en Guatemala, 2012-2021. Contamos, serie de documentos de análisis, Boletín No. 4.
21. ICEFI (2014). *Informe: Costeo de las intervenciones en Nutrición en el primer y segundo Nivel de Atención en el marco del Convenio de Gestión por Resultados entre el Ministerio de Finanzas Públicas y el Ministerio de Salud y Protección Social*. Gobierno de Guatemala, USAID, FANTA FHI, ICEFI. Guatemala.
22. ICEFI (2015). *Gasto Público en Seguridad Alimentaria y Nutricional en Centroamérica*. Seminario Taller Inversión-Gasto en Protección Social. Santiago de Chile.
23. IFPRI (2016). *Informe Final de Evaluación de Impacto del Plan del Pacto Hambre Cero*. Guatemala.
24. Instituto Nacional de Estadística. (2015). *Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) 2014. Principales resultados*. Guatemala.
25. Ministerio de Relaciones Exteriores (2016). *Texto del Addendum No. 1 al Convenio de Financiación entre la Unión Europea y la República de Guatemala DCI-ALA/2013/024-452, "Apoyo presupuestario al Programa de Agricultura Familiar para el Fortalecimiento de la Economía Campesina (AP-PAFFEC)"*. Guatemala.
26. MSPAS (2016). *Análisis de Situación de Salud. Guatemala 2016*. Departamento de Epidemiología.
27. MSPAS (2018). *Vigilancia de Enfermedades Vigilancia de Enfermedades Inmunoprevenibles. Situación epidemiológica. Datos de la semana 21*. Departamento de Epidemiología
28. Ospina, J. (2013). *Análisis y valoración de la gestión financiera del MAGA y recomendaciones sobre los procesos para la mejora de los mecanismos operativos de la gestión financiera institucional y de los procesos de decisión a nivel político*. Informe final de Consultoría: Misión de Identificación y Análisis de la Gestión Financiera Sectorial dentro del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación (MAGA). Programa de Apoyo a la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Guatemala, y su Plan Estratégico Convenio de Financiación No. DCI-ALA/2008/020-396. UE Guatemala.
29. PMA, INCAP, CRS y UNICEF (2016). *Brechas nutricionales en los niños y niñas de 6 a 23 meses y sus madres en Guatemala. Análisis desagregado por sexo*. Guatemala.
30. PNUD (2016). Informe Nacional de Desarrollo Humano 2015/2016.
31. Proyecto Plataforma de Información Nacional sobre Nutrición (PiNN) (2018). *Informe Intervenciones para la reducción de la desnutrición crónica: breve análisis*. Documento de Trabajo. Guatemala.
32. SESAN (2011). *Plan estratégico de seguridad alimentaria y nutricional para Occidente - Planocc-2012-2016*. Guatemala.
33. SESAN, MSPAS, INCAP, PMA y UNICEF (2011). *Análisis de los procesos y resultados intermedios de la Estrategia Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica (ENRDC)*. Guatemala.
34. SESAN y UNICEF (2014). *Factores socio culturales que inciden en la desnutrición crónica. Estudio cualitativo con enfoque antropológico en familias rurales de Guatemala*.
35. Slowing, K. (2018). *Análisis de los cuellos de botella en la implementación del PAFFEC a nivel territorial, en lo operativo, administrativo y de gestión*. Informe Final. FAO y UE. Guatemala.
36. UE Guatemala (2014). *Análisis causal de la situación de Seguridad Alimentaria y Nutricional en Guatemala. Informe Final de Contrato. Resultado 1*. Programa de Apoyo a la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Guatemala, y su Plan Estratégico Convenio de Financiación No. DCI-ALA/2008/020-396.
37. UE Guatemala (2014). *Análisis de la situación de Seguridad Alimentaria y Nutricional en Guatemala. Informe Final de Contrato. Resultado 2: Implementación pública del Plan SAN*. Programa de Apoyo a la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Guatemala, y su Plan Estratégico Convenio de Financiación No. DCI-ALA/2008/020-396.
38. UE Guatemala (2014). *Análisis de la respuesta y cobertura de los actores de cooperación internacional. Informe final de contrato. Resultado 3*. Programa de Apoyo a la Política Nacional de

Seguridad Alimentaria y Nutricional de Guatemala, y su Plan Estratégico Convenio de Financiación No. DCI-ALA/2008/020-396.

39. UE Guatemala (2018). *Ficha de Prensa, Proyecto FIRST*.
https://eeas.europa.eu/delegations/guatemala/39094/ficha-de-prensa-proyecto-mecanismo-de-asistencia-de-la-fao-y-la-ue-para-pol%C3%ADticas-publicas_es
40. Vivero, J.L. (2014). *Valoración de la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Guatemala y estrategia de continuidad del Pacto Hambre Cero. Technical Report. August 2014*. ResearchGate DOI: 10.13140/2.1.1736.5285.

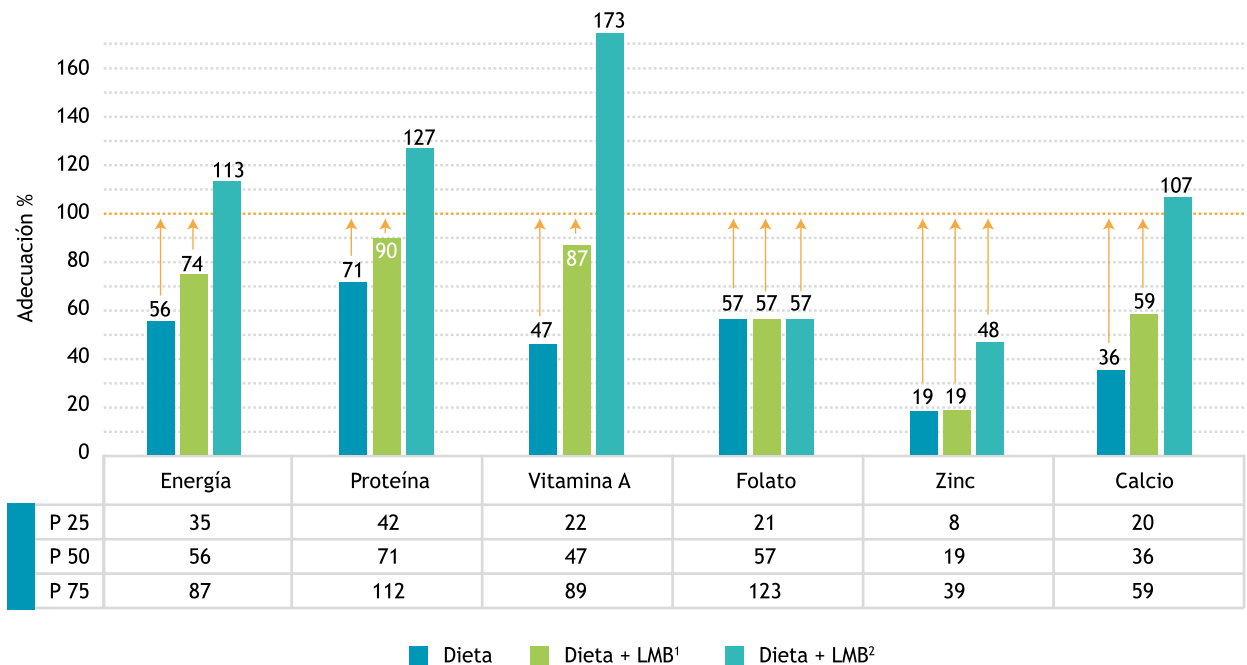
Anexo B: Gráficos y cuadros adicionales



Nota : para la adecuación de Zinc se considere el nivel medio de biodisponibilidad
¹(Dewey & Brown, 2003) ²(OMS/OSP, 2010)

Figura A.1 Adecuación y brecha nutricional de niños/as de 6 a 8 meses

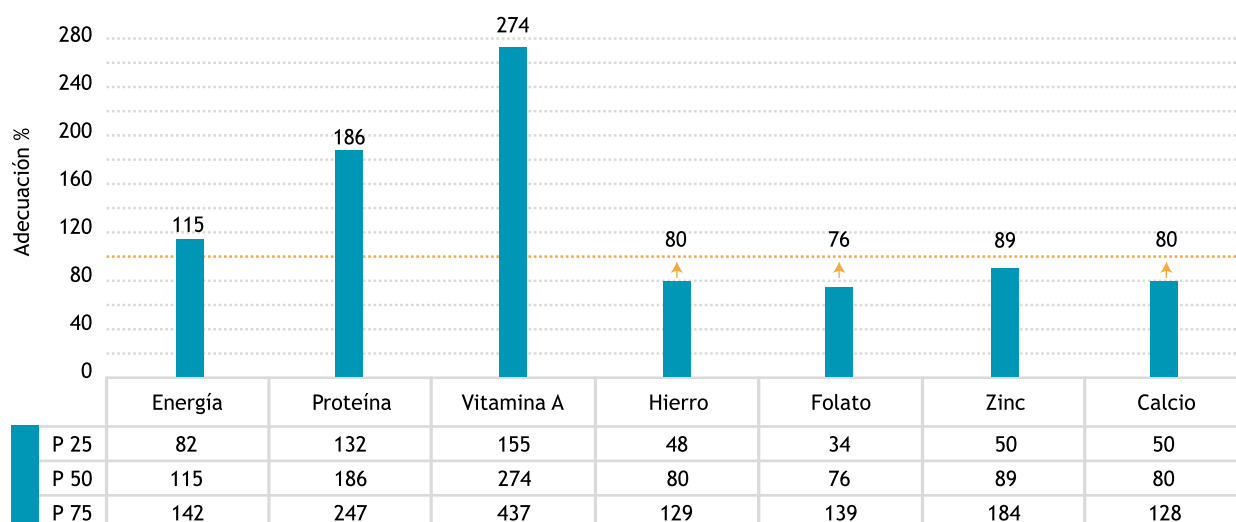
Fuente: Tomado de PMA, INCAP, CRS y UNICEF (2016)



Nota : para la adecuación de Zinc se considere el nivel medio de biodisponibilidad
¹(Dewey & Brown, 2003) ²(OMS/OSP, 2010)

Figura A.2: Adecuación y brecha nutricional de niños/as de 9 a 11 meses

Fuente: Tomado de PMA, INCAP, CRS y UNICEF (2016)

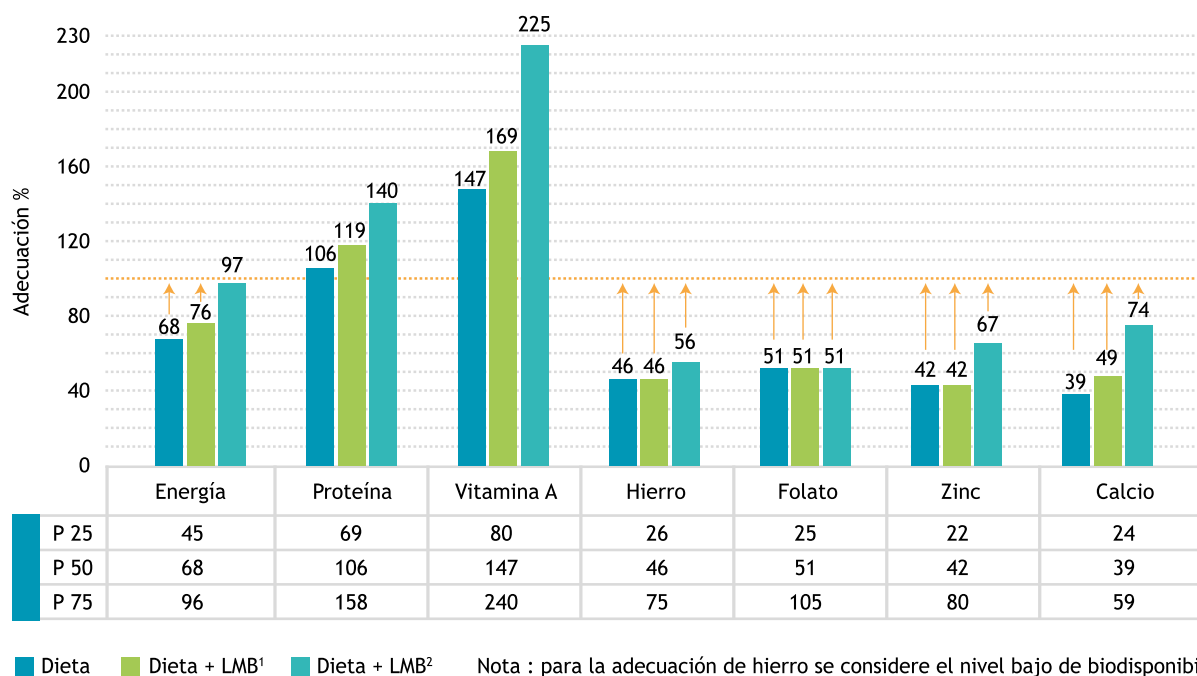


■ Dieta

Nota : para la adecuación de hierro se considere el nivel bajo de biodisponibilidad y para el Zinc se considere el nivel medio de biodisponibilidad
¹(Dewey & Brown, 2003) ²(OMS/OSP, 2010)

Figura A.3: Adecuación y brecha nutricional de niños/as de 12 a 23 meses no lactantes

Fuente: Tomado de PMA, INCAP, CRS y UNICEF (2016)



■ Dieta

■ Dieta + LMB¹

■ Dieta + LMB²

Nota : para la adecuación de hierro se considere el nivel bajo de biodisponibilidad y para el Zinc se considere el nivel medio de biodisponibilidad
¹(Dewey & Brown, 2003) ²(OMS/OSP, 2010)

Figura A.4: Adecuación y brecha nutricional de niños/as de 12 a 23 meses lactantes

Fuente: Tomado de PMA, INCAP, CRS y UNICEF (2016)

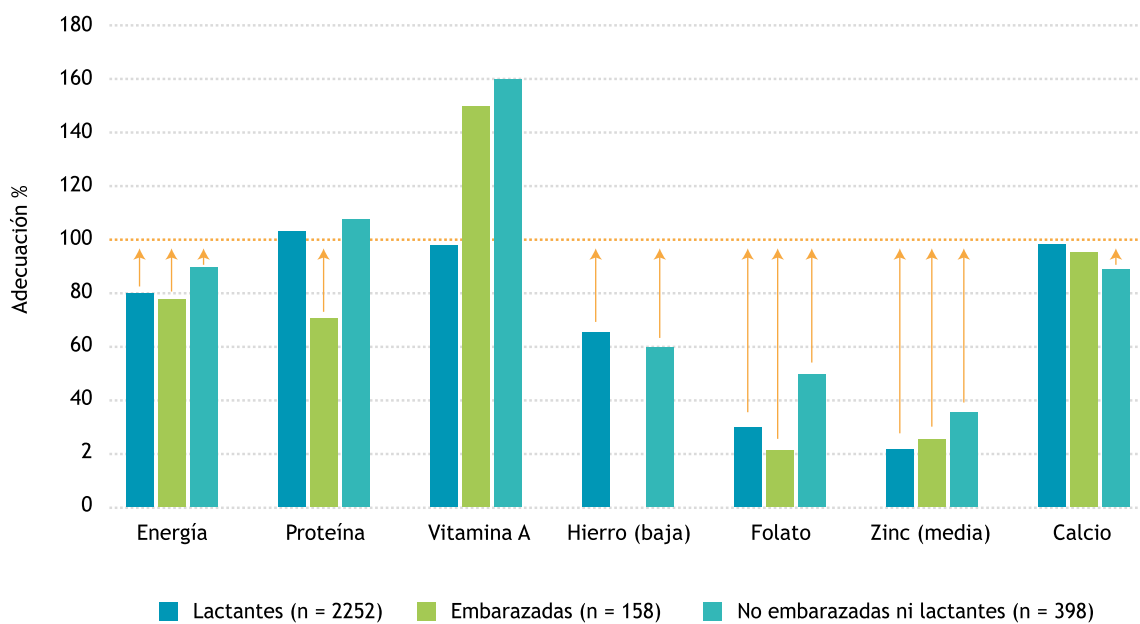


Figura A.5: Adecuación de nutrientes de las mujeres

Fuente: Tomado de PMA, INCAP, CRS y UNICEF (2016)

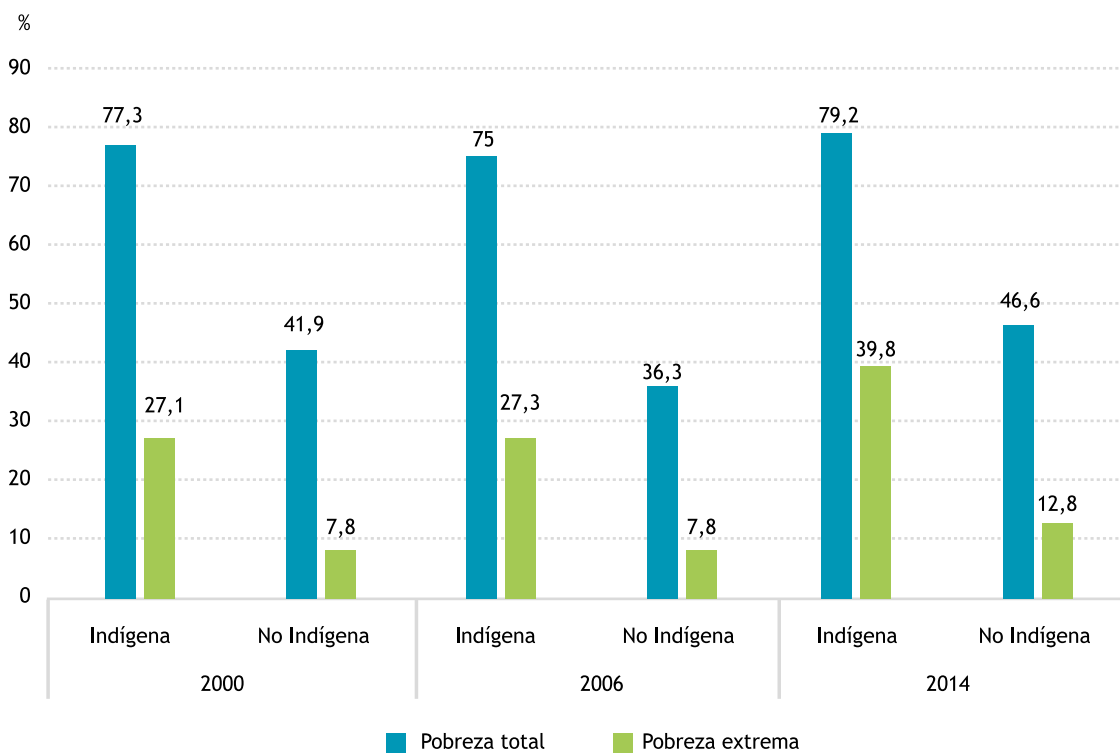


Figura A.6: Incidencia de pobreza total y pobreza extrema por etnicidad

Fuente: ENCOVI 2000, 2006 y 2014

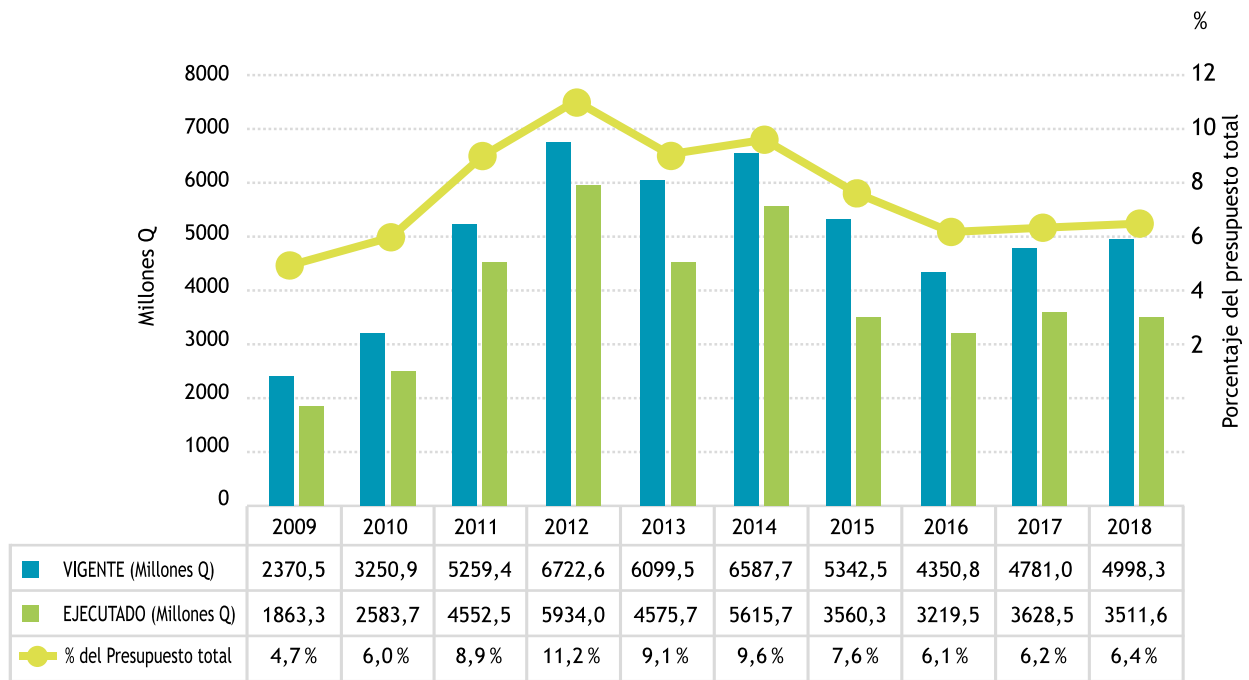


Figura A.7: POASAN: Presupuesto vigente, ejecutado y porcentaje del presupuesto total, 2009-2018

Fuente: Elaborado en base a datos de SICOIN y SESAN

EVOLUCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN GUATEMALA

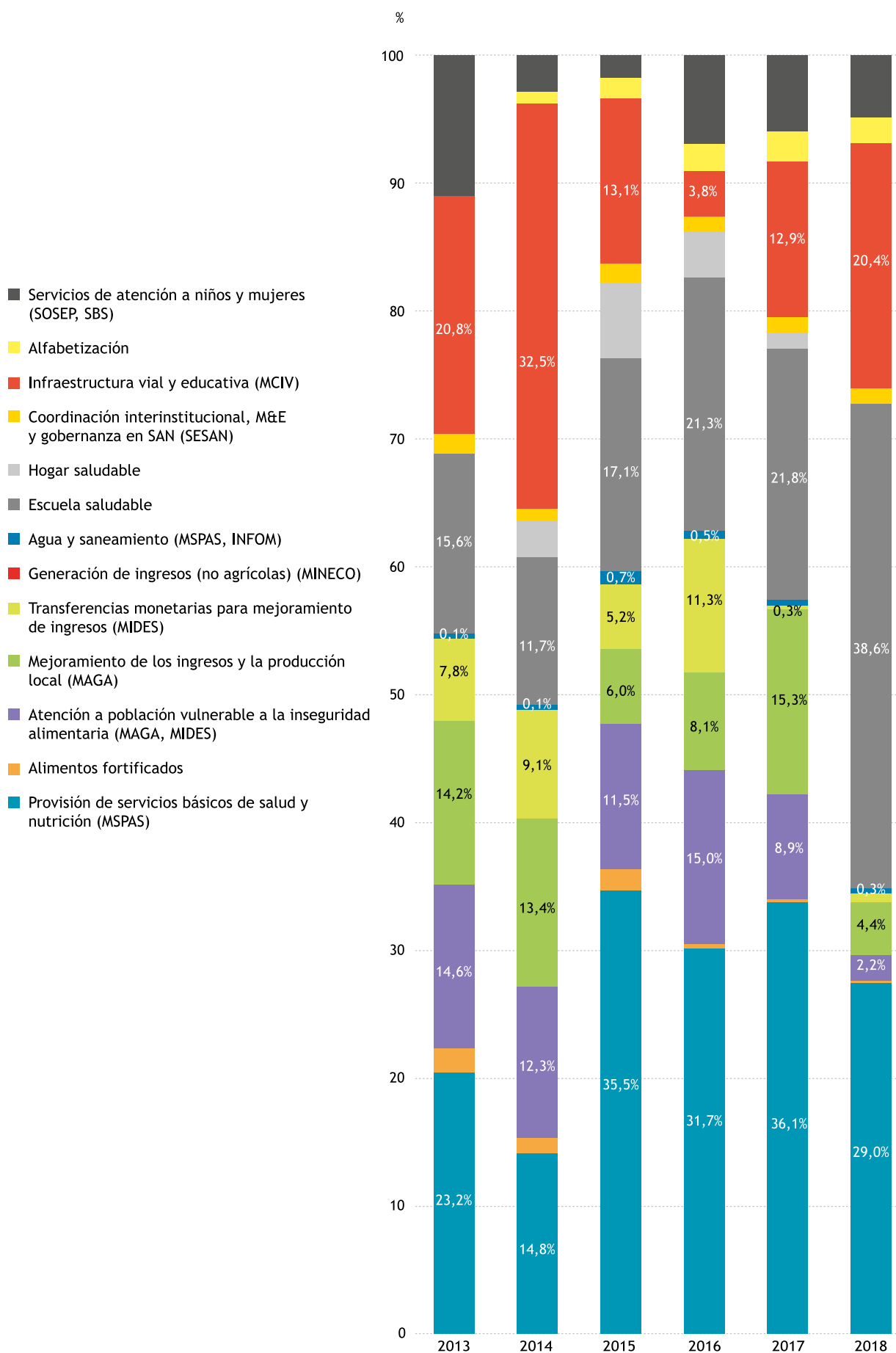


Figura A.8: Distribución del presupuesto ejecutado POASAN 2013-2018, por tipo de intervención

Fuente: Elaborado en base a datos de SICOIN y SESAN

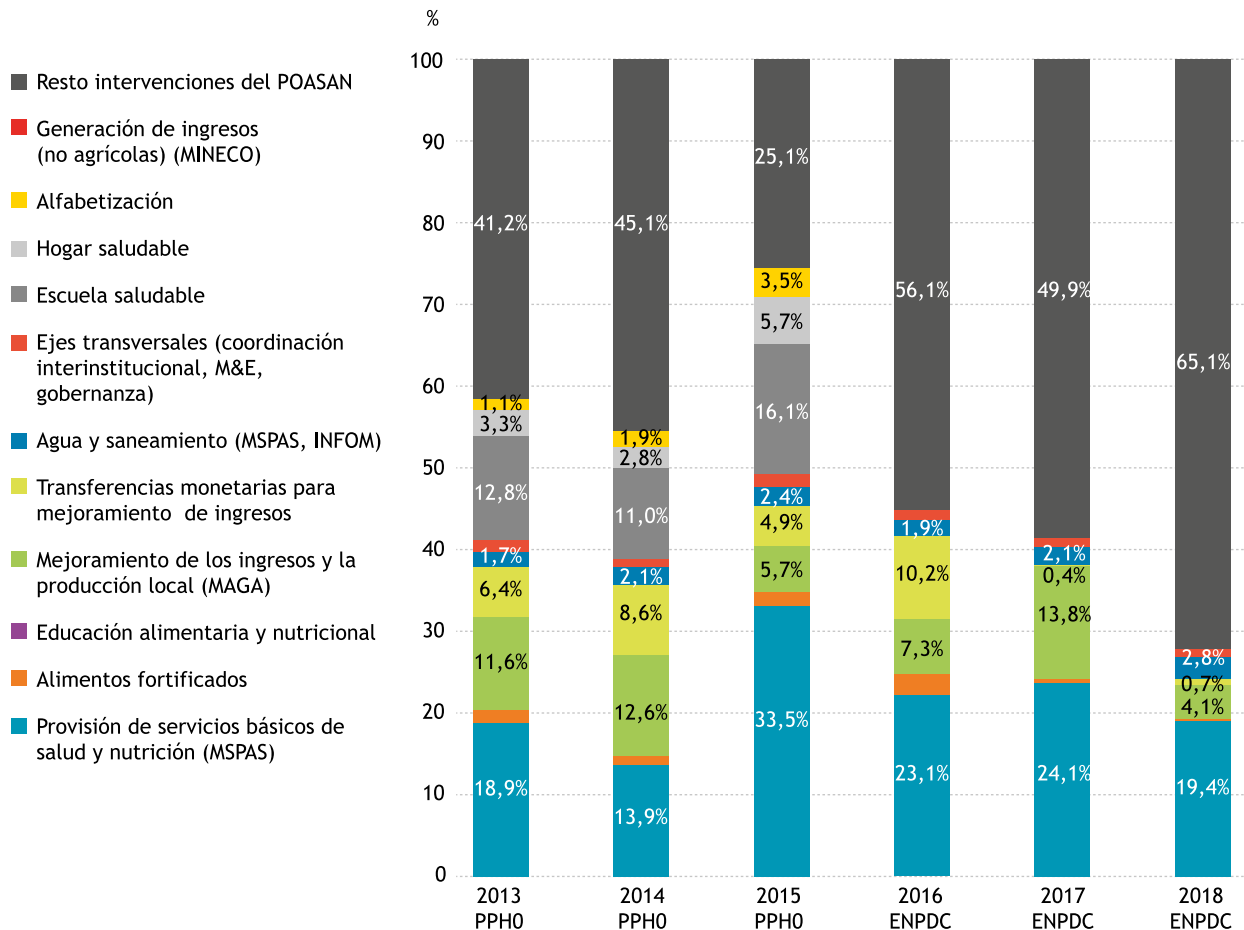


Figura A.9: Porcentaje de la inversión en los componentes de las estrategias de reducción de la desnutrición crónica como parte del POASAN 2013-2018 (% de presupuesto ejecutado) (incluyendo intervenciones de atención del parto y recién nacido en el componente de salud en 2016, 2017 y 2018)

Fuente: Elaborado en base a datos de SICOIN y SESAN

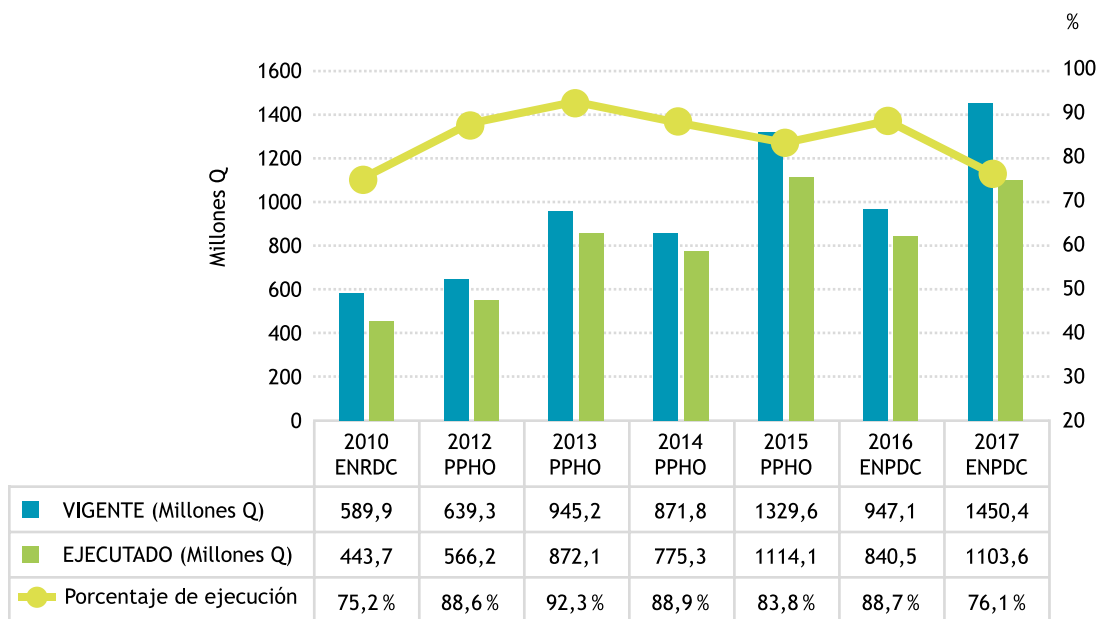


Figura A.10: Presupuesto vigente y devengado para el componente de servicios básicos de salud y nutrición, 2010-2017 (incluyendo intervenciones de atención del parto y recién nacido en el componente de salud en 2010, 2016 y 2017)

Fuente: Elaborado con datos de SICOIN y SESAN

Año	Presupuesto ejecutado componente servicios básicos de salud y nutrición (Millones Q)	Presupuesto ejecutado total MSPAS (Millones Q)	% destinado al componente servicios básicos de salud y nutrición
2012	566	4 227	13,4%
2013	872	4 935	17,7%
2014	775	5 066	15,3%
2015	1 114	5 512	20,2%
2016	840	5 931	14,2%
2017	1 104	5 940	18,6%

Cuadro A.1: Presupuesto ejecutado componente servicios de salud y nutrición y presupuesto total del MSPAS (incluyendo intervenciones de atención del parto y recién nacido en el componente de salud en 2016 y 2017)

Fuente: Elaborado con datos de SICOIN y SESAN

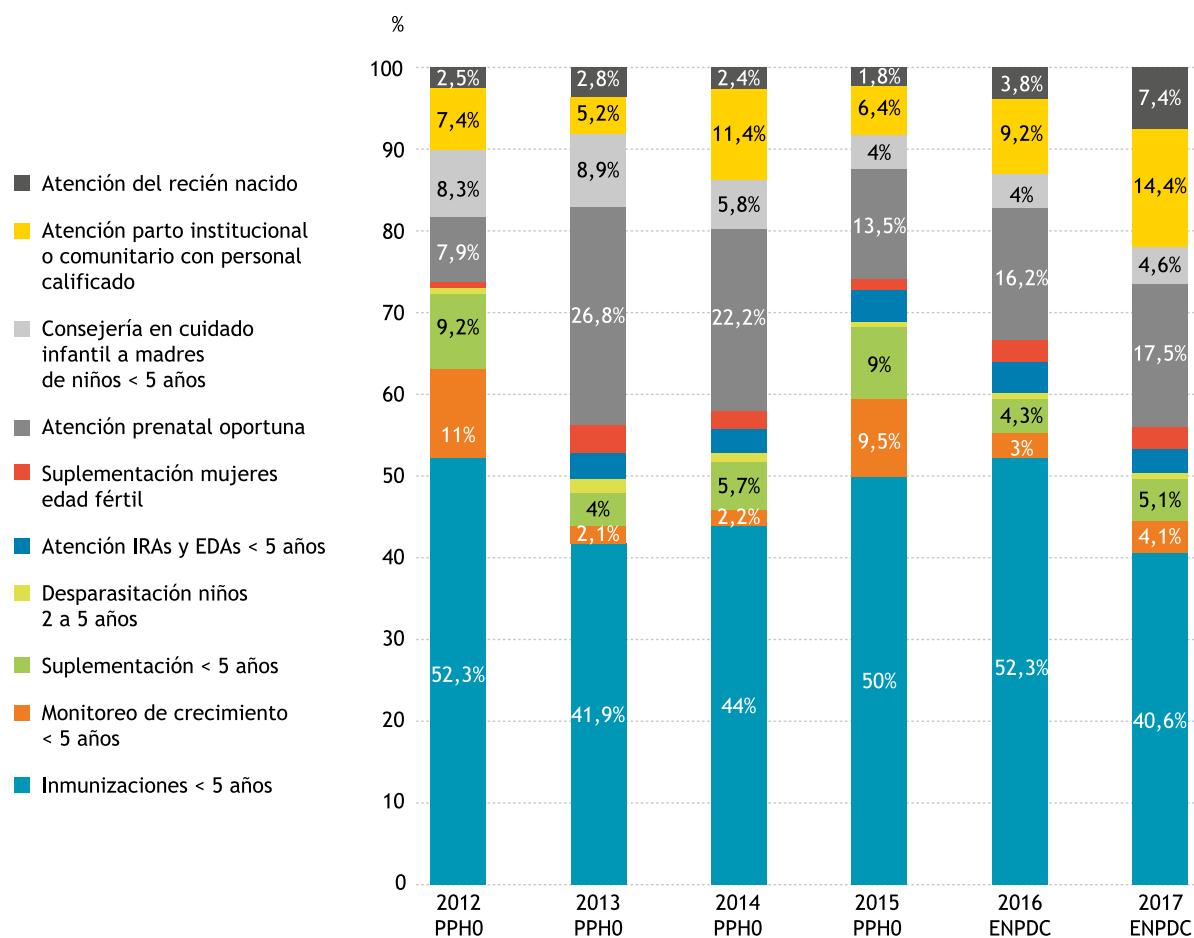


Figura A.11: Distribución del presupuesto ejecutado - componente servicios básicos de salud y nutrición período 2013-2017 (incluyendo intervenciones de atención del parto y recién nacido en el componente de salud en 2016 y 2017)

Fuente: elaborado en base a datos de SICOIN y SESAN



NiPN

Plataformas Nacionales
de Información sobre Nutrición

Resumen

El estudio sobre la evolución de las estrategias de reducción de la desnutrición crónica en Guatemala tiene el objetivo general de documentar y analizar el buen progreso de la implementación de la estrategia de prevención de la desnutrición crónica (ENPDC) 2016-2020 dentro del marco político más amplio.

De hecho, el estudio analiza - a base de datos cuantitativos ya disponible y de insumos cualitativos - los progresos del país para reducir la desnutrición crónica en relación con el cambio de enfoque de la ENPDC en contra de la evolución de las diferentes estrategias de nutrición multisectoriales, en los durante la última década. Con este estudio nacional se intenta capitalizar sobre los progresos pasados y lecciones aprendidas para mejorar el asesoramiento sobre la agenda de nutrición en Guatemala.

Varias lecciones se han extraer de los hallazgos y conclusiones del estudio, no solo sobre el diseño, el financiamiento, la ejecución financiera y la implementación de las diversas estrategias desde una perspectiva a largo plazo, sino también sobre los sistemas de monitoreo y la necesidad de contar con datos adecuados para poder documentar progresos y mejorar durante la implementación misma.

NIPN (Plataformas Nacionales de Información sobre nutrición) es una iniciativa de la Dirección General de Cooperación y Desarrollo de la Comisión Europea, también apoyada por el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido y la Fundación Bill y Melinda Gates.



BILL & MELINDA
GATES foundation

GSF-NIPN

Agropolis International
1000 avenue Agropolis
34394 Montpellier cedex 5
France

www.nipn-nutrition-platforms.org
gsf_nipn@agropolis.fr