



ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA

PREVENCIÓN

DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA
2016 - 2020

GUATEMALA, 2016

ÍNDICE

4



Introducción

24



Estrategia para la
prevención de la desnutrición crónica

6



Marco referencial

48



Anexos

10



Antecedentes

52



Abreviaturas, siglas y acrónimos

16



Justificación

Fotografía: Pedro Agustín, Walter Albillo y David Alejandro Pocop.

Diseño y diagramación: Juan Carlos Romero, Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

© Comisión Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica

2016.



INTRODUCCIÓN

La desnutrición crónica que afecta a la población menor de cinco años, es una de las principales manifestaciones de la inseguridad alimentaria y nutricional en Guatemala. Afecta la capacidad intelectual y cognitiva del niño o la niña, y disminuye su rendimiento escolar; en consecuencia, limita su capacidad de convertirse en un adulto para contribuir al desarrollo del país. Por lo tanto, se deben concentrar los esfuerzos en la reducción de este problema, para contribuir a través de la inversión pública en el capital humano y el desarrollo económico y social de Guatemala.

Una de las prioridades de la Política General 2016-2020 del presidente Jimmy Morales, es la reducción de la desnutrición crónica en 10 puntos porcentuales en niños menores de dos años, con prioridad en la niñez indígena y de áreas rurales. Para alcanzar este resultado se diseñó la Estrategia Nacional para la Prevención de la Desnutrición Crónica -Estrategia-, 2016-2020. Además, con el fin de agilizar el logro de este objetivo, se creó la Comisión Presidencial para la Reducción de la Desnutrición Crónica, para asesorar al señor presidente y promover el objetivo de reducir la desnutrición crónica.

Es importante mencionar que en el diseño de la Estrategia se tomaron en cuenta aspectos positivos de experiencias que se han desarrollado a nivel nacional e internacional en materia de reducción de la desnutrición crónica infantil. En el ámbito nacional, se tomaron en cuenta los resultados de la evaluación de impacto del Plan del Pacto Hambre Cero, realizada por el Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias -IFPRI-.

La implementación de la Estrategia es un reto para todos. La Estrategia está fundamentada en el que hacer de las instituciones del gobierno, la sociedad civil y la cooperación nacional e internacional. Sin embargo, se requiere el rol protagónico de los gobiernos municipales, representados en la autoridad del alcalde municipal, y la fortaleza de los consejos de desarrollo, en donde convergen las fuerzas vivas del país.



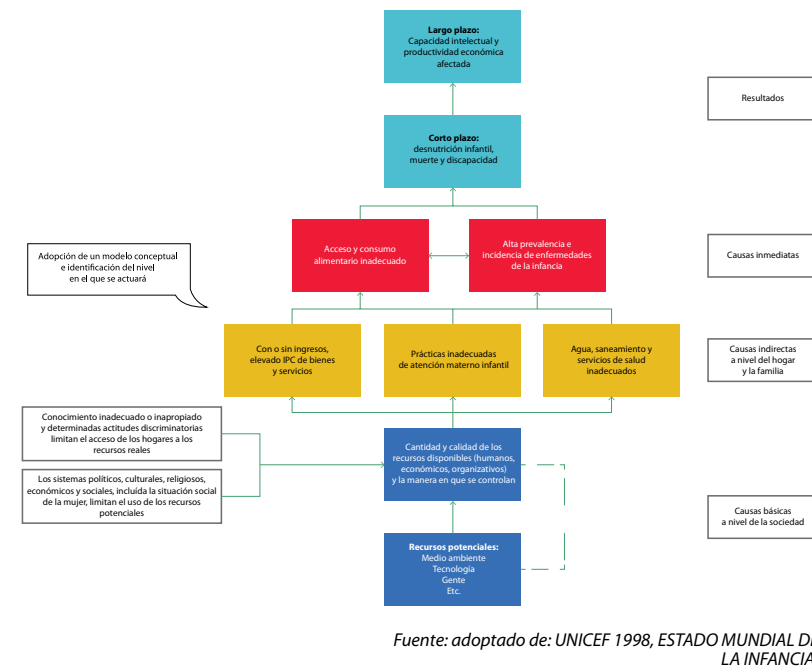
MARCO
REFERENCIAL

MODELO CONCEPTUAL DE CAUSAS DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL

En el marco de la Gestión por Resultados -GpR-, el Gobierno de Guatemala adoptó el modelo conceptual establecido en 1990 por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia -UNICEF-, para analizar las causas y consecuencias de la desnutrición infantil (Figura 1).

Este modelo revela que las causas de la desnutrición son multisectoriales y abarcan la alimentación, salud y prácticas de atención. Estas causas se pueden clasificar como inmediatas (a nivel individual), indirectas (a nivel del hogar y la familia) y básicas (a nivel de la sociedad), de tal modo que los factores a un nivel influyen sobre otros niveles. A corto plazo la desnutrición infantil provoca muerte y discapacidad, y a largo plazo, afecta la capacidad intelectual, la productividad y la economía del país.¹

Figura 1
Modelo conceptual



1. UNICEF. El estado mundial de la infancia 1988.

MARCO LEGAL Y NORMATIVO

Marco legal y normativo nacional

En el artículo 1 de la Constitución Política de la República de Guatemala se establece que: “El Estado de Guatemala se organiza para proteger a la persona y a la familia; su fin supremo es la realización del bien común”. Además, el artículo 2 establece que: “Es deber del Estado garantizarle a los habitantes de la República, la vida, la libertad, la justicia, la seguridad, la paz y el desarrollo integral de la persona”.

Basado en el artículo 2 de la Constitución Política de la República de Guatemala, surgió la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional -PSAN-. El propósito de esta política, es proporcionar un marco estratégico coordinado y articulado por el sector público, la sociedad civil y los organismos de cooperación internacional, que permita garantizar la seguridad alimentaria y nutricional de la población; contribuir al desarrollo humano, sostenible, y el crecimiento económico y social de Guatemala.

En el año 2005 se aprobó la Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional -SINASAN- mediante el Decreto Número 32-2005, que define la Seguridad Alimentaria y Nutricional -SAN- como: “el derecho de toda persona a tener acceso físico, económico y social, oportuna y permanentemente, a una alimentación adecuada en cantidad y calidad, con pertinencia cultural, preferiblemente de origen nacional, así como a su adecuado aprovechamiento biológico, para mantener una vida saludable y activa”. Además, se creó el SINASAN, con el objetivo de “establecer y mantener, en el contexto de la PSAN, un marco institucional estratégico de organización y coordinación para priorizar, jerarquizar, armonizar, diseñar y ejecutar acciones de SAN”.

En el año 2006 a través del Acuerdo Gubernativo 75-2006, fue aprobado el Reglamento de la Ley del SINASAN, el cual tiene por objeto: “establecer los procedimientos que permitan desarrollar las disposiciones establecidas en la Ley del SINASAN.”

2. Acuerdo Gubernativo No. 45-2016, Guatemala, febrero de 2016.

Marco normativo de la Comisión Presidencial para la Reducción de la Desnutrición Crónica

A través del Acuerdo Gubernativo 45-2016², se creó la Comisión Presidencial para la Reducción de la Desnutrición Crónica, la cual depende directamente de la Presidencia de la República. La Comisión está conformada por: el Secretario de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia de la República, quien la preside y convocará a los integrantes; el Ministro de Agricultura, Ganadería y Alimentación; el Ministro de Ambiente y Recursos Naturales; el Ministro de Desarrollo Social; el Ministro de Economía; el Ministro de Finanzas Públicas; el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social; el Secretario de Planificación y Programación de la Presidencia de la República; y un ciudadano notable, designado por el Presidente de la República.

La Comisión tiene las siguientes atribuciones:

- Asesorar a la Presidencia de la República en la elaboración y seguimiento de estrategias de gobierno enfocadas a reducir significativamente la desnutrición crónica en Guatemala.
- Promover, crear y fortalecer en coordinación con la sociedad civil y las instituciones responsables a nivel central, departamental y municipal, para lograr el objetivo prioritario de la reducción de la desnutrición crónica.
- Informar a la Presidencia de la República sobre las actividades realizadas, sus avances y, de los riesgos y vulnerabilidades que se enfrenten, así como la identificación de correctivos.
- Apoyar a las instituciones responsables en el diseño e implementación de acciones que reduzcan la desnutrición crónica en la formulación de planes operativos, en coherencia con la realidad nacional y velar porque los mismos se cumplan.
- Promover el objetivo presidencial de reducir la desnutrición crónica, comunicando y sensibilizando sobre la relevancia que el objetivo tiene para el país e identificando aliados en el ámbito nacional e internacional para su logro.



ANTECEDENTES

HISTORIA DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN GUATEMALA

En 1949 fue creado el Instituto de Nutrición para Centroamérica y Panamá -INCAP- como un centro de investigación científica para dar asistencia técnica a los Ministerios de Salud de Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá. Sus objetivos principales son: determinar los problemas nutricionales de la región, encontrarles soluciones prácticas a través de la investigación y ayudar a los países miembros en la aplicación de soluciones a esos problemas.

Los primeros datos sistematizados sobre las principales deficiencias nutricionales en Guatemala, datan desde finales de los años cincuenta, producto del interés de varios pediatras nacionales. En 1965, el INCAP ya contaba con suficiente información sobre la desnutrición en el país, proveniente de siete años de investigación.³

La información sobre la desnutrición en Guatemala ha sido generada a partir de encuestas nacionales comparables realizadas entre los años 1966 y 2014-15. La representatividad de las Encuestas Nacionales Materno Infantiles ha sido nacional; sin embargo, a partir de 1995 éstas también son representativas para siete u ocho regiones político administrativas del país, mientras que la encuesta del 2008-2009 y del 2014-2015, también tiene representatividad departamental.

En 1976 aparecen los primeros indicios para la institucionalización de la alimentación y nutrición, a través de la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia -SEGEPLAN-, y se formuló el primer Plan Nacional de Alimentación y Nutrición.

En 1990 la SEGEPLAN integró un Grupo Focal para la Creación de un Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, el cual produjo el Plan de Acción de Alimentación y Nutrición 1993-1996. En este año se consolidó la Comisión Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional -CONASAN-, quien elaboró la propuesta de Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional y el Plan de Acción en Alimentación y Nutrición 1996-2000.



Mediante Acuerdo Gubernativo 55-2002, se creó el Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional -CONSAN-, dependencia directa de la Presidencia de la República, responsable de impulsar las acciones de la Política con el propósito de combatir la inseguridad alimentaria y la pobreza extrema. En este mismo año se disuelve el CONSAN y surge el Viceministerio de Seguridad Alimentaria y Nutricional -VISAN-, adscrito al Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación -MAGA-, según Acuerdo Gubernativo 90-2003.

En 2005 fue aprobada la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional. En el mismo año se creó la Ley del SINASAN con el propósito de establecer un marco institucional estratégico de organización y coordinación para priorizar, jerarquizar, armonizar, diseñar y ejecutar acciones de SAN. Ese mismo cuerpo legal dio vida al Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional -CONASAN-, como ente rector del SINASAN. Además, se creó la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional -SESAN- en calidad de ente coordinador operativo interministerial del Plan Estratégico de SAN, así como de la articulación de los programas y

proyectos de las distintas instituciones nacionales e internacionales vinculadas con la SAN del país.

En 2005 se promovió la ejecución del proyecto "CRECIENDO BIEN", coordinado por la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente -SOSEP-, con acciones encaminadas a reducir la desnutrición crónica en la niñez guatemalteca. En 2006 se diseñó el Programa para la Reducción de la Desnutrición Crónica -PRDC- como una expresión operativa de las políticas públicas para articular la dimensión de lo biológico y económico con lo social, con el fin de reducir la desnutrición crónica en niños/as menores de 36 meses. En 2008 el PRDC se convirtió en la Estrategia Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica -ENRDC-.

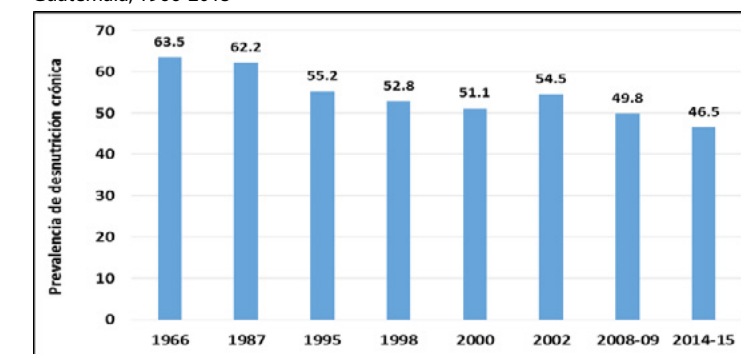
La OMS a través de un grupo de trabajo sobre crecimiento infantil, determinó que la referencia NCHS/OMS era inapropiada para evaluar el crecimiento de lactantes sanos, al menos hasta los 12 meses, por lo tanto, era necesario un nuevo patrón de crecimiento. El nuevo Patrón de Crecimiento Infantil de la OMS de 2006, confirma que todos los niños nacidos en cualquier parte del mundo, que reciban una atención óptima desde el comienzo de sus vidas, tienen el potencial de desarrollarse en la misma gama de tallas y pesos. Por supuesto, existen diferencias individuales entre los niños, pero a nivel regional y mundial, la media de crecimiento de la población es notablemente similar. El nuevo patrón demuestra que las diferencias en el crecimiento infantil hasta los cinco años dependen más de la nutrición, las prácticas de alimentación, el medio ambiente y la atención sanitaria que de los factores genéticos o étnicos. El nuevo patrón se basa en el lactante alimentado con leche materna como norma esencial para el crecimiento y el desarrollo⁴.

En 2010 Guatemala se asoció al Scaling Up Nutrition -SUN-/ Ventana de los Mil Días⁵ por medio de una carta de compromiso firmada por el MSPAS, en 2011 se elaboró el proyecto de País en el marco de SUN, y en 2013 se estableció una Plataforma Multiactor del Movimiento SUN -PMA-SUN- del país.

Tres sucesos importantes en la lucha contra la desnutrición ocurrieron en 2012: la firma del Pacto Hambre Cero, la formulación del Plan del Pacto Hambre Cero -PPHO- y la emisión del Acuerdo Gubernativo 235-2012, por medio del cual se declaró de interés nacional la Ventana de los Mil Días. El PPHO tuvo la novedad de incluir la medición anual de la desnutrición crónica, con la asesoría técnica del -IFPRI-.

Los resultados de las Encuestas Nacionales de Salud Materno Infantil -ENSMI- permiten apreciar que la desnutrición crónica en niños menores de cinco años ha disminuido 17% en 49 años, de 63.5% en 1966 a 46.5% en 2014-15. La prevalencia de desnutrición crónica muestra una tendencia de disminución de 1966 hasta 2000, en 2002 hay un mínimo incremento de 3.4%, y posteriormente muestra de nuevo una tendencia a la disminución. De 2002 a 2014-15, la prevalencia disminuyó 8% en 13 años, lo que representa un 47% de total de reducción en el período 1966 a 2014-15 (gráfica 1).

Gráfica 1
Evolución histórica de la desnutrición crónica en niños de 6 a 59 meses.
Guatemala, 1966-2015



Fuente: MSPAS. ENSMI. PRESANCA. ¡Ha crecido Centroamérica!, 2009

3. Palmieri M y Delgado H. Análisis situacional de la malnutrición en Guatemala: sus causas y abordaje. Cuaderno de Desarrollo Humano, 2009/2010-7.

4. WHO Multicenter Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. Geneva: World Health Organization, 2006 (312 pages).

5. <http://scalingupnutrition.org/es/paises-miembros-del-sun/guatemala>

La aprobación de la Política Nacional de SAN y la Ley del SINASAN en 2005, ha influido en la reducción de la prevalencia de desnutrición crónica en el período 2002 a 2014/2015. Actualmente, la institucionalidad de la SAN de Guatemala está consolidada desde el punto de vista político, legal, financiero y técnico; a esta solidez del SINASAN han contribuido diversos Gobiernos. Además, el tema de la desnutrición crónica está bien posicionado en la agenda pública, de Gobierno y en la mediática.



ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA
PREVENCIÓN
DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA
2016 - 2020



JUSTIFICACIÓN

MAGNITUD DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL

El estado nutricional es el resultado de una amplia gama de condiciones sociales y económicas, y constituye un indicador muy sensible del nivel general de desarrollo. El marco conceptual de las causas de la desnutrición difundido por UNICEF plantea tres grandes grupos⁶:

1. Causas inmediatas: relacionadas con la ingesta inadecuada de alimentos y micronutrientes y las enfermedades de tipo infeccioso.
2. Causas subyacentes: relacionadas con la inseguridad alimentaria en el hogar, que está asociada con la poca disponibilidad de alimentos, la falta de acceso a ellos y su uso inadecuado.
3. Causas básicas: relacionadas con las estructuras políticas, económicas e ideológicas en la sociedad que regulan el acceso a los recursos, la educación y las oportunidades y que finalmente determinan la pobreza de las familias.



La desnutrición crónica de los niños preescolares y escolares de Guatemala está asociada a numerosas variables indicadoras de factores causales, tanto del nivel básico o estructural como de los niveles subyacentes y proximales. Se han encontrado relaciones muy fuertes, con coeficientes de correlación entre 0.8 y 1.0, entre las variables dependientes y el porcentaje de población indígena, la educación y analfabetismo de la mujer, el tamaño de la familia, la tasa de fecundidad, el hacinamiento, el intervalo entre nacimientos, la pobreza, las características de la vivienda y el acceso a servicios, entre otros⁷.

Se ha reportado que la desnutrición de la niña y el niño menor de tres años está determinada por la deficiencia de micronutrientes y la presencia de enfermedades infecciosas (EDA e IRA). Además, la presencia de enfermedades infecciosas está determinada por la adopción de medidas preventivas, como la vacunación (principalmente, vacunación contra rotavirus y neumococo), el tratamiento adecuado y oportuno de los cuadros infecciosos, los controles de crecimiento y desarrollo que permiten identificar brechas en el crecimiento, pero también entregar mensajes y sesiones demostrativas, además de reforzar la consejería nutricional en las madres y cuidadores; finalmente la adopción de prácticas y entornos saludables en la familia de estos niños y niñas⁸.

Los procesos infecciosos, en especial los cuadros de enfermedades diarreicas y respiratorias por su mayor frecuencia y duración son factores determinantes del estado nutricional al producir mala absorción intestinal de nutrientes en el caso de la diarrea, y disminución de la ingesta de alimentos con reducción de las reservas del organismo, en ambos casos⁹. Según la ENSMI 2014/2015, la prevalencia de IRAs en niños menores de 5 años es 50.4% y la prevalencia de diarrea es 41.9%.¹⁰

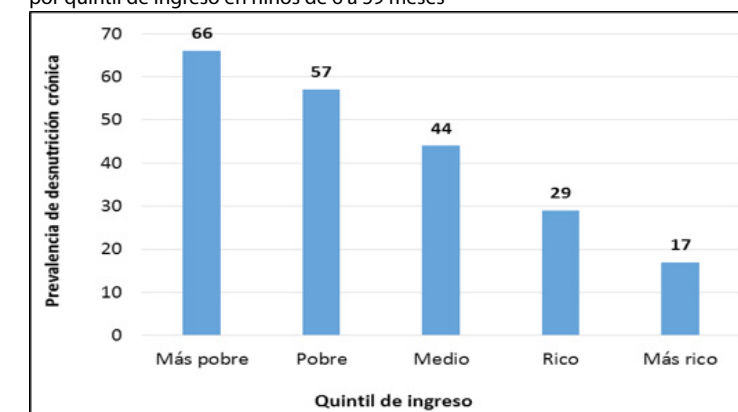
El acceso a agua segura es un determinante importante de la desnutrición de niños menores de 5 años. Se estima que el 90% de la diarrea en el niño es consecuencia de un saneamiento deficiente, de la falta de acceso a una fuente de agua limpia y de una higiene personal inadecuada. Alrededor de 50% de la desnutrición es causada por condiciones ambientales inseguras, esencialmente agua, saneamiento e higiene¹¹. De acuerdo con la ENCOVI 2014, 72.6% de los hogares guatemaltecos tenían acceso a mejores fuentes de abastecimiento de agua y 58.3% tenían acceso a saneamiento mejorado¹².

La leche materna proporciona todos los nutrientes requeridos por la mayoría de los lactantes hasta los seis meses de edad. Se digiere más fácilmente comparado con los sustitutos, y proporciona agentes antibacterianos y antivirales que protegen al lactante contra las enfermedades¹³. La ausencia o insuficiencia de lactancia materna exclusiva en los primeros meses de vida, expone a los niños a ingerir bebidas o líquidos sin suficiente control de higiene, además, no satisfacen los requerimientos nutricionales. Por otro lado, la falta de conocimiento y la limitada disponibilidad de alimentos complementarios a la leche materna (a partir del sexto mes de vida) impiden proveer los nutrientes necesarios para el desarrollo infantil normal en esta etapa de máximo crecimiento y desarrollo¹⁴. Según la ENSMI 2014/2015, 53.2% de los niños menores de 6 meses recibían lactancia materna exclusiva y 51% de los niños de 6 a 23 meses consumían una dieta mínima aceptable¹⁵.

La mejora de los ingresos familiares puede mejorar la nutrición debido a que mejora el poder de compra de los hogares y la ingesta de calorías; este impacto es mayor en los hogares pobres. Sin embargo, el incremento de los ingresos no mejora automáticamente la nutrición, debido a que el dinero adicional no se gasta solamente en alimentos, o no necesariamente se compran alimentos de mejor calidad. Existen otros factores (nivel educativo de la madre, escasez del tiempo de la madre, distribución de los alimentos en el hogar y la urbanización, entre otros) que influyen en el estado nutricional y que deberán ser tomados en cuenta cuando

se quiere evaluar el impacto de intervenciones que mejoran la economía familiar¹⁶. De acuerdo con la ENSMI 2014/2015, la prevalencia de desnutrición crónica en niños de 6 a 59 meses, es mayor en el quintil más pobre (66%), sin embargo, en el quintil más rico también se reporta una prevalencia de desnutrición crónica de 17% (Gráfica 2).

Gráfica 2
Guatemala: Prevalencia de desnutrición crónica por quintil de ingreso en niños de 6 a 59 meses



Fuente: ENSMI 2014/2015, Informe de Indicadores Básicos, 2015

La población guatemalteca está viviendo un proceso de transición alimentaria y nutricional¹⁷. El perfil nutricional se caracteriza por los siguientes problemas: **a)** desnutrición proteínica energética (desnutrición crónica, global y aguda), que afecta principalmente a menores de 5 años; **b)** deficiencia de hierro, vitamina B12, folato eritrocitario, zinc, que afecta principalmente a menores de 5 años y mujeres en edad fértil; y **c)** sobrepeso y obesidad, que afecta principalmente a adolescentes y adultos.

6. Gutiérrez W. La desnutrición en la niñez en el Perú: factores condicionantes y tendencias. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2011; 28(2): 390-9.

7. Palmieri M. y Delgado H. Análisis situacional de la malnutrición en Guatemala: sus causas y abordaje. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Guatemala, 2011.

8. Ministerio de Salud. Plan nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país, 2014-2016. Perú, 2014.

9. Wolfheim, C. De la lucha contra las enfermedades a la salud y al desarrollo del niño Foro Mundial de la Salud 1998; 19(2).

10. MSPAS. ENSMI 2014/2015, Ob. Cit.

11. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Intervenciones efectivas basadas en evidencia para prevenir la desnutrición infantil en el Perú. Disponible en: <http://www.midis.gob.pe/dgsye/evaluacion/documentos/Intervencionesefectivasennutricion.pdf>

12. INE. ENCOVI 2014, Ob. Cit.

13. Hanson LA (2000). The mother-offspring dyad and the immune system. Acta Paediatr, 89(3):252-258.

14. UNICEF. Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe. Ob. Cit.

15. MSPAS. ENSMI 2014/2015, Ob. Cit.

16. Velásquez A. Efectividad de programas de reducción de la pobreza en la nutrición infantil y los determinantes económicos de la desnutrición en países de escasos recursos. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2009; 26(4): 478-93.

17. Hidalgo H. y G. Clara Aurora. Entre el hambre y la obesidad: la salud en un plato. PNUD. Guatemala, 2008.

Por otro lado, a nivel de América Latina y el Caribe, Guatemala ocupa el primer lugar en prevalencia de desnutrición crónica en la niñez menor de 5 años, y el séptimo lugar a nivel mundial¹⁸. Según la ENSMI 2014-15, la prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años asciende a 46.5%; es mayor en el área rural (53%), y en las regiones de Noroccidente (68.2%), Suroccidente (51.9%) y Norte (50%). También es mayor en los niños y niñas que tienen las siguientes características: indígenas (58%), hijos de madres sin educación (67%), hijos de madres ubicadas en el quintil inferior de riqueza (65.9%). Además, 17.4% de los hijos de madres ubicadas en el quintil inferior de riqueza presentan desnutrición crónica. En la población menor de 24 meses la prevalencia de desnutrición crónica asciende a 41.7%¹⁹.

El bajo peso al nacer -BPN- es un problema de salud pública mundial, que impacta sobre la mortalidad neonatal e infantil. El BPN es multicausal e incluye: características antropométricas, nutricionales, socioculturales y demográficas de la madre; antecedentes obstétricos y condiciones patológicas que afectan la funcionalidad y suficiencia placentaria, así como alteraciones propiamente fetales²⁰. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, el porcentaje de nacimientos registrados con bajo peso al nacer, aumentó de 11.2% en 2013, a 12.7% en el tercer trimestre de 2014²¹.

Según la ENSMI 2014/2015 la prevalencia de anemia en la niñez menor de cinco años es 25%; y en las mujeres de 15 a 49 años es 10.6%. Además, la Encuesta Nacional de Micronutrientes -ENMICRON- del 2009-10, reportó que 34.9% de los niños y niñas menores de cinco años tenían deficiencia de zinc, 26.3% tenían deficiencia de hierro y 12.9% tenían deficiencia de vitamina B12. Las mujeres en edad reproductiva tenían las siguientes deficiencias: hierro (18.4%), folato eritrocitario (7%) y vitamina B12 (18.4%)²².

La desnutrición crónica que ocurre en los dos primeros años de vida de los niños, produce efectos irreversibles en su crecimiento. Al afectar su capacidad intelectual y cognitiva, disminuye su rendimiento escolar y el aprendizaje de habilidades para la vida.

Por lo tanto, limita la capacidad del niño o la niña de convertirse en un adulto que pueda contribuir, a través de su evolución humana y profesional, al progreso de su comunidad y de su país²³.

La desnutrición desacelera el crecimiento económico y perpetúa la pobreza por tres vías: **a)** pérdidas directas de productividad derivadas del mal estado de salud y nutrición; **b)** pérdidas indirectas resultantes del deterioro de las funciones cognitivas y la falta de escolaridad, y **c)** pérdidas originadas en el aumento de los costos de la atención de salud y nutrición²⁴.

Los costos económicos de la desnutrición son considerables: se estima que las pérdidas de productividad superan el 10% de los ingresos que una persona obtendría a lo largo de su vida, y debido a la desnutrición se puede llegar a perder hasta el 2 o 3% del producto interno bruto -PIB-. Por lo tanto, mejorar la nutrición es una cuestión que concierne a la economía tanto o más que al bienestar social, la protección social y los derechos humanos. Al reducir la desnutrición y la carencia de micronutrientes se reduce directamente la pobreza en su definición amplia, que incluye el desarrollo humano y la formación de capital humano. Sin embargo, la desnutrición también está estrechamente vinculada a la pobreza de ingresos. Ello implica que mejorar la nutrición es una estrategia beneficiosa para los pobres, ya que aumenta sus posibilidades de obtener ingresos²⁵.

En 2004 el Programa Mundial de Alimentos -PMA- y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe -CEPAL-, realizaron un estudio para analizar los costos de la desnutrición global en menores de 5 años en Centroamérica y República Dominicana. Los resultados mostraron que la desnutrición global en Guatemala generó un costo total aproximado de 24,853 millones de quetzales, equivalentes a 3,128 millones de dólares. El análisis por sectores indica que el costo público y privado en salud representaba Q2,267 millones, el costo en educación Q131 millones y el costo en productividad Q22,455 millones²⁶. Estos valores representaban un 11.4% del PIB del país en 2004.

LECCIONES APRENDIDAS EN EL COMBATE DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL

En 2016, el IFPRI, realizó la evaluación de impacto del PPH0, los resultados muestran lo siguiente²⁷:

1. En el período 2012-14, la mayoría de hogares recibieron entre dos a cuatro intervenciones de la Ventana de los Mil Días. Las intervenciones con mayor porcentaje de hogares beneficiados fueron: suplementos alimenticios, hierro y ácido fólico, y consejería sobre lactancia materna.
2. Ninguna de las nueve intervenciones de la Ventana de los Mil Días han tenido efectos individuales estadísticamente significativos sobre el estado nutricional (medido a través del puntaje Z de talla para edad) de los menores de 5 años, excepto la intervención de desparasitación.
3. Existe complementariedad entre las intervenciones de la Ventana de los Mil Días. Los niños y niñas que reciben cinco o más intervenciones tienen un impacto de 0.21 desviaciones estándar sobre su puntaje Z de talla para edad, este impacto es estadísticamente significativo al 5%.
4. La combinación de la desparasitación con lactancia materna, alimentación complementaria y suplementos alimenticios; muestran impactos conjuntos sustanciales (respectivamente de 0.87, 0.57 y 0.78 desviaciones estándar) sobre el estado nutricional de los niños, los tres considerados estadísticamente significativos al 5%.
5. El incremento en la educación del jefe de hogar (6 años más) y en el ingreso per cápita (Q250), aumenta el puntaje Z de talla para edad de los menores de 5 años.



18. UNICEF. Estado mundial de la infancia, 2015.

19. MSPAS. ENSMI 2014-2015, Informe de indicadores básicos. Guatemala, 2015.

20. Velázquez N., Masud J. y Ávila R. Recién nacidos con bajo peso; causas, problemas y perspectivas a futuro. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. vol.61 no.1 México feb. 2004

21. INE. Estadísticas Vitales Tercer trimestre 2014. Guatemala, 2015.

22. MSPAS. ENMICRON 2009-2010, Guatemala 2011.

23. UNICEF. La desnutrición infantil. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. Madrid, 2011.

24. Banco Mundial. Revalorización del papel fundamental de la nutrición para el desarrollo. Washington, D.C., 2006.

25. Banco Mundial, Ob. Cit.

26. CEPAL, PMA. El costo del hambre. Impacto social y económico de la desnutrición infantil en Centroamérica y República Dominicana, 2007.

27. IFPRI. Informe de evaluación de impacto del Plan del Pacto Hambre Cero. Febrero 2016.

RECOMENDACIONES DEL IFPRI

Para mejorar la capacidad de impacto de las intervenciones sobre la desnutrición crónica en menores de cinco años, el IFPRI plantea las siguientes recomendaciones:

1. **Reducir la escala de operación.** El PPH0 fue muy ambicioso tanto en el abanico de intervenciones que pretende cubrir y en la cobertura geográfica que pretende lograr. Esto provocó dispersión de esfuerzos y evidenció las limitaciones del país en capacidad financiera, capital humano, gestión e infraestructura para implementar eficazmente las intervenciones y ha requerido una recargada labor de coordinación entre varias instituciones.
2. **Re-direccionar la unidad de análisis.** Los resultados de la evaluación de impacto para el período 2012-2014 muestran que la oportunidad de lograr impacto sólo es posible cuando los beneficiarios reciben un paquete completo de intervenciones simultáneamente, ya que las intervenciones aisladas no tienen mayor probabilidad de tener impacto significativo.
3. **Empadronamiento de beneficiarios.** Implementar un proyecto de empadronamiento de beneficiarios para responder a preguntas básicas: ¿Quién está recibiendo intervenciones? ¿Qué intervenciones? ¿Cuándo las recibe? ¿Con qué frecuencia? ¿En qué cantidades?.
4. **Profundizar el Sistema de Monitoreo y Evaluación.** El sistema de monitoreo y evaluación debe estar centrado en los beneficiarios para lo cual es necesario hacer recopilación de información periódica de muestras correspondientes de beneficiarios.
5. **Coordinación con programas de “Protección Social”.** Las intervenciones de la Ventana de los Mil Días, han sido implementadas sin coordinación con los programas existentes de protección social, por ejemplo, Bolsa Segura o Bono de Salud. Se debe buscar que la gran mayoría de hogares reciban ambos tipos de intervenciones, ya que ambas intervenciones se complementan.
6. **Coordinación con programas de “Desarrollo Agrícola” y “Educación”.** Complementar las intervenciones directas del PPH0 con programas de desarrollo agrícola y educación, temas clave para combatir de manera sostenible la desnutrición crónica en el país.
7. **Condiciones y capacidades básicas.** Para que las intervenciones tengan el efecto deseado es importante que los lugares de intervención cuenten con la infraestructura básica y personal capacitado para garantizar la provisión y calidad de las mismas, y que la población objetivo cuente con acceso a servicios esenciales.



A young girl with dark hair, wearing a white lace dress and a blue patterned shawl, is looking thoughtfully to the side. She is holding the shawl with both hands. The background is a blurred crowd of people, suggesting a public gathering or market. The overall mood is contemplative and focused on the child's expression.

ESTRATEGIA PARA LA
PREVENCIÓN DE LA
DESNUTRICIÓN CRÓNICA

En el proceso de definición de la estrategia participaron más de 100 actores con conocimiento y experiencia técnica institucional y de campo, del sector gubernamental y de la sociedad civil. Basado en las lecciones aprendidas en la ejecución del PPH0, se realizó un análisis de complicaciones y sub complicaciones, y un análisis de actividades priorizando intervenciones, que han mostrado tener impacto para reducir la desnutrición crónica en la niñez menor de dos años. El proceso incluyó 6 talleres multisectoriales y 19 talleres de validación interna.



Objetivo general:

Reducir el indicador de desnutrición crónica nacional en diez puntos porcentuales en cuatro años (2016-2020), a través de la intensificación de acciones basadas en evidencia, en siete departamentos, en los cuales, se registran altas prevalencias de desnutrición crónica en menores de dos años.

Prioridade estratégicas:

1. Diseñar y ejecutar una estrategia de cambio de comportamiento que, partiendo de una sensibilización y abogacía masiva, contemple consejería, empoderamiento, educación a todo nivel en prácticas de salud, alimentación, agua, higiene, saneamiento, disponibilidad y acceso a los alimentos, utilizando diversas metodologías con pertinencia cultural.
2. Reorganizar y fortalecer el Primer Nivel de Atención de salud -PNA- como plataforma de intervención con énfasis en la Ventana de los Mil Días, enfoque de prevención y promoción de salud y nutrición y fortalecimiento de la organización comunitaria.
3. Ampliar la cobertura y mejorar la calidad de agua y saneamiento, garantizando el agua potable, incluyendo piso firme y un entorno saludable, así como manejo de desechos, a través de sistemas socialmente sostenibles.

4. Mejorar la disponibilidad y acceso a alimentos de alta calidad nutricional para el grupo priorizado, basado en la diversificación de la alimentación y capacitación técnica agropecuaria, buscando la resiliencia.
5. Mejorar los ingresos y la economía familiar de los grupos priorizados a través de estrategias para la generación de ingreso a nivel familiar, empleo y productividad, y facilitando el acceso a medios productivos, con sostenibilidad en el año.
6. Implementar efectivamente la gobernanza y fortalecer la coordinación interinstitucional entre el nivel central y local: fortaleciendo la gobernanza local, orientando la conducción de intervenciones, promoviendo la auditoría social y la participación social comunitaria, con esquemas de rendición de cuentas, monitoreo y evaluación y sistemas de información; promoviendo la sostenibilidad en el tiempo, con sensibilización de la desnutrición y actores clave participando.
7. Sistematizar el monitoreo y evaluación para la toma de decisiones: interinstitucional, intersectorial, local y nacional, oportuno y en tiempo real, en base a indicadores de proceso y resultados, fortaleciendo el análisis y establecimiento de metas (KPIs), acompañado de auditoría social y mecanismos de gestión por resultados.



A través de la ejecución de la estrategia, se espera lograr en el año 2019: Reducir de 41.7% a 31.7%, es decir, diez puntos porcentuales, la prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de dos años, con prioridad en la niñez indígena y de áreas rurales.

La población objetivo de la estrategia incluye:

1. Niños y niñas menores de dos años
2. Mujeres embarazadas y madres de niños o niñas menores de dos años.

En el cuadro 1 se presenta la población de niños y niñas menores de dos años y la población de mujeres en edad reproductiva. De acuerdo con las proyecciones de población del INE para 2017, la población de menores de dos años asciende a 401,887, y la población de mujeres en edad reproductiva asciende a 1,515,530.

Cuadro 1
Población menor de dos años

Departamento	Niño	Niña	Total	Mujeres en edad reproductiva
Alta Verapaz	44,897	43,186	88,083	304,910
Huehuetenango	37,525	35,907	73,431	320,082
Quiché	42,857	41,131	83,988	253,762
Chiquimula	12,678	12,222	24,900	100,391
San Marcos	33,943	32,637	66,580	283,329
Totonicapán	15,935	15,468	31,403	137,887
Sololá	17,088	16,414	33,503	115,170
Gran total	204,923	196,965	401,887	1,515,530

Fuente: Proyecciones de población del INE para 2017.

ALCANCE TERRITORIAL

La cobertura y alcance de la estrategia incluye todos los municipios de siete departamentos, en dos fases (Figura 2):

- Fase I: Alta Verapaz, Huehuetenango, Quiché y Chiquimula (82 municipios) 2016-17.
- Fase II: San Marcos, Totonicapán y Sololá (57 municipios) 2018-19.

Estos departamentos y municipios fueron seleccionados porque tienen las siguientes características: mayor población de niños y niñas menores de cinco años, prevalencias altas de desnutrición crónica, tasas altas de mortalidad en la niñez, y mayor razón de mortalidad materna.

En este territorio se intensificará la ejecución de intervenciones que han probado ser efectivas o eficaces para reducir la desnutrición crónica, la deficiencia de micronutrientes y mejorar otros indicadores de nutrición materno-infantil. La serie sobre desnutrición materno-infantil de la revista Lancet (2013) resume la evidencia sobre las intervenciones de probada eficacia para el abordaje de la desnutrición crónica, la nutrición materna y la deficiencia de micronutrientes. A continuación se mencionan algunas de estas intervenciones:

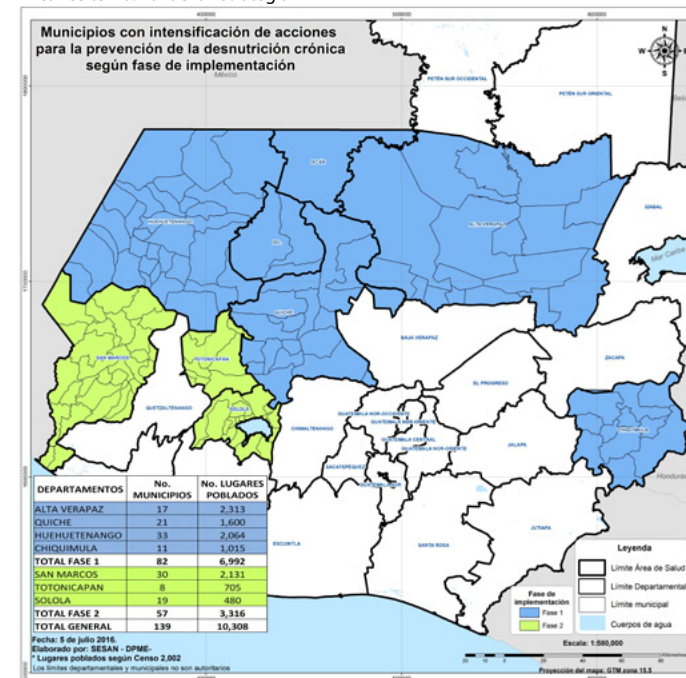
- Nutrición materna óptima durante el embarazo: suplementos con hierro y ácido fólico, yodación de la sal.
- Neonatos: iniciación temprana de la lactancia materna, suplementación con vitamina A.
- Lactante y niño pequeño: lactancia materna exclusiva por 6 meses y continuación de lactancia hasta 24 meses; educación apropiada en alimentación complementaria; suplementación con micronutrientes espolvoreados; suplementación con vitamina A; suplementación preventiva con zinc (diarrea y neumonía); desparasitación; mejora de la calidad del agua y el saneamiento; prácticas adecuadas de higiene, específicamente el lavado de manos.

un aspecto fundamental e innovador de la estrategia, es la intensificación de intervenciones integrales y articuladas, en siete departamentos. Es decir, hacer llegar a cada familia no menos de cinco intervenciones de los cuatro programas:

- salud
- agua y saneamiento
- cambio de comportamiento
- disponibilidad de alimentos y economía familiar.

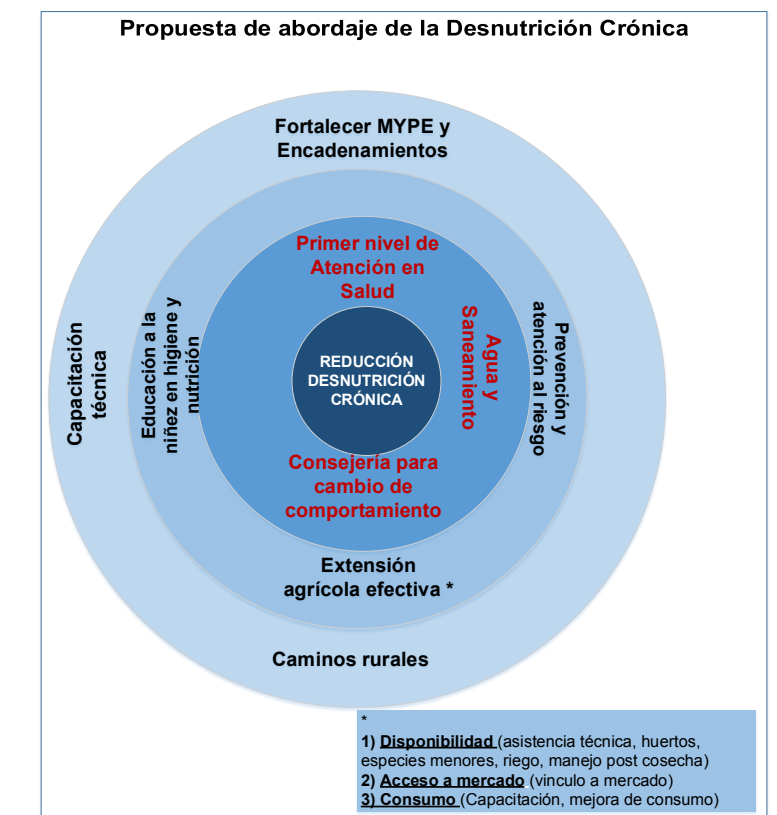
Además, se asegurará que todas las intervenciones lleguen al mismo niño o niña menor de dos años, a las madres de estos niños o niñas, y a su hogar a través de un registro nominal de participantes identificados con Código Único de Identificación (CUI).

Figura 2
Alcance territorial de la Estrategia



PROPUESTA DE ABORDAJE

Figura 3
Propuesta de abordaje inicial para reducir la desnutrición crónica



En el proceso de definición de la propuesta de abordaje para la reducción de la desnutrición crónica, se partió del marco conceptual inicial que se presenta en la figura 3. En el mismo, como acciones imperativas, se presentaban mejorar la atención materno infantil, en el marco del PNA, con el fin de asegurar la implementación de las intervenciones de la Ventana de los Mil Días, identificar la manera más eficiente de realizar la consejería para cambio de comportamiento e invertir focalizadamente en agua y saneamiento. En un segundo plano se presentaban intervenciones enfocadas en la educación a niños y niñas en higiene y nutrición, el Sistema Nacional de Extensión Rural - SNER- para mejorar la disponibilidad, acceso y consumo de alimentos y en un tercer nivel fortalecer las micro y pequeñas empresas -MyPE- y encadenamientos y los caminos rurales. Este esquema fue modificado en los talleres de definición estratégica.

En la figura 4 se presenta la propuesta final de abordaje para la prevención de la desnutrición crónica, la propuesta incluye cuatro ejes programáticos y cinco ejes transversales. Esta propuesta fue presentada al Presidente de la República para su aprobación.

Ejes programáticos:

1. Fortalecimiento del PNA
2. Educación para el cambio de comportamiento
3. Agua y saneamiento
4. Disponibilidad y economía familiar

Ejes transversales:

1. Cambio de comportamiento con enfoque de género e interculturalidad
2. Gobernanza
3. Sistemas de información
4. Monitoreo y evaluación
5. Auditoría social y alianzas

Figura 4
Propuesta de abordaje para la prevención de la desnutrición crónica



Posteriormente se integraron cinco sub comisiones intersectoriales con el propósito de discutir, analizar y definir los aspectos necesarios para asegurar la ejecución de las intervenciones y obtener los resultados esperados; a continuación se presentan las sub comisiones:

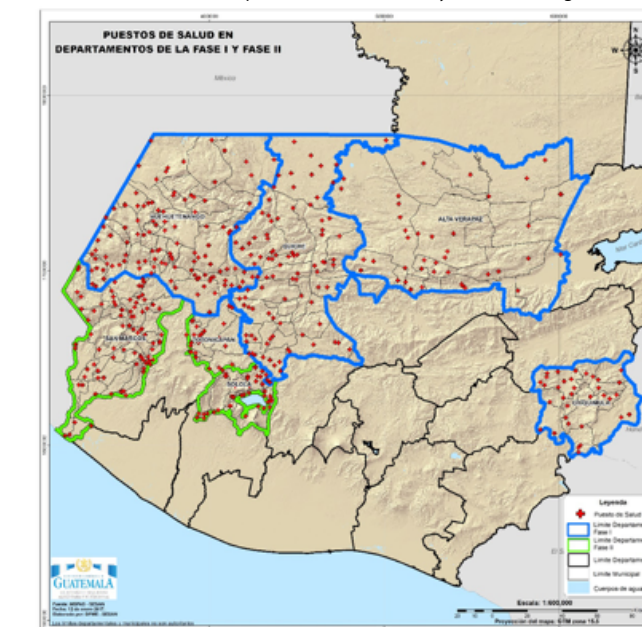
- Sub Comisión de educación para el cambio de comportamiento
- Sub Comisión de agua y saneamiento
- Sub Comisión de disponibilidad y economía familiar
- Sub Comisión de gobernanza
- Sub Comisión de monitoreo, evaluación y sistemas de información

EJES PROGRAMÁTICOS DE LA ESTRATEGIA

1. Primer nivel de atención -PNA-

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS- es el ente rector del sector salud y en su reglamento orgánico interno define el *PNA* como: “el primer contacto de la población con la red de servicios de salud, a través de los establecimientos y acciones comunitarias contempladas en el conjunto de servicios básicos de salud. Incluye acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que se interrelacionan entre sí para resolver problemas de salud de las personas y del ambiente, que requieren tecnologías y recursos apropiados para su resolución”. Los establecimientos típicos que prestan servicios básicos de salud en este Nivel de Atención son el *Centro Comunitario de Salud* y el *Puesto de Salud*²⁸. En la figura 5 se presentan los Puestos de Salud ubicados en los departamentos de la Fase I y Fase II de la estrategia.

Figura 5
Puestos de salud en los departamentos de la fase I y II de la estrategia



En agosto de 2016, a través del Acuerdo Ministerial No. 261-2016, se definió el Modelo Inuyente de Salud -MIS-, como el modelo de atención en salud del MSPAS, que contempla las perspectivas, los atributos, el diseño programático, la vigilancia en salud, ámbitos de actuación y categorización de la red de servicios de salud a nivel local, municipal, departamental, regional y nacional; con el objetivo de orientar el ordenamiento del territorio, la organización y desarrollo e integración de la red de servicios, el fortalecimiento del recurso humano, la gestión y el financiamiento institucional, contribuyendo al acceso universal de la población, a una atención integral e inuyente de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud²⁹.

28. Acuerdo Gubernativo 115-99, Artículo 70: Reglamento Orgánico Interno del MSPAS. Guatemala, 1999
29. MSPAS. Acuerdo Ministerial No. 261-2016

Primer Nivel de Atención en el marco de referencia del Fomento de la Nutrición y la Ventana de los Mil Días para la prevención de la desnutrición crónica.

A partir del año 2010 Guatemala se asoció al movimiento Scaling Up Nutrition -SUN- / Ventana de los Mil Días³⁰ por medio de una carta de compromiso firmada por el MSPAS, en 2013 se estableció una Plataforma Multiactor -PMA- del Movimiento SUN de país, que constituye un espacio de coordinación técnica en la que participan: representantes del gobierno, agencias de las Naciones Unidas, academia, donantes, sociedad civil y sector privado.

Debido a que ya existen compromisos previamente adquiridos por el país, así como consensos alcanzados entre todos los actores y sectores involucrados; se mantienen como prioritarias las intervenciones basadas en evidencia que forman parte del movimiento SUN / Ventana de los Mil Días. Además, se agregan otras intervenciones que influyen en la desnutrición crónica, tales como: control prenatal, control y monitoreo del crecimiento, vacunación, espaciamento intergenésico, control y tratamiento de Infecciones Respiratorias Agudas -IRAS- y Enfermedades Diarréicas -EDAS-.

El eje programático PNA incluye las siguientes intervenciones:

1. Control prenatal
2. Control y monitoreo del crecimiento
3. Desparasitación
4. Suplementación a mujeres en edad fértil y a niños de 6 meses a 5 años
5. Vacunación
6. Espaciamento intergenésico
7. Promoción y apoyo de la lactancia materna y alimentación complementaria
8. Promoción del lavado de manos y hábitos higiénicos
9. Control y tratamiento de IRAS y EDAS
10. Fortificación de alimentos

Principales retos

Según la Política General de Gobierno 2016-2020, una de las prioridades más importantes del Gobierno es la reforma del sector salud. *El MSPAS ha experimentado una de las peores crisis en su historia.* Esta situación se agravó durante los últimos meses de 2015, debido a los problemas de financiamiento y de gestión. A su vez, la crisis es resultado de decisiones y acciones inadecuadas acumuladas durante varios años en el sistema nacional de salud³¹. Esta afirmación, es congruente con el Análisis del Sistema de Salud de Guatemala 2015, elaborado por el Proyecto Health Finance and Governance -HFG- financiado por USAID³². Los principales retos obtenidos a partir de las deficiencias y brechas encontradas están relacionados con:

- Financiamiento insuficiente para la cobertura universal de salud.
- Gestión financiera débil.
- Insuficiente recurso humano.
- Necesidad de mejorar la gestión de la fuerza de trabajo de salud e incrementar el despliegue de recursos humanos a las zonas rurales.
- Sistema de Información Gerencial en Salud -SIGSA- altamente fragmentado y con deficiencias.
- Dificultades y demoras en la compra, distribución y flujo oportuno de insumos médicos y suministros básicos, desde y entre Nivel Central, Áreas de Salud, Distritos y Puestos de Salud.
- Constante falta de inventario de insumos médicos y suministros básicos como medicamentos, micronutrientes, alimentos complementarios y terapéuticos, sales de rehidratación oral, etc.
- Brechas y deficiencias en infraestructura física, comunicación y tecnología a nivel de Puestos de Salud y Distritos.
- Deficiente desempeño de las redes para la prestación de servicios.
- Fragmentación entre las diferentes unidades (normativas, operativas, administrativas, etc.).

Ante los retos vigentes que limitan el funcionamiento adecuado del PNA, para asegurar que las intervenciones de la Ventana de los Mil Días se ejecuten en forma adecuada y obtener los resultados esperados, es necesario fortalecer el PNA.

2. Educación para cambio de comportamiento

La educación provee a los individuos un conjunto de valores, costumbres y normas importantes en la conformación de sus actitudes y hábitos alimentarios. Un mayor nivel de educación en las madres incide en un mejor estado de salud y nutrición de los niños. Además, los comportamientos alimentarios son interiorizados por las personas como elementos integrantes de un sistema sociocultural determinado. La cultura determina la gama de productos comestibles, la cantidad a ingerir, así como las formas de prepararlos y las prohibiciones alimentarias (tabúes, aspectos religiosos e ideológicos, componentes socioculturales, etc.)³³.

El aprendizaje social ocurre cuando la presencia de un individuo influye en forma significativa en el conocimiento adquirido por otro, es por ello, que se deben estimular estos comportamientos en los niveles: individual, familiar y comunitario, para lograr los objetivos y metas establecidas en la estrategia en el país. Sin embargo, se necesitan herramientas adecuadas, un ambiente de apoyo, técnicas basadas en diferentes disciplinas, contextualizaciones multiculturales, acciones razonadas y métodos alineados y definidos para obtener una respuesta evolutiva al cambio de comportamiento.

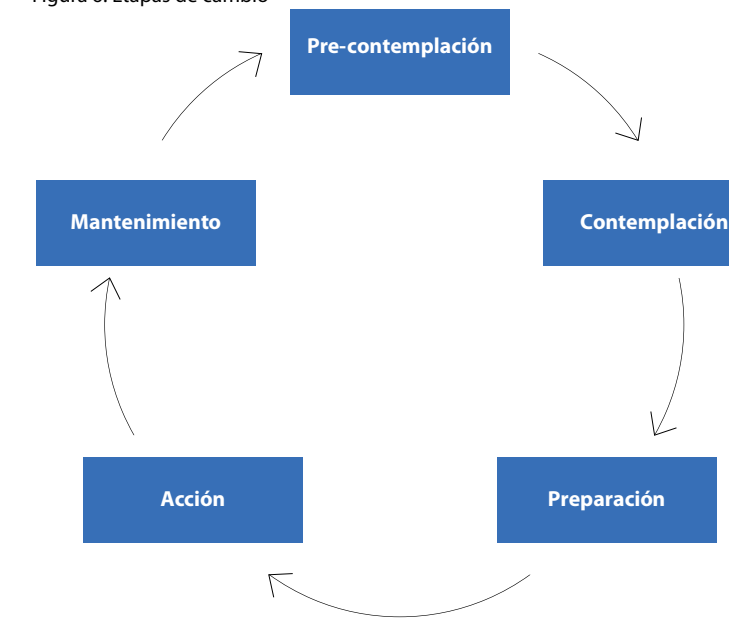
El Modelo Transteórico de Cambio -MTTC- desarrollado por Prochaska y DiClemente en 1983, opera a partir de la premisa de que los seres humanos atraviesan etapas de cambio similares, independientemente del tipo de teoría que se aplique. El MTTC está integrado por cinco etapas de cambio: **1)** la pre contemplación, etapa en la cual el individuo no tiene intención de alterar su conducta; **2)** en la contemplación comienza a considerar un cambio de comportamiento; **3)** en la etapa de preparación el individuo ya ha dado algunos pasos para un cambio de conducta hacia el objetivo individual y ha decidido actuar en el futuro inmediato; **4)** la acción comienza cuando la persona ha empezado a cambiar su conducta; y finalmente, **5)** el mantenimiento, que asume que el individuo ha tenido éxito en lograr el cambio y está en el proceso de mantenerlo³⁴.

El cambio de comportamiento es un proceso de transformación positiva y sostenible en la forma de actuar de todas las personas en todos los espacios para evitar la desnutrición crónica. En la figura 6 se presenta el modelo de abordaje de cambio de comportamiento. De acuerdo con esta figura, es necesario conocer en qué etapa del proceso de cambio se encuentra el individuo y el grupo al cual va dirigida la estrategia. El apoyo al cambio de comportamiento es diferente según la etapa en que esté el individuo y el grupo.

El eje programático cambio de comportamiento está enfocado al fortalecimiento de las prácticas de salud, higiene, alimentación y nutrición de las familias. Este eje incluye las siguientes intervenciones:

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

Figura 6. Etapas de cambio



Fuente : JO Prochaska & C Di Clemente, 1977. Modelo Transteórico del Cambio.

30. <http://scalingupnutrition.org/es/paises-miembros-del-sun/guatemala>

31. Política General de Gobierno. Guatemala. 2016

32. Ávila, Carlos, et. Al. Guatemala, Análisis del Sistema de Salud 2015. Bethesda, MD: Proyecto Health, Finance and Governance, ABT, Associates Inc.

33. Jiménez-Benítez, D. et al. Op. cit.

34. Prochaska, J.O.; Redding, C.A. and Evers, K.E. (1997). The transtheoretical model and stages of change. In Glantz, K.; Lewis, F.M. and Rimer, K. (Eds.). Health behavior and health education. (2nd Ed.). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

3. Agua potable y saneamiento ambiental

Muchos hogares donde habitan niños y niñas con desnutrición crónica y aguda no disponen de instalaciones adecuadas de agua potable y saneamiento básico, lo cual incrementa el riesgo de contraer enfermedades infecciosas, principalmente diarreas y parásitos, creándose un círculo vicioso en el cual el elemento ambiental es un agente activo en el desarrollo de la desnutrición³⁵.

La diarrea es una causa determinante del bajo crecimiento. En un análisis de nueve estudios escogidos al azar, con una muestra de 1,393 niños, se evidenció que la probabilidad de retardo en el crecimiento o desnutrición crónica aumenta en los niños de 24 meses de edad, y el 25% de todo el retardo en crecimiento se atribuye a haber tenido 5 o más episodios de diarrea en los 2 primeros años de vida. Por otro lado, la revista The Lancet publicó en 2008 la investigación “Desnutrición en niños, enteropatía tropical, saneamiento y lavado de manos”, en la cual se estima que las intervenciones en saneamiento e higiene implementadas con un 99% de cobertura, pueden reducir la incidencia de diarrea en un 30%, lo que resultaría en una reducción de la prevalencia de retardo en el crecimiento de 2.4%³⁶.

A través de los procesos de análisis realizados en la sub comisión intersectorial de agua potable y saneamiento ambiental se ha concluido lo siguiente:

- No existe conciencia del rol institucional y la dimensión que tiene el agua para la seguridad alimentaria y nutricional;
- No se ha logrado una educación sanitaria de impacto; y
- Es necesario realizar un análisis de fuentes hidrográficas a nivel nacional para abastecer a toda la población.

Para abordar los retos relacionados con el problema de agua potable y saneamiento ambiental es necesario:

- Incrementar aceleradamente la educación sanitaria, una mayor cobertura con calidad y asegurar continuidad de los servicios con mayor énfasis en las áreas priorizadas.
- Fortalecer la asistencia oportuna y agilizar los procesos.
- Promover la participación de las comunidades en los procesos de toma de decisiones y gestión de los sistemas de agua y saneamiento.
- Destinar un porcentaje del presupuesto municipal al desarrollo de proyectos de agua potable y saneamiento.
- Crear incentivos para motivar la inversión en agua potable y saneamiento.

El objetivo de este eje programático es ampliar la cobertura y mejorar la calidad del agua y el saneamiento ambiental. Para lograr este objetivo se deben asegurar los siguientes hitos: **a)** Propiciar que las municipalidades inviertan al menos el 30% de su presupuesto en proyectos de agua, saneamiento y educación sanitaria; **b)** Crear un fondo de incentivos para premiar los municipios que alcancen los resultados planificados con fondos para nuevos proyectos de agua y saneamiento.

La vigilancia de la calidad del agua le corresponde al MSPAS; mientras que la cloración del agua y el incremento de la cobertura de agua y saneamiento ambiental, se lograrán a través de la participación activa de las municipalidades. El eje programático Agua y Saneamiento ambiental incluye las siguientes intervenciones:

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

35. UNICEF. Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe. Desafíos Número 2, abril de 2006.

36. USAID/Nutri Salud, URC. Leimos para usted. Desnutrición, enteropatía ambiental, saneamiento y lavado de manos. Edición No. 07 Guatemala, julio de 2014.



4. Disponibilidad y economía familiar

El incremento de la producción aumenta la disponibilidad de alimentos, mejora los ingresos de los hogares o reduce los precios de los alimentos. Se ha reportado que los huertos familiares mejoran la productividad, los ingresos de las familias, reducen la inseguridad alimentaria e incrementan la ingesta de calorías. Por otro lado, la mejora de los ingresos familiares puede tener un efecto positivo sobre la nutrición debido a que mejora el poder de compra de alimentos por los hogares y la ingesta de calorías³⁷.

El propósito del Programa de Disponibilidad de Alimentos y Economía Familiar, es lograr que en la mesa de los hogares de las familias atendidas haya disponibilidad de alimentos suficientes y variados, que propicien un consumo energético y nutricional, suficiente y adecuado, que incluya proteína animal y alimentos con fuentes de micronutrientes. Un aspecto importante para lograr este propósito, es el fortalecimiento del Sistema Nacional de Extensión Agrícola -SNER- del MAGA.

El eje programático disponibilidad y economía familiar incluye las siguientes intervenciones:

1. Aumento de la disponibilidad y consumo de proteína animal, principalmente huevo, a través de la protección del patrimonio aviar familiar.
2. Aumento de la disponibilidad de micronutrientes con producción de hortalizas, tubérculos, plantas nativas y frutas de alto valor nutritivo, en su orden:
 - Plantas nativas, especialmente amaranto, chipilín, hierba mora y otras, por medio de huertos familiares acompañados de bancos comunitarios, municipales o regionales de semillas; a lo que se agrega tubérculos y raíces, especialmente papa, yuca, malanga, camote y otros, por medio de huertos familiares y bancos grupales de materiales de reproducción.
 - Siembra de plantas frutales, proveídas a través de viveros locales.
 - Producción de hortalizas comerciales, especialmente crucíferas, cucurbitáceas y solanáceas en huertos familiares y mini predios.

3. Aumento de la capacidad de reserva de alimentos, en su orden:
 - Promoción de buenas prácticas y tecnologías apropiadas, especialmente de almacenamiento de granos (silos) y tratamientos de manejo de calidad del grano (especialmente materia de contenido de humedad, aflatoxinas y otros contaminantes).
 - Conservación de hortalizas y frutas (envasados, deshidratados, conservación a bajas temperaturas y otros).
 - Embutidos, lácteos y otros procesamientos de productos animales.
4. Aumento de la productividad de granos básicos, promoviendo buenas prácticas, en su orden:
 - Manejo y conservación de reservas de semilla de buena calidad.
 - Promoción de buenas prácticas de milpa, especialmente asociados, producción artesanal de semilla, manejo de épocas y densidades de siembra, agroecología y Manejo Integrado de Plagas -MIP-.
 - Promoción de prácticas y estructuras de conservación y manejo de humedad y fertilidad del suelo, con enfoque agroecológico especialmente sistemas agroforestales.
5. Aumento de la productividad agropecuaria comercial familiar con manejo de agua para actividades agropecuarias, especialmente cosecha de agua para mini riego y producción animal.
6. Encadenamientos de grupos organizados con acceso a oportunidades locales y externos de mercados, a servicios cooperativos de crédito, seguros, comercialización de insumos y productos y capitalización de incentivos con mecanismos micro financieros y generación de empleo.

Estas intervenciones beneficiarán a familias agricultoras de los mismos hogares de niños y niñas menores de dos años, que son atendidos por el MSPAS y el MIDES.

EJES TRANSVERSALES

En el modelo estratégico de prevención de la desnutrición crónica en Guatemala, la gobernanza, el cambio de comportamiento institucional, las alianzas, y el sistema de información, monitoreo y evaluación; son considerados enfoques operativos muy importantes. Por lo tanto, son ejes de transversalidad y horizontalidad, porque dirigen integralmente el accionar de los procesos estratégicos que requieren los ejes programáticos.

La transversalidad se logrará a través de la articulación y definición de una estructura de acción y participación organizada, normada, coherente, interdisciplinaria, globalizadora y contextualizada, para atender territorialmente desde las comunidades, el problema de la desnutrición crónica en la niñez menor de dos años. Uno de los principales objetivos de la transversalidad, es generar sostenibilidad de las acciones y apropiación de la gente respecto al problema de la desnutrición crónica.



37. Velásquez A. Efectividad de programas de reducción de la pobreza en la nutrición infantil y los determinantes económicos de la desnutrición en países de escasos recursos. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2009; 26(4): 478-93.

1. Cambio de comportamiento institucional

Para alcanzar la meta de reducción de la desnutrición crónica en 10 puntos porcentuales, es importante el cambio de comportamiento institucional, como una herramienta que facilitará el esfuerzo cooperativo del estado para obtener un objetivo común. Esta dinámica organizativa, responde a un esquema de comportamiento social de personas que cumplen con funciones específicas, que forman una estructura sistemática de niveles de ejecución y relaciones de interacción, con el propósito de producir bienes y servicios.

El fortalecimiento institucional para cambio de comportamiento debe responder al diseño de un modelo con desarrollo de liderazgo participativo y reflexión sobre los resultados alcanzados. Además, debe ser holístico, con intención definida, tener acciones claras, sostenibles y funcionales en el sistema de cada una de las instituciones, enfatizando en el talento humano. Para ello se debe definir la relación formal de funciones de las personas, con los flujos operativos relacionados de manera estructurada para facilitar la cooperación, negociación y toma de decisiones.

El cambio de comportamiento institucional estará enfocado a las instituciones gubernamentales, actores de la sociedad civil, sector privado, autoridades o líderes comunitarios, entre otros. En el cuadro 2 se presenta el comportamiento orientado a la estrategia que deben realizar las instituciones, las autoridades/directores, el personal administrativo y el personal operativo.

El eje transversal cambio de comportamiento institucional incluye las siguientes intervenciones:

1. Programa de comunicación e información;
2. Formación de recurso humano intersectorial e interinstitucional.

Comportamiento de instituciones	Comportamiento de autoridades / directores	Comportamiento del personal administrativo	Comportamiento de personal operativo
Alinean intervenciones y coordinan acciones	Apoyan y se comprometen con la estrategia	Facilitan, apoyan, viabilizan e innovan procesos	Implementan intervenciones con calidad
Orientan planes hacia los objetivos de la estrategia y asignan recursos	Se informan sobre la estrategia y la conocen	Conocen la estrategia y las metas institucionales	Comunican y socializan resultados a clientes internos y externos
Realizan alianzas con cooperación internacional para fortalecer intervenciones	Comunican sobre la estrategia	Practican la transparencia, honestidad y valores	Buscan fortalecer sus capacidades
	Promueven metas y planifican trabajo		Se ponen en el lugar del beneficiario (empatía)
	Priorizan recursos		Planifican y persiguen sus metas (monitoreo)

2. Gobernanza y alianzas

La estrategia incorpora la participación de múltiples instituciones de diferentes sectores, con intervenciones directamente vinculadas al objetivo de reducción de la desnutrición crónica, en un mismo territorio y con los mismos beneficiarios. La complejidad de los procesos requiere de una gobernanza efectiva que genere mecanismos de articulación intersectorial e interinstitucional. Los actores deben ser articulados en todos sus niveles a través de un reconocimiento de las rectorías sectoriales y de mecanismos efectivos de coordinación, comunicación y monitoreo.

Por *gobernanza* se entiende un sistema de normas, procedimientos y mecanismos *acordados*, formales y no formales, sobre el cual los actores clave deben *coordinar, interactuar, decidir y comprometerse*, con acciones y roles definidos en todos los niveles, para la prevención de la desnutrición crónica. Esta gobernanza debe partir desde lo local, debe ser medible a través de compromisos adquiridos, debe ser incluyente, transversal y transparente, debe facilitar la ejecución local efectiva, sostenible, eficiente y orientadora de la intervención del Estado.

Un elemento vital de la gobernanza es contar con una *entidad integradora fuerte con apoyo político local* que sea la responsable de vincular a todos los participantes. Esta institución a nivel municipal es la alcaldía, el alcalde es quien debe actuar como coordinador de las actividades, apoyado por las secretarías de la presidencia, para manejar los problemas y velar por la entrega de servicios de calidad. La gobernanza de la estrategia se gestionará a nivel municipal a través de los consejos municipales de desarrollo fortalecidos, en este espacio participarán los socios de esta estrategia.

Para generar la sostenibilidad de las intervenciones y participación en el espacio de gobernanza, se promoverá la firma de *convenios escritos* que establezcan los principios de la relación, las expectativas mutuas, los roles, las responsabilidades y los acuerdos y que proporcione un protocolo para actuar y responder, ya que es un compromiso manifiesto a nivel institucional.

Un elemento dinamizador de la gobernanza es una plataforma informática, tecnológicamente avanzada, que integra metas, resultados, programación, indicadores y reportes de utilidad, y que promueve una transparencia de ejecución, tanto financiera como

de procesos. Esta plataforma constituye una valiosa herramienta de coordinación, gestión, monitoreo y evaluación, que estará a disposición de los interesados y del público en general. Un mejor acceso a información produce mejores decisiones y reduce riesgos. Una mayor transparencia también ayuda al gobierno a monitorear el desempeño de los socios.

Con una gobernanza efectiva se logrará:

- Proveer una visión amplia compartida
- Alinear metas
- Priorizar lugares poblados
- Compartir la toma de decisiones para sobrepasar las diferencias entre las organizaciones
- Identificar problemas de comunicación
- Elaborar una programación que se complemente
- Administrar la tensión entre competir y colaborar
- Proveer servicios que responden a la diversidad de la demanda
- Expandir su alcance al permitirle aprovechar la cercanía, el espíritu innovador y la creatividad de los actores locales para resolver problemas locales.
- Sobreponerse a déficits de información y capacidades reducidas.
- Generar una mayor participación de las personas y comunidades en programas y políticas de gobierno a través de la autogestión.





Centros de Análisis Operativos

A través de los centros de análisis operativos, se identificarán los factores que obstaculizan u optimizan la ejecución, se establecerán canales de comunicación confiables, se coordinarán actividades entre los participantes, se reportará el avance o estancamiento de los procesos, se visibilizarán acciones y se construirán relaciones de confianza. Los centros de análisis operativos integrarán las necesidades, situaciones y problemáticas, las acciones que desarrollan las organizaciones, los avances de las intervenciones, los indicadores de procesos e impacto para el análisis y toma de decisiones.

Al integrar en este espacio a actores de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, iglesia, academia, sociedad civil, sector empresarial y líderes comunitarios, se promoverá la generación de alianzas para fortalecer las intervenciones a nivel comunitario. Se promoverá la identificación de una mujer líder dentro de la municipalidad para fortalecerla como campeona de la nutrición a nivel local.

El eje transversal de gobernanza y alianzas incluye las siguientes intervenciones:

1. Fortalecimiento del Sistema de Consejos de Desarrollo -SISCODE-/SINASAN, énfasis en Consejo Municipal de Desarrollo -COMUDE- y Comisión Municipal de Seguridad Alimentaria y Nutricional -COMUSAN-.
2. Promoción de la participación de la sociedad civil
3. Fortalecimiento de capacidades de personal institucional
4. Gestión y abogacía en los COMUDE.
5. Alineación y articulación de la cooperación interna y externa
6. Mapeo de actores

3. Sistema de información, monitoreo y evaluación

Este eje transversal facilitará la toma de decisiones mediante la provisión precisa y oportuna de datos e información, sobre la situación de la desnutrición crónica en niños menores de dos años, los planes de trabajo, el avance de los mismos, así como el efecto e impacto en la población objetivo. Su principal usuario es a nivel central el Presidente de la República de Guatemala, el CONASAN, la CPRDC y a nivel local los COMUSANes. La Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional -SESAN- será la responsable del diseño, implementación y operación del sistema de información, monitoreo y evaluación de la estrategia.

Alcance del sistema

1. Permitir el monitoreo y evaluación de la estrategia, con énfasis en los factores que obstaculizan el avance en la ejecución de las intervenciones.
2. Implementar un espacio común que integra, procesa, analiza y divulga información útil sobre la desnutrición crónica en niños menores de dos años.
3. Proveer información sectorial y multisectorial para fortalecer la coordinación de acciones.

Seguimiento especial del gasto

El Ministerio de Finanzas Públicas -MINFIN-, en coordinación con la SESAN, identificará las estructuras, productos y sub productos vinculados a la estrategia. Se fortalecerán los mecanismos de publicación y divulgación del gasto, a través de reportes específicos y tableros, entre otros, en concordancia con la política de transparencia del gobierno. De la misma manera, anualmente se realizarán propuestas sobre mecanismos que busquen la adecuada asignación y gestión de recursos vinculados a la estrategia.

Registro Único de Usuarios Nacional -RUUN-

Para fortalecer la integralidad, transparencia y evitar duplicidades, se integrará un RUUN de la estrategia a través del Ministerio de Desarrollo Social -MIDES-, entidad responsable por ley, de llevar un registro de todos los beneficiarios de los programas sociales del gobierno. El MIDES ya cuenta con una plataforma informática integradora de los sistemas de información de las entidades ejecutoras, de las intervenciones dirigidas a la misma población objetivo. Además, se coordinará con el Registro Nacional de las Personas -RENAP- para integrar el universo de la población a atender. La dinámica poblacional exigirá la actualización constante de individuos en el marco de la población objetivo.

Monitoreo

Para realizar un adecuado monitoreo se necesitan varias herramientas que permiten medir la situación, el avance de los planes y ajustes en los mismos. Los aspectos vinculados a la gobernanza, son fundamentales para ejecutar el monitoreo de la estrategia. El sistema de monitoreo incluye las siguientes herramientas:

1. Sala situacional (local y central) para monitorear el avance de indicadores de la estrategia.
2. Monitoreo de avance de metas físicas a nivel central de los productos asociados a la estrategia.
3. Monitoreo de avance a nivel central de la ejecución financiera de la estrategia.
4. Monitoreo de las acciones de la Ventana de los Mil Días -MONIMIL-.

Uso de Tecnologías de Información y Comunicación -TIC-

Algunas de las principales características de la información para la toma de decisiones son la calidad y la oportunidad. Los controles de calidad de cada dato asociado a la implementación, serán armonizados con cada institución ejecutora para determinar su confiabilidad. Respecto a la oportunidad del dato, se promoverán sistemas informáticos que busquen la intercomunicación *en tiempo real* de los mismos. Es decir, se buscará que todos tengan *el mismo dato, al mismo tiempo*.

Además, se aprovechará el uso de la tecnología celular móvil, para optimizar los tiempos de transmisión desde los niveles de ejecución local hacia los niveles centrales institucionales. En este tema, TulaSalud³⁸ reporta experiencias exitosas respecto a la disminución de la mortalidad materno-infantil, enfatizando la atención primaria y el uso de TICs. Este proyecto facilita el monitoreo epidemiológico informatizado, con el cual los tele facilitadores envían instantáneamente información epidemiológica sobre sus comunidades, empleando la plataforma tecnológica instalada en el teléfono celular³⁹.

El eje transversal monitoreo, evaluación y sistemas de información incluye las siguientes intervenciones:

1. RUUN, incluyendo geografía
2. Salas situacionales incluyendo situación, acuerdos y seguimiento
3. Gestión y presupuesto por resultados, incluyendo información e indicadores (de gestión, proceso -entradas, transformación de insumos y salidas-, avance financiero, físico)
4. Base de datos integrada en tiempo real
5. Evaluación de impacto de la estrategia
6. Monitoreo específico de temas núcleo (MONIMIL y otros)
7. Tableros ejecutivos según nivel

Indicadores de la Estrategia

El monitoreo y evaluación de la estrategia, se realizará utilizando los indicadores necesarios para el logro de los resultados relacionados con la reducción de la desnutrición crónica en niñas y niños menores de dos años. Las fuentes de información de los indicadores serán las encuestas nacionales (ENSMI y ENCOVI); además, los reportes emitidos por las unidades de monitoreo o los sistemas de información del MSPAS, MAGA y MIDES.

Esta información será utilizada para medir el cumplimiento de los indicadores programados y facilitará a los tomadores de decisión, determinar si los indicadores están alcanzando la meta esperada, según lo planificado. Para llevar a cabo el monitoreo y evaluación se han establecido los indicadores que se presentan en los anexos 1 y 2.



5. Auditoría social

La auditoría social es un proceso de monitoreo, seguimiento, verificación y evaluación cualitativa y cuantitativa que la sociedad civil realiza a la gestión del Estado y entidades no estatales que administran recursos del Estado o internacionales. Permite a líderes de las comunidades analizar la situación y presentar propuestas, de tal manera que con el tiempo y el ejercicio constante, las comunidades desarrollan la capacidad para ejecutar auditorías sociales en municipalidades, gobernaciones, CODEDES e instituciones y oficinas públicas departamentales, así como interactuar con propiedad ante las mismas⁴⁰.

La auditoría social es importante porque⁴¹:

- Contribuye a garantizar la equidad, eficiencia, eficacia, efectividad y transparencia de la gestión del Estado y de instituciones que manejan fondos del Estado.
- Involucra a la ciudadanía en la toma de decisiones.
- Aporta soluciones a los problemas desde el ámbito local al nacional.
- Garantiza la incidencia en la aplicación de políticas públicas.

Para promover la auditoría social en la implementación de la estrategia, se generarán alianzas estratégicas con actores clave de la sociedad civil organizada, el sector privado y organizaciones no gubernamentales, por ejemplo: Alianza por la Nutrición, Instancia de Consulta y Participación Social -INCOPAS-, Alianza Nacional de Organizaciones de Mujeres Indígenas por la Salud Reproductiva, la Nutrición y la Educación -ALIANMISAR-, Save The Children Guatemala, entre otros. Estos actores actualmente forman parte de la PMA-SUN- de país, que constituye un espacio de coordinación técnica en la que participan: representantes del gobierno, agencias de las Naciones Unidas, academia, donantes, sociedad civil y sector privado.

Como parte de la auditoría social se facilitará la participación ciudadana en la fiscalización y la rendición de cuentas durante el proceso de ejecución presupuestaria de la estrategia. La auditoría social incluirá la supervisión sobre el uso de los recursos estatales y la calidad de los servicios públicos. Durante la auditoría social se asegurará el acceso a la información pública para promover la transparencia en la implementación de la estrategia. Los avances en la ejecución de la estrategia, serán publicados en la página del SIINSAN.

El eje transversal auditoría social incluye las siguientes intervenciones:

- » Promoción de auditoría social permanente (transparencia, fiscalización):
 - en la gestión de la demanda,
 - durante la ejecución y
 - en los resultados, incluyendo la capacitación

38. <http://www.tulasalud.org/>

39. Aplicaciones Digitales para la Salud Materna e Infantil. Enero 2016. Disponible en: http://www.m2025-webservatory.org/uploads/3/9/5/1/39512321/aplicaciones_digitales.pdf

40. SEGEPLAN. Auditoría social de la Teoría a la Realidad: Estudio para la validación técnica y procedimientos de la auditoría social como herramienta de transparencia para uso de la sociedad civil en su relación con el Estado. Guatemala, 2006.

41. Red Nacional por la Integridad. Auditoría social comunitaria. Guatemala, 2010.

ACTORES Y RESPONSABLES DE EJECUTAR LA ESTRATEGIA

Las instituciones del gobierno, principalmente el MSPAS, MAGA, MIDES y la SESAN, son responsables en el marco de sus competencias y de las normas legales vigentes, de la ejecución y cumplimiento de los objetivos de la estrategia.

Por otro lado, con el fin de asegurar la ejecución de las acciones y el logro de los objetivos de la estrategia, se creó la CPRDC, a través del Acuerdo Gubernativo No. 45-2016.

Sin embargo, la ejecución de esta estrategia requiere la participación activa de múltiples instituciones de diferentes sectores, con intervenciones directamente vinculadas al objetivo de reducción de la desnutrición crónica, en un mismo territorio y con los mismos beneficiarios. A nivel municipal la ejecución de la estrategia se gestionará en los COMUDE, a través de la rectoría de los gobernadores departamentales.



PRESUPUESTO DE LA ESTRATEGIA

El presupuesto de la estrategia está incluido en los planes operativos anuales de SAN de las instituciones gubernamentales que participarán en forma directa en la ejecución de esta estrategia: MSPAS, MAGA, MIDES y SESAN. Además, se contará con el apoyo financiero de la cooperación internacional.

En las leyes anuales de presupuesto se garantizarán los recursos para la población objetivo de la estrategia, en el marco de la GpR y el Presupuesto por Resultados (Incentivo de cuota financiera y prohibición de trasladar el presupuesto de la estrategia).



ANEXOS



ANEXO 1. INDICADORES PRELIMINARES DE LA ESTRATEGIA

No.	Indicador	Tipo de indicador	Responsable
1	Prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de dos años	Resultado final	Comisión de gestión estratégica
Eje programático: Primer Nivel de Atención			
1	Proporción de niños menores de un año con serie primaria de vacunación	Producto	MSPAS
2	Proporción de niños de uno a dos años con esquema completo de vacunación	Producto	
3	Proporción de niños menores de dos años, con dos entregas de vitaminas y minerales espolvoreados	Producto	MSPAS
4	Proporción de niños menores de un año con una entrega de dosis de vitamina A	Producto	MSPAS
5	Proporción de niños menores de un año a menores de dos años con dos entregas de dosis de vitamina A (una semestral)	Producto	MSPAS
6	Proporción de niños menores de dos años que presentan casos de IRAs (neumonía) tratados con zinc terapéutico	Producto	MSPAS
7	Proporción de niños menores de dos años que presentan casos de EDAs tratados con zinc terapéutico	Producto	MSPAS
8	Proporción de niños de un año a menores de dos años con dos dosis de desparasitante (una semestral)	Producto	MSPAS
9	Proporción de mujeres embarazadas con cuatro entregas de hierro y ácido fólico	Producto	MSPAS
10	Proporción de mujeres embarazadas detectadas en el primer trimestre de embarazo	Producto	MSPAS
11	Proporción de mujeres embarazadas con cuatro controles prenatales	Producto	MSPAS
12	Proporción de niños y niñas menores de un año con al menos ocho controles de peso y talla	Producto	MSPAS
13	Proporción de niños de un año a menores de dos años con al menos ocho controles de peso y talla	Producto	MSPAS
14	Porcentaje de sistemas de abastecimiento de agua con test bacteriológico	Producto	MSPAS
15	Porcentaje de sistemas de abastecimiento de agua con test cloro residual	Producto	MSPAS
Eje programático: Disponibilidad y economía familiar			
1	Familias con menores de dos años capacitadas en vacunación de aves de corral	Producto	MAGA
2	Familias con menores de dos años capacitadas en huertos con plantas nativas	Producto	MAGA
3	Familias con menores de dos años capacitadas en conservación de suelos	Producto	MAGA
4	Familias con menores de dos años capacitadas en almacenamiento y procesamiento de alimentos	Producto	MAGA
5	Familias con menores de dos años capacitadas viveros frutales	Producto	MAGA
6	Familias con menores de dos años capacitadas cosecha de agua	Producto	MAGA
7	Familias con menores de dos años capacitadas organización para vincularse al mercado	Producto	MAGA
8	Familias con menores de dos años y mujeres embarazadas o en período de lactancia que reciben transferencias monetarias condicionadas	Producto	MIDES

No.	Indicador	Tipo de indicador	Responsable
Eje programático: Agua y saneamiento			
1	Porcentaje de comunidades con sistemas de agua	Producto	MSPAS, municipalidades
2	Porcentaje de sistemas de agua con equipo de desinfección	Producto	MSPAS, municipalidades
3	Porcentaje de sistemas de agua con contaminación bacteriológica	Producto	MSPAS, municipalidades
4	Porcentaje de fuentes de agua utilizadas como abastecimiento de un sistema de agua contaminada por vertederos de desechos sólidos	Producto	MSPAS, municipalidades
5	Porcentaje de cobertura de agua	Producto	MSPAS, municipalidades
6	Porcentaje de presupuesto asignado y ejecutado a las acciones de agua y saneamiento	Producto	MSPAS, municipalidades
7	Porcentaje de viviendas que están conectadas a la red de alcantarillado	Producto	MSPAS, municipalidades
8	Porcentaje de comunidades que cuentan con sistema de tratamiento de aguas residuales	Producto	MSPAS, municipalidades
9	Porcentaje de comunidades con sistemas de tratamiento de aguas residuales operando eficientemente	Producto	MSPAS, municipalidades
10	Porcentaje de viviendas con disposición adecuada de excretas	Producto	MSPAS, municipalidades
11	Porcentaje de comunidades rurales con servicio de recolección de desechos sólidos	Producto	MSPAS, municipalidades
12	Porcentaje de CODEDES y COMUDES sensibilizados en el tema de agua y saneamiento	Producto	MSPAS, municipalidades
13	Porcentaje de COCODES que administran sistemas de abastecimiento de agua	Producto	MSPAS, municipalidades
14	Porcentaje de sitios para la disposición final de desechos sólidos que cumplen con la normativa ambiental	Producto	MSPAS, municipalidades
Eje programático: Cambio de comportamiento			
1	Porcentaje de madres que reportan realizar las prácticas priorizadas	Producto	SESAN
2	Porcentaje de familias que reportan participar en una acción educativa relacionada con la estrategia	Producto	SESAN
3	Número de comunidades que implementan un plan de prevención para la desnutrición crónica	Producto	SESAN
Eje transversal: Gobernanza			
1	Número de personas pertenecientes a gobiernos municipales, instituciones vinculadas a la estrategia y líderes comunitarios que han recibido capacitación de la estrategia	Producto	SESAN
2	Número de municipios que cuentan con COMUDE o COMUSAN con centro de análisis operativo de la estrategia funcionando	Producto	SESAN
3	Número de municipios que a través del COMUDE o COMUSAN dan seguimiento a planes operativos institucionales vinculados con la estrategia	Producto	SESAN
4	Número de municipios que aumentan más del 10% de su presupuesto asignado respecto a su cuota inicial, a intervenciones priorizadas en la estrategia	Producto	SESAN
5	Número de municipios con mapeo de actores vinculados a la estrategia, actualizado antes del tercer trimestre del año	Producto	SESAN
6	Número de municipios que, al final del año, cuentan con un documento que sistematiza las experiencias y lecciones aprendidas en la implementación de la estrategia	Producto	SESAN
7	Número de municipios con indicadores de compromiso implementados	Producto	SESAN



ABREVIATURAS, SIGLAS
Y ACRÓNIMOS

ALIANMISAR Alianza Nacional de Organizaciones de Mujeres Indígenas por la Salud Reproductiva, la Nutrición y la Educación

ALIANZA POR LA NUTRICIÓN Alianza de organizaciones privadas y sociedad civil de Guatemala, comprometidos a combatir la desnutrición crónica.

BPN Bajo peso al nacer

CEPAL Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CODEDE Comisión Departamental de Desarrollo

CODESAN Comisión Departamental de Seguridad Alimentaria y Nutricional

COMUDE Consejo Municipal de Desarrollo

COMUSAN Comisión Municipal de Seguridad Alimentaria y Nutricional

CONSAN Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional

CONASAN Comisión Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional

EDAS Enfermedades diarreicas agudas

ENCOVI Encuesta Nacional de Condiciones de Vida

ENMICRON Encuesta Nacional de Micronutrientes

ENSMI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil

ENRDC Estrategia Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica

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

FAO Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura

GpR Gestión por Resultados

INCAP Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá

INCOPAS Instancia de Consulta y Participación Social

IFPRI Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias

IRAS Infecciones respiratorias agudas

KPI Indicador clave de rendimiento

MAGA Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación

MIDES Ministerio de Desarrollo Social

MINFIN Ministerio de Finanzas Públicas

MONIMIL Monitoreo de las acciones de la Ventana de los Mil Días

MSPAS Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

MTTC Modelo Transteórico de Cambio

MyPE Micro y pequeña empresa

OMS Organización Mundial de la Salud

PIB Producto Interno Bruto

PMA Programa Mundial de Alimentos

PMA-SUN Plataforma Multi Actor, en el marco del Movimiento SUN

PNDRI Política Nacional de Desarrollo Rural Integral

PSAN Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional

PPHO Plan del Pacto Hambre Cero

PRDC Programa para la Reducción de la Desnutrición Crónica

RENAP Registro Nacional de la Personas

RUUN Registro Único de Usuarios Nacional

SAN Seguridad Alimentaria y Nutricional

SEGEPLAN Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia

SESAN Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia de la República

SICOIN Sistema de Contabilidad Integrado

SIGSA Sistema de Información Gerencial en Salud

SIINSAN Sistema de información Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional

SINASAN Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional

SISCODE Sistema de Consejos de Desarrollo

SNER Sistema Nacional de Extensión Rural

SOSEP Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente

SUN Iniciativa Scaling up Nutrition/Ventana de los Mil Días

TIC Tecnologías de Información y Comunicación

UNICEF Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

USAID Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

VISAN Viceministerio de Seguridad Alimentaria y Nutricional del MAGA

