

Instituto Nacional de Salud Pública



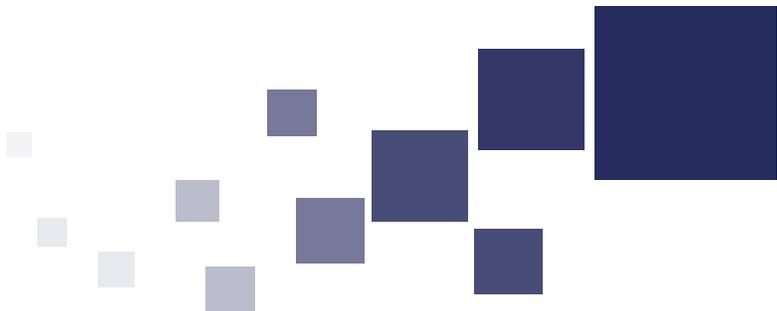
EVALUACIÓN DE DISEÑO

ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA

RESUMEN EJECUTIVO JUNIO 2019



2016 2020 GUATEMALA





Investigadores principales

Dra. Anabelle Bonvecchio Arenas (CINyS, INSP)

Dra. Mishel Unar Munguía (CINyS, INSP)

Mtra. Selene Pacheco Miranda (CINyS, INSP)

Dr. Juan Rivera Dommarco (Director General INSP)

Co-investigadores

Dra. Angela Carriedo Lützenkirchen (Asesora externa)

Dra. Mónica Mazariegos Posadas (Asesora externa)

Mtra. Ana Pérez Zaldívar (Asesora externa)

Mtra. Claudia Nieves (Asesora externa)

Mtra. Izchel Cossío Barroso (Asesora externa)

Equipo USAID

Vikki Stein

Héctor Romeo Menéndez

Baudilio López

Equipo USAID/MCSP

Maggie Fischer

Iván Mendoza

Ana María Rodas

Gabriela Mejicano

Justine Kavle

Lara Vaz

Patricia Welch

Esta evaluación fue posible gracias al generoso apoyo del pueblo estadounidense a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), bajo los términos del Acuerdo de Cooperación AID-OAA-A-14-00028. Los contenidos son responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente los puntos de vista de USAID o del Gobierno de los Estados Unidos.





Agradecimientos

- i. Al equipo de la SESAN liderado por el Secretario Lic. Juan Carlos Carías y la Subsecretaria Técnica Licda. Maira Ruano
- ii. A Mary McInerney, Directora de País y equipo de Save the Children
- iii. A los Actores clave que participaron en las entrevistas y grupos focales

Índice

1. Introducción	6
2. Metodología.....	7
3. Principales Resultados	8
Proceso de formulación, justificación y diseño	8
Contribución a metas y objetivos nacionales	9
Población objetivo, registro de beneficiarios y mecanismos de atención	9
Priorización de los departamentos y municipios en donde se implementó la Estrategia	10
Meta.....	10
Presupuesto.....	10
Monitoreo y evaluación	11
Resumen de análisis por ejes programáticos y transversales y sus intervenciones	11
Fortalezas y debilidades según los informantes claves.....	13
4. Conclusiones.....	14
5. Recomendaciones.....	15
6. Bibliografía	18

1

Introducción

Con el propósito de reducir las altas prevalencias de desnutrición crónica en niños menores de dos años en Guatemala, surge en el año 2016 la Estrategia Nacional para la Prevención de la Desnutrición Crónica (ENPDC). Esta Estrategia considera la intensificación de intervenciones de probada eficacia para la reducción de la desnutrición crónica.¹

El presente proyecto tiene como objetivo evaluar el diseño de la ENPDC 2016-2020 con la finalidad de proveer información que retroalimente su diseño y gestión y emitir recomendaciones que puedan ser consideradas durante el período de transición de Gobierno, para dar continuidad a los esfuerzos orientados a la disminución de la desnutrición crónica en niños menores de dos años en el país.

La evaluación se realizó a través de revisión documental y métodos cualitativos en el marco de cooperación entre los Gobiernos de Guatemala, México y los Estados Unidos a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y su proyecto de Supervivencia Materno Infantil (MCSP), en respuesta a solicitud de cooperación de la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

Esta evaluación se llevó a cabo durante los meses de marzo a junio 2019 por un grupo de investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de México, bajo el liderazgo de la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN) y el apoyo técnico y financiero de USAID a través del Proyecto MCSP.

Las recomendaciones derivadas permitirán la toma de decisiones basada en evidencia para la reorientación de la estrategia de combate a la desnutrición crónica.

2

Metodología

2.1 Análisis documental

El análisis documental se realizó usando el marco de referencia del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México (CONEVAL) para evaluaciones de diseño, basado en preguntas llamadas términos de referencias o TDR², previamente aprobado por USAID/MCSP y SESAN.

Se revisaron documentos normativos de la ENPDC, sistemas de monitoreo e información, planes estratégicos y operativos, otras evaluaciones de la ENPDC, el presupuesto de la ENPDC de 2016 a 2018 por Ministerios, otros programas de combate a desnutrición en México y Perú, y evidencia científica sobre la efectividad de las intervenciones para reducir desnutrición crónica.

2.2 Recolección de información con informantes clave

Del 6 al 22 de mayo del 2019 se realizaron entrevistas semiestructuradas (N=21) y grupos focales (N= 2) con informantes clave, con el propósito de complementar y fortalecer los resultados derivados del análisis documental.

Para las entrevistas semiestructuradas se hizo un mapeo de actores clave que participaron en el diseño o implementación de la ENPDC, representantes del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAGA), Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), la SESAN, sector privado, sociedad civil, academia y cooperantes. Para los grupos focales se convocaron a cooperantes y sector privado.

La información fue analizada considerando los principios de la teoría fundamentada de Glaser y Strauss (1967).³ Los datos se trabajaron con codificación abierta con apoyo del programa de análisis asistido NVivo 12. Se realizó triangulación de los datos derivados del análisis documental y de las entrevistas semiestructuradas y grupos focales.⁴ Fueron consideradas las opiniones de los informantes clave que eran consistentes entre varios actores, entre las técnicas de investigación cualitativa (entrevistas y grupos focales) o entre la revisión documental y la investigación cualitativa. Los resultados cualitativos reflejan la opinión de los actores claves participantes y no la del equipo evaluador.

La mayor parte de los informantes entrevistados trabajaban o habían trabajado en la SESAN durante el proceso de formulación de la ENPDC (n=6), en los Ministerios involucrados (n=4) o eran cooperantes (n=5). Los grupos focales estuvieron integrados por miembros de organismos cooperantes (n=8) o sector privado (n=4).

3

Principales Resultados

PROCESO DE FORMULACIÓN, JUSTIFICACIÓN Y DISEÑO

La formulación de la ENPDC estuvo a cargo de un Comisionado Presidencial y la SESAN a través de su Secretario. Se realizaron mesas de trabajo en las que fueron convocados actores con experiencia en el campo de la nutrición, seguridad alimentaria, agua, agricultura y cambios de comportamientos, pertenecientes a instituciones gubernamentales, academia, sociedad civil y algunos cooperantes, entre otros. Se integraron subcomisiones por cada mesa de trabajo.

La ENPDC identifica a la desnutrición crónica como un problema de salud pública en Guatemala, cuenta con un diagnóstico en el que describen las causas inmediatas y subyacentes, así como sus consecuencias con base en el marco conceptual de desnutrición del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)⁵ y de la Serie de Lancet 2013^{6,7}, identifica a la población potencial y prioriza geográficamente sus propuestas de acciones en siete departamentos con mayor prevalencia de desnutrición crónica. Cuenta con una justificación, basada en evidencia, que sustenta las intervenciones específicas en la ventana de los 1000 días⁷, un componente de educación para el cambio de comportamiento⁷ y las intervenciones sensibles a la nutrición, como apoyo a la agricultura familiar⁸ aumento del ingreso a través de transferencias monetarias^{9,10} y mejoramiento de la calidad del agua y saneamiento¹¹, que fueron diseñadas por expertos en el tema bajo un esquema participativo, incluyendo a actores no gubernamentales y contempla la implementación de forma intersectorial a través de varios ejes programáticos a cargo del MSPAS, MAGA, MIDES, la SESAN y las Municipalidades.

En cuanto a la incorporación de las recomendaciones que surgieron de la evaluación de impacto del Plan del Pacto Hambre Cero¹² en el diseño, no se abordaron a profundidad, para intensificar la entrega de las intervenciones y aumentar su efectividad para reducir desnutrición crónica, por varias razones: 1) la escala no se redujo lo suficiente en cuanto a porcentaje de municipios para mejorar la focalización (reducción de 16% de los municipios), 2) el diseño impide garantizar el paquete mínimo de cinco intervenciones a cada beneficiario debido a que las poblaciones objetivo no son coincidentes

entre ejes programáticos, 3) no se cuenta con un registro único de beneficiarios, 4) el sistema de monitoreo no se fortaleció lo suficiente y no cuenta con indicadores completos para todos los ejes de la Estrategia y 5) no contó con un mecanismo para fortalecer las capacidades institucionales para la ejecución de las intervenciones.

Tampoco se contempló en el diseño la estructura operativa de los ministerios, no existen manuales de implementación y no se especifica el rol de los consejos municipales y comunitarios. La Estrategia no cuenta con una Teoría del Cambio ni una matriz de marco lógico completa (por ejemplo, no se consideran resultados intermedios mediadores del impacto esperado), lo que dificulta la comprensión de cómo las intervenciones contribuyen a la reducción de la desnutrición crónica.

A pesar que los documentos mencionan que el diseño se realizó bajo un esquema participativo, los informantes refieren que las Organizaciones de la Sociedad Civil no tuvieron una participación muy activa durante los diferentes procesos de la ENPDC y la falta de incorporación de los grupos indígenas más allá de la Instancia de Consulta y Cooperación Social (INCOPAS).

Por último, el diseño favorece el abordaje de las causas específicas de la desnutrición, con menor enfoque en sus causas estructurales. Para un mejor combate a la desnutrición crónica, se requieren estrategias multisectoriales encaminadas a mejorar los determinantes sociales de la malnutrición, que permitan generar entornos favorecedores del crecimiento y nutrición de los niños, tales como educación, saneamiento e higiene, generación de empleos y combate a la pobreza.

CONTRIBUCIÓN A METAS Y OBJETIVOS NACIONALES

La ENPDC está vinculada de manera clara a los objetivos, metas y lineamientos del PND K áton: Nuestra Guatemala 2032¹³ y se alinea con tres de sus prioridades estratégicas. Además, los planes sectoriales se encuentran vinculados a la Estrategia, y en general, la política social de Guatemala establecida en PND K áton y en la Estrategia se vinculan con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas.¹⁴ Su objetivo general/propósito se vincula con 7 de los 17 ODS. Dichos hallazgos muestran congruencia en

la política pública establecida en la administración vigente y una coordinación sectorial para lograr las metas establecidas en el plan de gobierno.

POBLACIÓN OBJETIVO, REGISTRO DE BENEFICIARIOS Y MECANISMOS DE ATENCIÓN

No se cuantifica la población objetivo, ni la metodología y fuentes de información para definir elegibilidad. La información sobre la población atendida (metas físicas) por el MSPAS, MAGA y MIDES es reportada en los programas presupuestarios, pero se encuentra fragmentada y no permite conocer el número de intervenciones que recibe cada beneficiario de la ENPDC.

Hay inconsistencias en la definición de la población objetivo entre los ejes programáticos de la Estrategia. El MSPAS tiene como población objetivo a todos los niños/as menores de dos años, sus madres y mujeres embarazadas, el MIDES atiende niños/as menores de dos años en familias en pobreza y pobreza extrema y el MAGA atiende niños/as menores de dos años en familias con agricultores de infra y subsistencia, lo que impide que la totalidad de acciones se apliquen a una población objetivo claramente identificada. Además, no se definen los indicadores precisos que permitan identificar a las familias en pobreza ni a las familias con agricultura de infra y subsistencia. No existe un registro único de beneficiarios ni se definen las metas de cobertura anuales, a medio ni a largo plazo para ningún eje programático. Por lo tanto, no existe una estrategia de cobertura poblacional integrada para los distintos ejes programáticos y transversales y el mecanismo de focalización es débil.

Aunque existe un manual de implementación de los Centros Operativos de Análisis (COA)¹⁵, los criterios de elegibilidad de comunidades y beneficiarios/as establecidos no son públicos y son inconsistentes con la definición de población objetivo de la Estrategia. Se priorizan comunidades rurales de los siete departamentos prioritarios, pero se establecen criterios discrecionales o subjetivos para su selección como, por ejemplo, que no tengan antecedentes de conflictos, que tengan fácil acceso y que se puedan identificar líderes comunitarios. Además, el manual establece que solo se puede atender al 80% de las familias que reciben el MAGA en cada comunidad. Aunque se men-

Principales Resultados

ción que las familias serán convocadas mediante asambleas comunitarias, no existe un mecanismo sistematizado para su selección y un registro para recibir las intervenciones de la ENPDC. Esta falta de consistencia puede ser atribuida a que en el diseño de la Estrategia no se consideró la heterogeneidad en la forma en que operan los ministerios y las municipalidades a cargo de la implementación, lo que dificulta la toma de decisiones, la coordinación intersectorial, el flujo de la información y que las intervenciones lleguen de forma intensificada a la población objetivo.

PRIORIZACIÓN DE LOS DEPARTAMENTOS Y MUNICIPIOS EN DONDE SE IMPLEMENTÓ LA ESTRATEGIA

La priorización de departamentos se consideró adecuada por parte del equipo evaluador. En cuanto a los municipios, se considera que debió priorizarse en una primera etapa a los municipios rurales con mayor grado de pobreza y pobreza extrema. Después, incorporar municipios rurales en condiciones de pobreza de otros departamentos. Una vez que la ENPDC se consolide en municipios rurales, se recomienda llevar a una mayor escala e incluir hogares en situación de pobreza en áreas urbanas.

Hubo posiciones a favor y en contra de los criterios establecidos para la priorización de los departamentos y municipios. Algunos refirieron que debería implementarse en los 22 departamentos ya que la priorización deja fuera a parte de la población en condiciones similares lo que representa una falta a sus derechos humanos. Sin embargo, también reconocieron que, si la Estrategia fuera implementada en más departamentos no se contaría con la capacidad técnica, operativa y económica para su ejecución, situación a la que se enfrentaron durante la implementación de la ENPDC en los siete departamentos priorizados.

META

La meta fijada de reducir en 10 puntos porcentuales (pp) la desnutrición crónica en niños/as menores de dos años en el periodo 2016-2020, no está sustentada en el documento normativo y se considera poco probable de alcanzar, aún con intensificación en la entrega de intervenciones. El histórico de la

reducción de la desnutrición crónica en Guatemala ha sido de 0.5 pp anuales o, en el mejor de los escenarios, de 1 pp anual en el periodo 2002-2009.¹⁶

En países similares donde se han implementado intervenciones exitosas para reducir la desnutrición crónica en menores de cinco años, como en Perú, la prevalencia se redujo 1 pp anual entre el año 2000 y 2011¹⁷. En México, en el periodo entre 1999 y 2006 durante el cual se implementó el programa de transferencias condicionadas Progresá y posteriormente Oportunidades, la reducción en la desnutrición crónica en menores de cinco años en el quintil más pobre alcanzó 2.5 pp por año, mientras que a nivel nacional se redujo en 0.88 pp por año.¹⁸

Estimaciones realizadas por el equipo evaluador, con datos de desnutrición crónica en menores de cinco años en nueve países de Latinoamérica en los últimos 20 años¹⁹, incluyendo Guatemala, muestran que en niños menores de 2 años la desnutrición crónica se redujo en 0.50 pp/año y en niños < cinco años se redujo en 0.73 pp/año a nivel nacional y en zona rural 0.88 pp/año.

PRESUPUESTO

La Estrategia reporta sus metas físicas y financieras a través del Ministerio de Finanzas (MINFIN), y establece un proceso de auditoría social para acceder a la información de manera pública. Sin embargo, debido a que la Estrategia no identifica y cuantifica los costos en los que incurre para generar los bienes y servicios (intervenciones) entregadas a la población por los diferentes ministerios, no se puede determinar si el presupuesto es suficiente para cubrir a la población objetivo con todas las intervenciones.

Asimismo, con la información que tuvimos acceso se observó que la distribución del presupuesto del MSPAS y el MAGA entre 2016 y 2018 dentro de los siete departamentos no fue asignado en función del número de niños menores de 2 años con desnutrición crónica, por lo que hay posibles inequidades en dicha distribución, y posibilidades de mejorar la focalización de los recursos. También se encontró que en algunos departamentos el presupuesto por niño menores de 2 años fue más del doble respecto a otros departamentos prioritarios.

El presupuesto para el eje programático de “Agua y Saneamiento” y para la intervención de “transferencias condicionadas” (MIDES) solo se reporta a nivel nacional, lo que impide conocer su

distribución y nivel de ejecución en los departamentos prioritarios de la Estrategia.

Se encontró una baja ejecución presupuestaria de los ejes a cargo del MAGA y del Instituto de Fomento Municipal (INFOM), en especial en los departamentos con mayor prevalencia de desnutrición crónica. Durante el 2018, la ejecución del presupuesto del eje programático de “Disponibilidad y Economía Familiar” a cargo del MAGA fue muy bajo (< 1%), lo que implica que las intervenciones de este eje no se están otorgando a toda la población objetivo.

MONITOREO Y EVALUACIÓN

Aunque la ENPDC tiene un mecanismo de auditoría social, no cuenta con un sistema de monitoreo, no se establecen indicadores para todas las intervenciones implementadas y no cuenta con un sistema de registro único de beneficiarios vigente, que son mecanismos de transparencia y rendición de cuentas indispensable para fortalecer la gobernanza de Estrategia.²⁰

Asimismo, no cuenta con una matriz de indicadores para resultados (MIR), por lo que en el Anexo 11 del reporte en extenso se presenta una propuesta por parte del equipo evaluador. No se define un fin, entendido como el objetivo de desarrollo u objetivos estratégicos de nivel superior al que la Estrategia busca contribuir. La Estrategia define un propósito, pero, como ya se mencionó, se considera que la meta temporal no es realista de acuerdo a la información proporcionada.

Además, no cuenta con actividades específicas para producir sus componentes (intervenciones), hay insuficiente número de indicadores de componente y resultados intermedios, por ejemplo, no se describe la intervención de transferencia monetaria dentro del eje de “Disponibilidad y economía familiar” y sin embargo, se describen indicadores asociados a esta intervención. Un número importante de indicadores son imprecisos en su definición, solo el indicador de propósito define línea base y meta y no todos los indicadores propuestos son monitoreados.

RESUMEN DE ANÁLISIS POR EJES PROGRAMÁTICOS Y TRANSVERSALES Y SUS INTERVENCIONES

Eje programático: Primer Nivel de Atención

El eje de salud “Fortalecimiento del Primer Nivel de atención” tiene bajo su mandato el mayor número de intervenciones de la ENPDC, se centra principalmente, aunque no exclusivamente, en la Ventana de los 1000 días y está basado en evidencia científica.^{1,2} No se contempló en el documento normativo el nivel de cobertura inicial de las intervenciones específicas de nutrición. A pesar que se reconocen una serie de retos de financiamiento (recursos humanos, infraestructura), no se definió el mecanismo para mejorar la calidad de la prestación de los servicios. La ENPDC no especifica los protocolos de aplicación de las intervenciones.

Eje programático: Agua y saneamiento

Las intervenciones contempladas en este eje programático a cargo de las municipalidades están basadas en evidencia científica, consideradas como sensibles a la nutrición. No es clara la población objetivo ni la selección de las comunidades atendidas. No se definen claramente las atribuciones y recursos a cargo de las municipalidades, y no cuenta con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.

Los informantes expresaron, que si bien se realizó un manual en donde se indica la forma en que se debían ejecutar las intervenciones propuestas, este no se difundió, y tampoco se implementó. No existe una plataforma pública que permita conocer los avances de este eje.

Eje programático: Cambio de comportamiento

En el documento de la Estrategia no se detalla este componente, ni cuál es el ministerio o institución responsable de implementarlo, a pesar de que en la tabla de indicadores se refiere a la SESAN como el responsable de estos indicadores, y no contó con un presupuesto asignado. La justificación y selección de teorías de cambio de comportamiento es inconsistente y el modelo de cambio de comportamiento no se articula con el problema y ni con el abordaje de sus determinantes. No se especifica

Principales Resultados

cómo se articula con los demás ejes programáticos. Hay evidencia de trabajo de la subcomisión para este eje que no se refleja en el documento de la ENPDC. Por ejemplo, los informantes se refirieron a varias reuniones de planificación, que tuvieron como producto una estrategia innovadora, con un mapeo de actores, con mensajes y materiales recopilados de Organizaciones de la Sociedad Civil (ONG), organismos de la sociedad civil y pequeñas empresas, entre otros. Se identificaron iniciativas aisladas tales como la rueda de la salud o la manta de crecimiento, pero no una estrategia de comunicación integral. La falta de presupuesto, la falta de claridad sobre las instancias responsables de su coordinación e implementación y el hecho que el diseño estuvo en manos principalmente de un grupo de asesores que no estaban adscritos a las instituciones ejecutoras de la ENPDC, son las principales causas por las que los informantes consideran que este componente se quedó básicamente en fase piloto.

Eje programático: Disponibilidad y economía familiar

El MAGA es el principal responsable de la implementación de este eje. Las intervenciones que se incluyen son consideradas como sensibles a la nutrición y están basadas en evidencia científica.^{1,2} La evidencia sobre el impacto en el retraso en el crecimiento es limitada²¹; sin embargo, son intervenciones que pueden mejorar la diversidad dietética, ingesta de nutrientes, así como disminuir las prevalencias de anemia, siempre y cuando se implementen junto con acciones para mejorar la salud y para cambio de comportamiento. A pesar de ello, incluye intervenciones para las cuales no se cuenta con evidencia suficiente de su impacto en desenlaces relacionados con nutrición (por ejemplo, aumento de la capacidad de conserva de los alimentos, aumento de la productividad de granos básicos). No se describe la intervención de transferencia monetaria condicionada a cargo del MIDES, aunque se describen indicadores asociados a esta intervención. Las intervenciones no son dirigidas a toda la población objetivo de la ENPDC, sino únicamente a los niños y niñas en familias de agricultores. Según las entrevistas, se elaboró un plan de acción para instrumentar las intervenciones establecidas en el marco de la ENPDC. Sin embargo, este documento no es público.

Ejes transversales

Con respecto a los ejes transversales, los hallazgos señalan que por diseño: el eje de “Cambio de comportamiento institucional”, y de “Auditoría social” incorporan componentes necesarios para crear un ambiente propicio que apoye el compromiso político, la elaboración de normativas y la rendición de cuentas. Estos ejes se focalizan en la capacitación de los recursos humanos responsables de la ENPDC, y en la socialización de la Estrategia con el objeto de buscar alineación y apoyo en todos los niveles de tomadores de decisiones y técnicos asociados con la implementación.

El eje de “Gobernanza y Alianzas” incorpora las intervenciones necesarias pero no suficientes para garantizar la articulación de las acciones y facilitar el proceso de implementación de la ENPDC. La existencia de una Estrategia de Gobernanza de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) y su manual de implementación debería ser utilizado como hoja de ruta y servir de referencia para articular este eje. El rol de los COA y de la Comisión de Seguridad Alimentaria y Nutricional (COMUSAN) son muy parecidos sobre el papel.

El eje de “Sistema de información, monitoreo y evaluación” prioriza acciones de monitoreo a nivel descentralizado (“sala situacional”, “registro único de beneficiarios” y “el uso de tableros ejecutivos” por nivel) que se consideran clave para establecer una cultura de monitoreo a corto plazo, y el uso de la información para la toma de decisiones en el nivel departamental, municipal y comunitario. Las intervenciones de “Monitoreo específicos (“Monitoreo de las Acciones de la Ventana de los Mil Días (MONIMIL)/ Monitoreo de Seguridad Alimentaria Nutricional (MONISAN))” son acertadas para monitorear de manera agregada el comportamiento de los indicadores en todos los departamentos priorizados y analizar las tendencias de manera periódica. No obstante, se debe alinear este monitoreo con los indicadores de la ENPDC ya que, por ejemplo, los 21 indicadores de agua y saneamiento que se recogen en el MONISAN son a nivel de hogares mientras que los que monitorea la ENPDC son a nivel municipal y comunitario. La “Base de datos integrada” se debe fortalecer a partir de las herramientas existentes como el Sistema Integrado de Administración Financiera (SICOIN) para conseguir un sistema armonizado de seguimiento de todos los indicado-

res de la ENPDC en tiempo real. La “Gestión y presupuesto por resultados”, incluyendo información e indicadores de gestión, proceso-entradas, transformación de insumos y salidas-, avance financiero, es relevante para la toma de decisiones y la planificación física y financiera en todos los niveles. Por último, la evaluación de implementación e impacto es crítica para cuantificar el impacto de la ENPDC tras su periodo de vigencia; e incorporar las recomendaciones para el futuro.

FORTALEZAS Y DEBILIDADES SEGÚN LOS INFORMANTES CLAVES

Los informantes consideran que el diseño de la ENPDC es adecuado y tuvo los siguientes aspectos positivos: 1) basado en la evidencia científica, 2) retoma los resultados de la evaluación realizada al Pacto Hambre Cero y lecciones aprendidas de otras estrategias, y 3) intensifica las intervenciones de probada efectividad, 4) Involucra a las instituciones responsables de ejecutar acciones, 5) las líneas y estrategias cuentan con un abordaje intersectorial y vienen desde el nivel central de gobierno y 6) cuenta con el apoyo de organismos internacionales y cooperantes.

Algunas de las debilidades en el diseño referidos por los informantes clave fueron: 1) meta difícil de alcanzar, 2) falta de involucramiento de los ministerios particularmente el MSPAS, 3) falta de representatividad de las autoridades locales y representantes de la población indígena, 4) falta de una proyección adecuada de los recursos necesarios para implementar las intervenciones, 5) falta de adaptación a los contextos locales y a la estructura operativa de los instancias responsables de la implementación, 6) falta de un piloto antes de su implementación, 7) la socialización de la ENPDC fue principalmente informativa y con énfasis en el nivel departamental, 8) falta de seguimiento, coordinación y voluntad política para dotar los recursos para la estrategia, 9) falta de un manual operativo que facilite la implementación y 10) información desagregada a nivel de ministerio, sin acceso público.

4

Conclusiones

1. La Estrategia cuenta con un gran número de fortalezas en su diseño, entre ellas:
 - a. Prioriza geográficamente en siete departamentos con mayor prevalencia de desnutrición crónica.
 - b. Incluye intervenciones específicas y sensibles a la nutrición.
 - c. Ejes diseñados por expertos en el tema, incluyendo a actores no gubernamentales.
 - d. Intersectorial: ejes programáticos a cargo del MSPAS, MAGA, MIDES, SESAN y Municipalidades.
 - e. Se vincula de manera clara a los objetivos, metas y lineamientos del PND K á tun: Nuestra Guatemala 2032 y se alinea con tres de sus prioridades estratégicas.
 - f. Se vincula con los planes sectoriales y con los ODS de las Naciones Unidas.
 - g. Tiene congruencia con la política pública establecida en la administración vigente.
2. La ENPDC tiene el potencial para enfrentar y reducir la desnutrición crónica, por lo tanto se sugiere su continuación, previa mejora de su diseño conforme a las recomendaciones de ésta y otras evaluaciones realizadas.
3. Se recomienda a la próxima administración:
 - a. Posicionar el combate a la desnutrición crónica como una prioridad política y que incorpore los resultados y lecciones aprendidas en ésta y otras evaluaciones y estudios disponibles, para retroalimentar la ENPDC y garantizar un diseño robusto.
 - b. Asegurar que la ENPDC cuente con la presencia, liderazgo e involucramiento decidido del poder ejecutivo (presidencia/vicepresidencia) y de los diferentes niveles de las instancias involucradas.
 - c. Alinear los Planes Estratégicos Sectoriales para que estén vinculados al propósito y metas de la ENPDC, asegurando los recursos necesarios.
 - d. Coordinación sectorial para lograr las metas establecidas.
 - e. Reforzar el compromiso político para la implementación de estrategias multisectoriales encaminadas a mejorar los determinantes sociales de la malnutrición, que permitan generar entornos favorecedores del crecimiento y nutrición de los niños.
 - f. Fortalecer acciones para mejorar determinantes económicos y sociales: educación, reducción de la pobreza, generación de empleos, mitigación de cambio climático, prevención de embarazo en adolescentes.

5

Recomendaciones

Se sugiere revisar las recomendaciones del equipo evaluador en el informe en extenso. En este resumen solo se presentan las que se consideran que pueden priorizarse al corto plazo:

1. Realizar una campaña de sensibilización sobre el problema de desnutrición crónica a todos los niveles, para asegurar que la reducción de la desnutrición crónica sea prioridad de país y que tenga continuidad y un horizonte temporal por lo menos dos períodos de gobierno.
2. Plantear una meta de país para la disminución de la desnutrición crónica en < cinco años a la que todos los sectores se sumen para su cumplimiento. Se propone una meta conservadora de siete puntos porcentuales en < cinco años en los siguientes dos periodos presidenciales.
3. Priorizar dentro de los siete departamentos con altas prevalencias de desnutrición crónica que forman parte de la ENPDC, a todos los municipios rurales con mayor grado de pobreza y pobreza extrema en todos los hogares con niños menores de 2 años y mujeres embarazadas.
4. Armonizar la definición, cuantificación y selección de la población objetivo de la Estrategia en sus ejes programáticos para asegurar la confluencia de todas las acciones (aunque algunas acciones pueden ser de cobertura universal, como son las intervenciones del MSPAS en los primeros 1000 días). Acelerar el diseño y utilización de un registro único de beneficiarios interinstitucional.
5. Asegurar el fortalecimiento de la capacidad institucional de los ministerios, departamentos, municipios y programas para implementar la ENPDC, según planeado.
6. Asegurar la complementariedad de las intervenciones y que en la población objetivo confluyan por lo menos cinco intervenciones específicas y sensibles a la nutrición. Se recomienda el siguiente paquete intensificado de acciones:
 - a) Suplementación (además de las otras estrategias de atención primaria)
 - Continuar con hierro y ácido fólico a mujeres embarazadas.
 - Niños < dos años: Alimento complementario fortificado y culturalmente pertinente para los niños (de ser factible en términos de costos). Si no fuera factible, continuar con la fortificación casera

Recomendaciones

- (chispitas) y garantizar la ampliación de cobertura.
- B) Estrategias de cambio de comportamientos: basadas en el contexto y abordaje de las principales barreras que enfrenta la población objetivo y con mensajes consistentes a través de medios de comunicación preferidos por las madres para promover las acciones claves de los diversos ejes programáticos, entre ellos: promoción de lactancia materna, alimentación complementaria, uso esquema de suplementación, lavado de manos, consumo de alimentos de origen animal (por ejemplo, huevo), empoderamiento, entre otros temas claves.
- C) Provisión de agua y saneamiento: garantizar el acceso a agua segura en el hogar.
- D) Intervenciones del componente de agricultura familiar:
- Disminuir el número de acciones de agricultura familiar y priorizar las vinculadas con el incremento en la disponibilidad y consumo de alimentos de origen animal y alimentos ricos en micronutrientes.
 - En todas las familias beneficiarias de este grupo prioritario.
- E) Transferencias monetarias condicionadas con énfasis en salud.
- Corresponsabilidades: asistencia a controles de salud y actividades para el cambio de comportamientos en salud, nutrición e higiene.
7. Establecer reglas de operación claras y específicas para todos los ejes programáticos y transversales, plasmadas en un manual operativo que permita estandarizar los procedimientos para otorgar los bienes y servicios (intervenciones) a los beneficiarios.
8. Asegurar el financiamiento público para la ejecución de la ENPDC, incluyendo la asignación presupuestaria para garantizar la implementación con la calidad y cobertura deseada.
9. Redistribuir el presupuesto disponible dentro de los siete departamentos prioritarios para la ENPDC, reasignando mayor porcentaje hacia los departamentos con mayor población menores de 2 años con desnutrición crónica, para aumentar la equidad en la distribución.
10. Reorganización de los Ejes programáticos y transversales:
- a. Considerar a las transferencias monetarias condicionadas como un eje programático de la ENPDC, que se encuentre cargo del MIDES, con la descripción clara de las corresponsabilidades de los beneficiarios y en alineación con las intervenciones de los otros ejes.
 - b. Incorporar el eje transversal de cambio de comportamiento institucional al eje programático de “Educación para el cambio de comportamiento.”
 - c. Reducir los ejes transversales de la Estrategia a dos: 1) Gobernanza y alianzas y 2) Sistema de información, monitoreo y evaluación (se anexa una propuesta en la MIR para la ENPDC).

RECOMENDACIONES PRIORITARIAS POR EJE PROGRAMÁTICO ATENCIÓN PRIMARIA (MSPAS)

1. Ampliar la cobertura, mejorar la plataforma y la calidad de los servicios del primer nivel de atención (de carácter universal para todos los niños). Asegurar que las acciones específicas de nutrición a cargo del MSPAS lleguen a toda la población objetivo de la ENPDC.
2. Garantizar la capacitación de los médicos, enfermeras, extramuros, voluntarios y demás actores involucrados, que permita generar las competencias para la adecuada implementación de la ENPDC.
3. Fortalecer las acciones e Incorporar objetivos de comportamientos específicos para lactancia materna, alimentación complementaria, anemia y uso de suplementos, uso de desparasitación, control de peso, ganancia adecuada de peso y alimentación saludable durante el embarazo, entre otros temas prioritarios. Incluir acciones para el abordaje de la doble carga de la malnutrición.

DISPONIBILIDAD Y ECONOMÍA FAMILIAR (MAGA)

1. Disminuir el número de intervenciones. Dar prioridad a aumentar la disponibilidad y consumo de alimentos de origen animal, principalmente huevo, y aumentar la diversidad y calidad de la dieta.
2. Ampliar la cobertura de estas intervenciones para que lleguen a toda la población objetivo de la ENPDC.
3. Garantizar capacitación de los extramuros, voluntarios y demás actores involucrados, que permita generar las competencias para la adecuada implementación de la ENPDC.

AGUA Y SANEAMIENTO (INFOM/MUNICIPALIDADES)

1. Establecer con claridad las atribuciones, recursos, rendición de cuentas y el rol de las municipalidades en la implementación de este eje.
2. Definir claramente la población objetivo y los criterios de selección que se alinee con la ENPDC
3. Asegurar la reactivación de los sistemas existentes para el abastecimiento de agua potable, así como la vigilancia y tratamiento del agua.

CAMBIO DE COMPORTAMIENTO

1. Definir la institución responsable de este eje programático.
2. Realizar un análisis crítico del componente de cambios de comportamientos (a partir del trabajo ya realizado por la subcomisión). Diseñar la estrategia de cambios de comportamiento integral (para toda la ENPDC), con la participación de los ministerios ejecutores y los expertos en el tema, con objetivos claramente establecidos y consistentes a través de los diferentes ejes programáticos.
3. Diseñar las estrategias de capacitación y cambio de comportamientos específicas para cada eje programático, en coordinación con la SESAN y los ministerios ejecutores, consistente con la estrategia integral para toda la ENPDC y a partir de un diagnóstico robusto,

que contemple el contexto y la estructura de cada ministerio y las necesidades, preferencias y cosmovisión de la población objetivo y que sea culturalmente pertinente.

GOBERNANZA

1. Aclarar y fortalecer el rol de las municipalidades, COMUSANES, COCOSANES, COMUDES y COCODES.
2. Fortalecer y promover la gobernanza y la rendición de cuentas considerando los principios de buena gobernanza (Ej. tener una visión estratégica, contar con la participación y consenso de los actores clave).

MONITOREO Y EVALUACIÓN

1. Fortalecer el sistema de monitoreo y evaluación de la ENPDC. Conjuntar los esfuerzos realizados a través del MONIMIL y el MONISAN para monitorear la ENPDC, incluir indicadores de actividades, implementación y resultados intermedios, así como el seguimiento de la entrega de intervenciones tanto a nivel comunitario (para el eje de “Agua y saneamiento”) como a nivel del hogar e individual (para los otros ejes programáticos), que permita verificar si los individuos reciben las cinco intervenciones recomendadas.
2. Realizar una evaluación de implementación, y de ser posible una evaluación de impacto para medir el efecto de la ENPDC tras su periodo de vigencia, lo cual permitirá retroalimentar la ENPDC para mejorar su desempeño, así como contribuir con la rendición de cuentas hacia la sociedad.

6

Bibliografía

1. Estrategia Nacional para la Prevención de Desnutrición Crónica 2016-2020. Comisión Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica. <http://www.sesan.gob.gt/wordpress/wp-content/uploads/2017/07/Estrategia-para-la-Prevencion-de-la-Desnutricion-Cronica.pdf>.
2. CONEVAL. Evaluación de diseño. Términos de Referencia. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/MDE/Paginas/Evaluaciones_Dise-no.aspx. Accessed December 2, 2018.
3. Strauss, A.L. y Corbin, J.(2002). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín, Universidad de Antioquía.
4. Denzin, N. K. (1978). Strategies of multiple triangulation. In N. K. Denzin (Ed.), *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. (pp.). Chicago, IL: Aldine. 12.- Flick, U. (2002). *An introduction to qualitative research (2nd ed.)*. .
5. Unicef. 2013. *Mejorar la nutrición infantil, el imperativo para el progreso mundial que es posible lograr*. New York, EE. UU.
6. Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, et al. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *Lancet*. 2013;382(9890):452-477. doi:10.1016/s0140-6736(13)60996-4
7. Black RE, Victora CG, Walker SP, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2013;382(9890):427-451.
8. Ruel MT, Quisumbing AR, Balagamwala M. Nutrition-sensitive agriculture: What have we learned so far? *Glob Food Sec*. 2018;17:128-153.
9. Segura-Pérez S, Grajeda R, Perez-Escamilla R. Conditional cash transfer programs and the health and nutrition of Latin American children. *Rev Panam Salud Pública*. 2016;40(2):124-137.
10. Skoufias E, Unar M, Gonzalez de Cossio T. The poverty impacts of cash and in-kind transfers: experimental evidence from rural Mexico. *J Dev Eff*. 2013;5(4):401-429. doi:10.1080/19439342.2013.843578
11. Cunningham K, Ferguson E, Ruel M, et al. Water, sanitation, and hygiene practices mediate the association between women's empower-

- ment and child length-for-age z-scores in Nepal. *Matern Child Nutr.* 2018:e12638. doi:10.1111/mcn.12638
12. International Food Policy Research Institute (IFPRI). INFORME FINAL DE EVALUACIÓN DE IMPACTO DEL PLAN DEL PACTO HAMBRE CERO.
 13. Guatemala. Consejo Nacional de Desarrollo Urbano y Rural. Plan Nacional de Desarrollo K'atun: nuestra Guatemala 2032. Guatemala: Conadur/Segeplán 2014. Política Nacional de Desarrollo K'atun: nuestra Guatemala 2032. http://www.segeplan.gob.gt/downloads/2015/SPOT/Mandatos_y_Normativas/PoliticasyPolitica_Nacional_de_Desarrollo.pdf. Accessed March 5, 2019.
 14. Programa Nacional de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo Sostenible. <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>. Accessed June 4, 2019.
 15. Centro Operativo de Análisis COA, Manual de Implementación. Estrategia Nacional para la Prevención de la Desnutrición Crónica 2016-2020. Guatemala, febrero de 2017.
 16. Martorell R. Intervenciones y opciones de políticas para combatir la desnutrición en Guatemala. Banco Interamericano del Desarrollo Washington USA. 2012.
 17. Sobrino M, Gutiérrez C, Cunha AJ, Dávila M, Alarcón J. Desnutrición infantil en menores de cinco años en Perú: tendencias y factores determinantes. *Rev Panam salud pública.* 2014;35:104-112.
 18. Rivera-Dommarco JÁ, Cuevas-Nasu L, González de Cosío T, Shamah-Levy T, García-Feregrino R. Desnutrición crónica en México en el último cuarto de siglo: análisis de cuatro encuestas nacionales. *Salud Publica Mex.* 2013;55:S161-S169.
 19. UNICEF. Expanded Global Databases Stunting. 2019. <https://data.unicef.org/resources/dataset/malnutrition-data/>.
 20. Siddiqi S, Masud TI, Nishtar S, et al. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance. *Health Policy (New York).* 2009;90(1):13-25.
 21. Ruel MT, Alderman H, Group M and CNS. Nutrition-sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition? *Lancet.* 2013;382(9891):536-551.

2016
2020
GUATEMALA

