



**EVALUACIÓN CONJUNTA DE LA ACTIVIDAD ARTICULADA DE PROGRESANDO CON SOLIDARIDAD Y EL SERVICIO NACIONAL DE SALUD, CON APOYO DEL PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS, PARA LA PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN Y LA ANEMIA EN POBLACIÓN NUTRICIONALMENTE VULNERABLE DE LA REPÚBLICA DOMINICANA 2014 - 2020**

Noviembre 2021 | Versión final



# Personal clave para la evaluación

## OFICINA DE PAÍS DEL PMA EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

Gestora de la evaluación, Amalia De La Cruz

## PREPARADO POR

Iñigo Torres, Líder del Equipo

Jacqueline Frize, Evaluadora Internacional

Marsie González, Evaluadora Nacional

# Agradecimientos

KONTERRA agradece de manera especial a la Oficina del PMA en República Dominicana, a SUPÉRATE y al SNS por toda su colaboración en el desarrollo de la presente evaluación. El Equipo de Evaluación agradece a todas las entidades, personas y participantes del programa que accedieron a dar de su tiempo y contestar a nuestras preguntas a lo largo de todo el proceso de evaluación.

## Descargo de responsabilidades

Las opiniones expresadas en este informe son exclusivas del equipo de evaluación y no representan necesariamente la opinión del Programa Mundial de Alimentos. La responsabilidad por las opiniones expresadas en este informe es únicamente sobre sus autores. La publicación del presente documento no implica la aprobación por parte del PMA de las opiniones expresadas.

La denominación empleada y la presentación de los materiales en mapas no implican la expresión de ningún tipo de opinión por parte del PMA en lo que respecta la situación legal o constitucional de ningún país, territorio o zona marítima, ni sobre la delimitación de fronteras.

# Índice

Resumen .....	i
<b>1. Introducción.....</b>	<b>1</b>
1.1. Características de la evaluación .....	1
1.2. Contexto .....	2
1.3. Objeto de la evaluación .....	6
1.4. Criterios y preguntas de evaluación .....	11
1.5. Metodología, limitaciones y consideraciones éticas de la evaluación .....	12
<b>2. Hallazgos de la evaluación .....</b>	<b>17</b>
EQ1. ¿Los objetivos y el diseño del Componente de Nutrición responden a las necesidades de la población meta? .....	17
EQ2. ¿Las actuaciones nutricionales están alineadas con las prioridades nacionales y con políticas internacionales, incluidas con las prioridades programáticas del PMA y de otros socios? .....	22
EQ3. ¿La distribución de los micronutrientes en polvo y alimento complementario fortificado se produjo de forma adecuada y consideró además las necesidades de la población más vulnerable, en particular, las diferencias de género, socioeconómicas y por grupos etarios? .....	24
EQ4. ¿En qué medida la población meta prepara y consume adecuadamente los micronutrientes en polvo (MNP, Chispitas) y el alimento complementario fortificado (ACF, Progresina).....	31
EQ5. ¿El programa está generando los cambios en hábitos, prácticas y comportamientos necesarios de los actores intermediarios y de los grupos beneficiarios finales? .....	33
EQ6. ¿Son adecuados y efectivos los procesos de capacitación y asistencia técnica del PMA y el resto de los actores? .....	36
EQ7. ¿En qué medida la coordinación y el protocolo de actuación de PROSOLI, del Servicio NACIONAL de Salud y el acompañamiento del PMA han sido eficientes? .....	41
EQ8. ¿La supervisión, monitoreo y sistema de registros de PROSOLI, SNS y PMA está reportando la información necesaria para tomar decisiones sobre la implementación y ajustes del programa?.....	43
EQ9. ¿Cuál ha sido la relación coste/beneficio del componente de nutrición a lo largo del período evaluado? .....	45
EQ10. ¿En qué medida el componente de nutrición del programa está influyendo en la disminución de la desnutrición de los grupos participantes? .....	49
EQ11. ¿Qué otros efectos positivos y/o negativos se están produciendo en la población meta, las comunidades y las instituciones que son parte de la política pública de protección social? .....	52
EQ12. ¿Cuáles son los factores clave que influyen en la transferencia y sostenibilidad de las actuaciones? .....	54
<b>3. Conclusiones y recomendaciones.....</b>	<b>57</b>
3.1. Conclusiones .....	57
3.2. Lecciones aprendidas .....	60
3.3. Recomendaciones .....	61

<b>Anexos</b> .....	<b>65</b>
<b>Anexo 1. Resumen de los TDR</b> .....	<b>65</b>
<b>Anexo 2. Calendario</b> .....	<b>68</b>
<b>Anexo 3. Metodología</b> .....	<b>72</b>
<b>Anexo 4. Matriz de evaluación</b> .....	<b>77</b>
<b>Anexo 5. Herramientas de recopilación de datos</b> .....	<b>83</b>
<b>Anexo 6. Agenda del trabajo en el terreno</b> .....	<b>93</b>
<b>Anexo 7. Mapeo de las conclusiones y recomendaciones</b> .....	<b>105</b>
<b>Anexo 8. Lista de personas entrevistadas</b> .....	<b>109</b>
<b>Anexo 9. Bibliografía</b> .....	<b>111</b>
<b>Anexo 10. Encuesta</b> .....	<b>126</b>
<b>Anexo 11. Grupos Focales</b> .....	<b>136</b>
<b>Anexo 12. Teoría de cambio</b> .....	<b>143</b>
<b>Acrónimos</b> .....	<b>144</b>

# Listado de Figuras

Figura 1: Localidades visitadas en trabajo de campo.....	14
Figura 2: Pirámide para el desarrollo de Capacidades.....	54

# Listado de Gráficos

Gráfico 1: Evolución de la incidencia de la subalimentación (en proporción de población) .....	4
Gráfico 2: Principales ajustes del Componente de Nutrición en el periodo 2010-2020 .....	21
Gráfico 3: Distribución de MNP y Progresina en TM .....	26
Gráfico 4: Respuestas de la encuesta en cuanto a la disponibilidad de Chispitas .....	28
Gráfico 5: Respuestas de la encuesta en cuanto a la disponibilidad de Progresina .....	28
Gráfico 6: Número de beneficiarios totales por año .....	29
Gráfico 7: Porcentaje de personas beneficiarias respecto a la meta planificada .....	30
Gráfico 8: Tasa de lactancia materna .....	34
Gráfico 9: Presupuesto destinado al componente nacional en USD.....	45
Gráfico 10: Importe de insumos alimentarios en USD.....	46
Gráfico 11: Coste por receptor de suplementación (USD).....	47

# Listado de Tablas

Tabla 1: Actividades principales y contribución a las estrategias del Componente de Nutrición .....	8
Tabla 2: Estudios base.....	10
Tabla 3: Resumen de las preguntas de evaluación.....	11
Tabla 4: Raciones de planificación del programa por tipo de producto nutricional y categoría de personas beneficiarias .....	25
Tabla 5: Ejemplo de desajuste en el sistema de reporte (año 2019).....	26
Tabla 6: Número de beneficiarios a nivel nacional por categoría de población o grupos de actividad.....	30
Tabla 7: Capacitaciones realizadas en el periodo 2012-2018.....	38

# Resumen

## INTRODUCCIÓN

1. El presente Reporte corresponde a la Evaluación conjunta de la actividad articulada de Progresando con Solidaridad (PROSOLI), del Servicio Nacional de Salud (SNS), y del Programa Mundial de Alimentos (PMA), para la prevención de la desnutrición y la anemia en la población nutricionalmente más vulnerable en la República Dominicana. La evaluación ha sido comisionada por la Oficina País del PMA junto con PROSOLI y el SNS. **Sus objetivos principales** son la rendición de cuentas sobre resultados y el aprendizaje institucional. El **objeto de la evaluación** es la “acción articulada de PROSOLI y el SNS con el apoyo del PMA para la prevención de la desnutrición, la anemia y la mejora del estado nutricional en la República Dominicana desde 2014 hasta el año 2020.”

El Programa Progresando con Solidaridad -PROSOLI, actualmente llamado Supérate- es la principal línea de acción de protección social del Gobierno Dominicano, que integra a su vez el Programa Comer Es Primero, dirigido a los hogares más vulnerables en términos de pobreza estructural. El objetivo de este programa es complementar la alimentación básica de los hogares en situación de pobreza a través de transferencias monetarias condicionadas. A partir del año 2010, se incorporó un Componente de Nutrición, objeto de la presente evaluación, que tras diversas ampliaciones se dirige a los niños y niñas menores de cinco años, mujeres embarazadas y/o en periodo de lactancia, y personas envejecientes, en colaboración con el SNS.

**Los objetivos del Componente de Nutrición** son i) prevenir y reducir la anemia, ii) reducir la desnutrición crónica, iii) completar la dieta de envejecientes vulnerables, iv) mejorar los hábitos alimentarios, v) contribuir al aumento de la tasa de lactancia materna exclusiva y vi) prevenir la desnutrición aguda en mujeres embarazadas y lactantes. La principal modalidad de intervención es el suministro de Micronutrientes en Polvo (MNP; Chispitas Solidarias) y de Alimento Complementario Fortificado (ACF; Progresina). Otras de las actividades fundamentales del Componente son el fortalecimiento de las capacidades técnicas y empoderamiento de las instituciones y la consejería nutricional a las familias y comunidades. En el periodo 2014 al 2020, el **número promedio de beneficiarios** fue de 95,912 personas (niños y niñas menores de cinco años, adultos mayores y mujeres embarazadas y puérperas) que recibieron suplementación alimentaria anualmente. Adicionalmente el componente apoyado por el PMA ha permitido la capacitación de 5,743 agentes de salud del SNS en nutrición y 12,081 oficiales de PROSOLI en Consejería Nutricional y en Nutrición. En el año 2020, debido a la pandemia de la COVID-19 y a las dificultades de implementar las actividades a través de las Unidades de Atención Primarias (UNAP), el Componente de Nutrición se desarrolló a través de UNAP y de una red de 186 socios que permitieron distribuir Chispitas y Progresina a 122,287 personas. Los **recursos destinados** en el período que cubre la evaluación, 2014-2020, han sido en promedio US\$1,107,074.96 USD anuales. La totalidad de estos aportes provienen del Gobierno de la República Dominicana. En el año 2020, el PMA movilizó un aporte suplementario de la cooperación china para reforzar la respuesta a la pandemia.

## METODOLOGÍA

La metodología se ha articulado entorno a seis **criterios de evaluación**: Pertinencia, Coherencia, Efectividad, Eficiencia, Impacto y Sostenibilidad. A partir de ellos, el Equipo de Evaluación ajustó una matriz de 12 sub-preguntas en base a los Términos de Referencia, entorno a las cuales se han desarrollado las herramientas de consulta e investigación.

Se utilizó un **enfoque de métodos mixtos (cuantitativos y cualitativos)**. A través de los métodos cuantitativos se analizaron i) 300 documentos e informes relacionados con el programa, ii) una encuesta digital con la colaboración del SNS dirigida al personal de salud en la que se obtuvieron un total de 956 respuestas.

Los métodos cualitativos se utilizaron principalmente para recopilar y analizar datos primarios, contando con i) 59 entrevistas a informantes clave (38 mujeres, 21 hombres), ii) 3 grupos focales por videoconferencia (62 mujeres, 17 hombres), iii) visitas en 8 localidades del país para la observación directa en 11 UNAP y 28 hogares beneficiarios, en los que se entrevistaron a 32 personas beneficiarias, en su mayoría mujeres.

Las principales **limitaciones** fueron las lagunas significativas en cuanto a la data, a la documentación disponible en términos de informes de seguimiento y a los interlocutores disponibles para las entrevistas debido al cambio de administración y a la rotación del personal. Esto ha dificultado la recogida de información y la triangulación de fuentes. Adicionalmente, no existe un seguimiento de la situación nutricional ni a nivel de UNAP ni a nivel de componente, por lo que esta brecha de información en todo el periodo de evaluación limita en particular la medición del impacto.

## HALLAZGOS

### **¿En qué medida el componente de nutrición responde a las necesidades de la población?**

La desnutrición infantil, así como los elevados índices de deficiencia de micronutrientes y de anemia justifican plenamente actuaciones específicas en el país. El equipo evaluador encontró que la adopción del Componente de Nutrición fue particularmente relevante al dotar a la República Dominicana de una herramienta focalizada de lucha contra la desnutrición y da respuesta por tanto a una brecha notable en las políticas del país hasta entonces.

La focalización en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos a través del programa de PROSOLI o Supérate es además adecuada al vincular la lucha contra la pobreza con la lucha contra la desnutrición y viceversa. El Componente de Nutrición es claramente inclusivo en la medida en que no solo beneficia a las personas en pobreza estructural registradas por el Sistema Nacional, sino que se dio cobertura igualmente a grupos poblacionales sin documentos, que tienen dificultades de acceso a otros derechos y programas sociales.

La alianza PROSOLI-PMA-SNS fue lo suficientemente flexible como para minimizar el impacto negativo de la COVID-19 en las operaciones y abordar las nuevas necesidades creadas por la pandemia de forma adecuada.

El diseño del Componente abordó de manera indirecta la problemática de sobrepeso y obesidad. Sin embargo, no se incorporaron acciones específicas, pese a que la desnutrición y obesidad afectan a las mismas comunidades e incluso a las mismas familias, por lo que es conveniente no disociarlas operativamente. Tampoco se identificaron actividades de análisis de género que permitieran un desglose de roles específicos con el fin de vincularlos con el diseño del Componente de Nutrición.

### **¿En qué medida el componente de nutrición es coherente respecto a las políticas y prioridades nacionales y globales?**

El diseño del Componente de Nutrición está plenamente alineado con los compromisos adquiridos por la República Dominicana en relación con el ODS2 Hambre Cero. Además, el apoyo del PMA al Componente de Nutrición de PROSOLI y SNS (fortalecimiento del sistema de protección social y transferencias en efectivo condicionadas), es coherente con sus estrategias y políticas globales y regionales.

### **¿En qué medida la intervención nutricional ha alcanzado los objetivos y resultados esperados?**

La distribución de Chispitas y de la Progresina ha sido eficaz, pero con una cadencia insuficiente. La limitación del sistema logístico centralizado en la capital hace que en la práctica la planificación de entrega se reduzca a dos distribuciones anuales por UNAP y esté basada en la disponibilidad y no siempre en las necesidades. Esto se traduce en rupturas de stock en las UNAP, atribuibles también a las limitaciones presupuestarias del componente.

Se han identificado carencias en el monitoreo que no permiten analizar en profundidad la eficacia de la operación. Se distribuyeron en promedio 252 TM anuales en el periodo 2014-2020 para un promedio de 95,912 personas beneficiarias. Esto representa una tasa de cobertura del 72% respecto a lo planificado. No se han identificado barreras de acceso significativas, y de forma general las modalidades de distribución fueron respetuosas de las personas beneficiarias.

La población meta prepara y consume adecuadamente la Progresina. Sin embargo, se observa que con frecuencia este producto es compartido con otros miembros de la familia, lo cual limita su impacto en la persona que es receptora. Las Chispitas son igualmente muy bien apreciadas, si bien se observa que las personas

beneficiarias no siempre siguen las recomendaciones de preparación; esto genera mal sabor en el producto provocando el rechazo en parte de niñas y niños.

La corresponsabilidad del programa PROSOLI combinada con la distribución de insumos de suplementación alimentaria generan un cambio de comportamiento positivo incrementando las consultas a los centros de atención primaria. Sin embargo, los hábitos nutricionales inadecuados están muy arraigados y no se han generado los cambios suficientes en la población meta respecto a estos hábitos.

La República Dominicana se encuentra entre los países con los indicadores de lactancia materna más bajos de América Latina<sup>1</sup> por lo que éste es uno de los principales cambios de comportamiento que persigue el Componente de Nutrición. En el periodo evaluado, la tasa de lactancia materna exclusiva se ha incrementado desde el 4,7% (2014) hasta el 13% (2019)<sup>2</sup>. Pese a este incremento, las prácticas de lactancia materna siguen encontrándose en niveles muy insuficientes, en especial la lactancia exclusiva para menores de seis meses.

El acompañamiento técnico del PMA en materia nutricional representa uno de sus principales valores añadidos. El material técnico producido y las capacitaciones han contribuido a fortalecer los conocimientos y habilidades del personal técnico en cuanto a crecimiento y desarrollo infantil, atención al embarazo y puerperio, y consejería nutricional y de alimentación saludable.

### **¿En qué medida la intervención nutricional se ha desarrollado de forma eficiente y oportuna?**

La vinculación entre las tres instituciones ha funcionado, aunque se han producido desafíos en los tres niveles: nacional, regional y local. La implementación directa del PMA desde la capital a nivel local no siempre ha incluido adecuadamente los actores regionales, que son necesarios para empoderar el tejido institucional en todo el Estado.

La debilidad de los sistemas de información se ha suplido en buen parte con la elaboración de estudios temáticos e informes de impacto intermedios de calidad. El presupuesto del Componente de Nutrición tiene un alcance insuficiente en cuanto a volumen de beneficiarios y unos recursos limitados para vertebrar una política nutricional de respuesta a la desnutrición. El coste de oportunidad de no invertir los recursos suficientes es elevado por cuanto una mayor inversión generaría unos rendimientos sociales y económicos muy superiores para el país.

### **¿En qué medida la implementación del componente nutricional ha generado efectos significativos, positivos o negativos, intencionados o no?**

Las lagunas del monitoreo no han permitido medir el impacto de las actividades. Sin embargo, existen evidencias de estudios intermedios que demuestran impactos notables en materia de reducción de anemia y de desnutrición crónica en la población beneficiaria. Una encuesta reciente de ENHOGAR indica sin embargo que la desnutrición crónica se mantiene en niveles del 7% en el conjunto de población a nivel nacional, lo cual podría indicar una cobertura insuficiente del Componente.

Se han identificado importantes efectos multiplicadores que se sitúan i) a nivel de las operaciones entre SNS y UNAP, pero también en los socios locales; ii) a nivel de las familias con las actividades de producción y consumo; y iii) a nivel de las contribuciones del PMA que han visibilizado las problemáticas multisectoriales del hambre.

### **¿En qué medida los beneficios de la intervención continúan, o es probable que continúen, bajo un enfoque de apropiación gubernamental?**

El fortalecimiento del marco normativo e institucional existente es una condición fundamental para la sostenibilidad de las políticas de prevención y lucha contra la desnutrición.

---

<sup>1</sup> Datos PAHO para el periodo 2010-2014 <http://latinamericanscience.org/spanish/2014/05/practicas-de-lactancia-materna-en-america-latina/>

<sup>2</sup> UNICEF ONE Ministerio de Economía de la República Dominicana. 2021 sobre datos 2019. <https://www.unicef.org/dominicanrepublic/media/5376/file/Encuesta%20ENHOGAR-MICS%202019%20-%20Publicaci%C3%B3n.pdf>

## CONCLUSIONES

El Componente de Nutrición, es un buen ejemplo de optimización de un esquema de protección social que incorpora la transversalidad de la nutrición: por un lado, responde a las necesidades de la población más vulnerable, mediante un esquema focalizado de lucha contra la desnutrición y anemia. Por el otro, fortalece la estrategia de corresponsabilidad e incentiva las consultas de crecimiento y desarrollo del niño/a y de la madre lactante. Adicionalmente, responde a una brecha notable en las políticas públicas del país, y dota a la República Dominicana de unas actuaciones nutricionales que han permitido construir una estrategia e impulsar una política nacional de lucha contra la desnutrición.

Las debilidades del sistema de información han limitado el aprendizaje, el monitoreo, la vigilancia nutricional y el entendimiento de la cobertura y el impacto del programa y por tanto los ajustes que se pudieran realizar para mejorar su alcance y su dimensión, que parecen insuficientes.

Si bien el PMA ha asumido un rol central en la logística operativa, con una capacidad técnica notable, la combinación de la red de UNAP del SNS, que tienen una amplia cobertura nacional, y de PROSOLI/SUPÉRATE, con un fuerte anclaje comunitario, ha sido exitosa. Esto demuestra las sinergias de ambas instituciones para fortalecer el sistema de protección social a través de la focalización en los más vulnerables al tiempo que se refuerza el carácter universal y comunitario de la atención primaria.

Se han obtenido importantes logros en el desarrollo de capacidades institucionales, traducidos en un nuevo marco normativo que podría ofrecer buenos resultados si se implementa. El PMA ha jugado un rol importante como facilitador y propulsor de los procesos necesarios para asegurar el entorno propicio a la consecución del ODS2. Sin embargo, no se ha alcanzado uno de los objetivos iniciales del desarrollo de capacidades para facilitar el relevo a sus contrapartes nacionales en la ejecución integral de los programas para reducir la desnutrición crónica.

A nivel nacional, pese a las dificultades de coordinación que pueden existir entre instituciones de gobierno, se ha conseguido avanzar en la agenda del ODS2 e implementar el programa de forma coordinada. Aun así, es posible que el SNS, de reciente creación, requiera un mayor acompañamiento, protagonismo y apoyo para su fortalecimiento tanto por parte del Gobierno como de otros actores, incluido el PMA.

## LECCIONES APRENDIDAS

La desnutrición y la pobreza tienen causas múltiples que no pueden ser abordadas por un solo sector ni una sola institución. Por lo tanto, es necesario un enfoque multisectorial y de múltiples socios, que opera en varios niveles, desde las comunidades e instituciones, hasta el nivel de las políticas. El Componente de Nutrición es un buen ejemplo.

## RECOMENDACIONES

### **Recomendaciones Estratégicas:**

**R1: Consolidar y fortalecer el componente de nutrición del actual programa ALIMÉNTATE de Supérate** considerando un incremento presupuestario consecuente para alcanzar una mayor. Debe incorporarse en el diseño del Componente actividades específicas que permitan contribuir a la lucha contra la obesidad y el sobre peso.

**R2: Apoyar la implementación de la Hoja de ruta para el logro del ODS 2**, así como el Plan Nacional de Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional. Ambas estrategias son instrumentales para alcanzar los compromisos de la república dominicana en la lucha contra la malnutrición.

**R3: Apoyar el desarrollo de un sistema alimentario sostenible** que permita luchar contra las causas subyacentes de la malnutrición, reforzando la estrategia de fortificación de alimentos de consumo masivo, facilitando el desarrollo normativo necesario y promoviendo el acceso de los alimentos nutricionalmente mejorados a poblaciones vulnerables.

**R4: Mejorar los sistemas de información y de vigilancia nutricional** para conocer el estado nutricional de la población y monitorear los impactos de los programas nutricionales. Es necesario armonizar las herramientas de monitoreo de salud y seguimiento nutricional a través del liderazgo de SNS y del Ministerio de Salud Pública.

**R5: Reforzar las actividades encaminadas a contribuir al aumento de la tasa de lactancia** materna exclusiva, y apoyar el Plan Nacional de Lactancia Materna.

**R6: Implementar las acciones necesarias para asegurar la sostenibilidad de las acciones de nutrición,** mediante el desarrollo de capacidades institucionales y la mejora de la coordinación.

**Recomendaciones Programáticas y Operativas:**

**R7: Reforzar la estrategia de comunicación con comunidades** utilizando nuevas herramientas y enfoques y reforzando el enfoque de género de esta componente.

**R8: Revisar los mecanismos de abastecimiento y distribución** de productos de ACF y MNP.

**R9: Mejorar los mecanismos de coordinación** entre SUPERATE-SNS-PMA y reforzar la vinculación con otros actores del sector.

**R10: Reforzar el componente de capacitaciones** a personal de SNS y de SUPERATE a diferentes niveles.

# 1. Introducción

1. El presente Informe Final corresponde a la Evaluación conjunta de la actividad articulada de Progresando con Solidaridad (en adelante PROSOLI), del Servicio Nacional de Salud (en adelante SNS), y del Programa Mundial de Alimentos (en adelante PMA), para la prevención de la desnutrición y la anemia en la población nutricionalmente más vulnerable en la República Dominicana.

2. El propósito del presente Informe Final es la presentación de los hallazgos de la Evaluación, así como de las conclusiones y recomendaciones. En este informe se proporciona igualmente la información del contexto, el objeto y alcance de la evaluación, así como la metodología utilizada para el levantamiento y análisis de la data recolectada.

## 1.1. CARACTERÍSTICAS DE LA EVALUACIÓN

3. La evaluación descentralizada es una evaluación conjunta comisionada por la Oficina País del PMA junto con PROSOLI y el SNS. Ésta es una evaluación de actividad según la tipología del PMA, enmarcada bajo el Objetivo Estratégico 2 del Plan Estratégico de País (PSP) y ha sido encargada a The KonTerra Group (KonTerra), compañía internacional independiente especializada en la evaluación y el aprendizaje institucional. El presente Informe Final ha sido preparado por el Equipo de Evaluadores (en adelante EE) conformado por Iñigo Torres como Jefe de Equipo, Jaqueline Frize, Evaluadora Internacional, y Marsie González, Evaluadora Nacional.

4. **Objeto de la presente evaluación** es el conjunto de actividades articuladas para la prevención de la desnutrición y de la anemia, así como de las actividades complementarias realizadas en apoyo del programa en el periodo 2014 - 2020, en particular el fortalecimiento de las capacidades de PROSOLI y de las Unidades de Atención Primaria en Salud (UNAP) del SNS, enmarcado en el acuerdo interinstitucional entre el PMA y la Vicepresidencia del Gobierno, y entre el SNS y la Vicepresidencia.

5. **Justificación:** El 2020 marca el final del convenio entre PROSOLI y PMA, y también ha marcado un cambio de Administración y de Gobierno en la República Dominicana, por lo que, tras más de 10 años de implementación, del componente de nutrición, la presente evaluación tiene especial relevancia para revisar los distintos aspectos de la intervención e incorporar mejoras y lecciones aprendidas, de cara al diseño de la siguiente etapa de la acción conjunta.

6. Los **objetivos principales de la evaluación** son por un lado la rendición de cuentas sobre resultados y por otro el otro el aprendizaje institucional. En particular, la Evaluación es una herramienta para contribuir a la toma de decisión en cuanto al rediseño y continuación de las actividades.

7. El presente Informe Final de Evaluación culmina la tercera fase del proceso evaluativo. La primera fase correspondió al período de inicio que se llevó a cabo entre los meses febrero a mayo de 2021 y que permitió definir la metodología y realizar una revisión exhaustiva de la documentación recibida del programa. La segunda fase correspondió al trabajo de campo y recogida de datos realizado en la República Dominicana del 19 de julio al 3 de agosto de 2021. La tercera fase corresponde al análisis y triangulación de evidencias, llevando a la formulación de conclusiones y recomendaciones recogidas en el Informe Final.

8. **Partes interesadas:** Debe destacarse que la presente evaluación es una evaluación conjunta. En el contexto de la Agenda 2030, las evaluaciones conjuntas, en particular en el plano descentralizado, son más relevantes para la rendición de cuentas y el aprendizaje colectivos, así como para fortalecer el liderazgo nacional.<sup>3</sup>

9. Los usuarios principales de esta evaluación serán:

- **El Gobierno y la Oficina de País del PMA** y sus socios en la toma de decisiones para la definición de las siguientes estrategias tanto del PMA en la República Dominicana como de las nuevas autoridades públicas.

---

<sup>3</sup> Nota Técnica sobre evaluaciones conjuntas OEV PMA 2021.

- **Equipo de la ONU en el país:** La acción armonizada de la ONU debe contribuir al cumplimiento de los objetivos de desarrollo del Gobierno. Por lo tanto, su interés es asegurar que la operación del PMA sea efectiva y contribuya a los esfuerzos concertados de la ONU.
- **Las ONG** son los socios del PMA para la implementación de algunas actividades mientras llevan a cabo sus propias intervenciones en simultáneo
- **Las personas beneficiarias.** Los procesos evaluativos permiten reforzar la rendición de cuentas de los agentes que financian y/o implementan los programas sociales hacia sus beneficiarios.

## 1.2. CONTEXTO

10. La República Dominicana ha liderado durante los últimos 10 años el crecimiento económico de la región de Latinoamérica y el Caribe, promediando un crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) real de 5.6% anualizado, muy por encima del crecimiento promedio de la región, que fue de 1.8%<sup>4</sup>. Sin embargo, este impresionante crecimiento económico no se ha traducido en grandes avances sociales. Persiste una importante desigualdad y exclusión social. El país, con una población de diez millones de habitantes<sup>5</sup>, está clasificado como "**alto**" en el **Índice de Desarrollo Humano** de 2019 (0.756), pero cuando se ajusta por desigualdad, el índice disminuye en un 21.3% (0.595). El índice de Gini de igualdad de ingresos en la República Dominicana ha disminuido paulatinamente desde el año 2000 (0.52) hasta situarse en el año 2015 en 0.476. Esto indica una **disminución de la desigualdad** entre los niveles de ingresos de los hogares dominicanos<sup>7</sup>.

11. En términos de pobreza, se observa una **importante reducción de la pobreza** monetaria general a nivel nacional, que pasó de 39.7% a 21.0% de la población entre 2012 y 2019, registrando para entonces el valor más bajo en la historia reciente. Lo mismo ocurre con la pobreza extrema, que pasó de 9.9% a 2.7% en igual periodo, siendo también el registro más bajo del presente siglo<sup>8</sup>.

12. El país se encaminaba a cumplir la meta de alcanzar el estatus de alto ingreso para 2030. Sin embargo, la pandemia de **COVID-19 impactó de forma significativa** la economía de la República Dominicana, provocando en el segundo trimestre de 2020 una aguda contracción en todos los sectores críticos para la economía del país, tales como turismo, construcción y minería. La tasa de pobreza a nivel nacional subió 1.4 puntos porcentuales, para llegar hasta el 14.2% en 2020, mientras que la clase media se redujo en 2 puntos porcentuales hasta el 40%<sup>9</sup>. Mientras la pandemia de COVID-19 empujó a la República Dominicana a su primera recesión en casi 25 años, el país sigue expuesto al grave peligro que representan los huracanes, las inundaciones y demás eventos climatológicos extremos. El acceso a servicios de agua y saneamiento adecuados mejoró desde principios de la década de 2000, pero la exposición al cambio climático amenaza estas conquistas<sup>10</sup>.

13. El gasto en protección social, que incluye aquellas asignaciones destinadas a la atención de la población socialmente vulnerable, a la asistencia integral a las familias, la protección de niños, niñas y jóvenes, personas desempleadas y en condición de pobreza, ha recibido una inversión promedio en crecimiento en el periodo 2014-2018 tanto per cápita como en valores absolutos<sup>11</sup>. Durante el 2020, debido a la pandemia de COVID-19,

<sup>4</sup> Fuente: Banco Central República Dominicana: <https://www.bancentral.gov.do/a/d/2533-sector-real>

<sup>5</sup> La República Dominicana alcanzó los diez millones de habitantes en el año 2014 y actualmente tiene 10,74 millones de habitantes, con un crecimiento poblacional anual del 1%, según los datos del Banco Mundial. <https://datacatalog.worldbank.org/dataset/world-development-indicators>.

<sup>6</sup> El índice de Gini mide hasta qué punto la distribución del ingreso (o, en algunos casos, el gasto de consumo) entre individuos u hogares dentro de una economía se aleja de una distribución perfectamente equitativa. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI?locations=DO>.

<sup>7</sup> Informe sobre Desarrollo Humano - IDH. PNUD 2020.

<sup>8</sup> Informe de Análisis Común de las Naciones Unidas, NN-UU- República Dominicana 2021.

<sup>9</sup> Banco Mundial 2021. Informe General sobre la COVID-19 en la República Dominicana.

<sup>10</sup> Ibid.

<sup>11</sup> Sistema de indicadores sociales de la República Dominicana SISDOM (MEPYD, 2020).

los programas sociales de apoyo a los hogares específicos se incrementaron considerablemente, teniendo un efecto estimado de contracción en la pobreza potencial del 5.7%.<sup>12</sup>

14. En paralelo al crecimiento del país, la proporción de la **Ayuda Oficial al Desarrollo** recibida por la República Dominicana a partir del inicio de la década del 2000 respecto al gasto público ha disminuido sensiblemente hasta situarse por debajo del 1.0% del gasto del Gobierno central en el año 2019, mientras representaba más del 5.0% en los años '90 y más del 15.0% en los años 80.<sup>13</sup> El Componente de Nutrición evaluado, implementado en colaboración con el PMA, está financiado enteramente por los presupuestos de la República Dominicana. Adicionalmente, para el año 2020, el PMA movilizó recursos para responder a la emergencia del COVID, ampliando la asistencia del componente de nutrición.<sup>14</sup>

15. Entre los desafíos que el país identifica en materia de bienestar multidimensional se encuentran la calidad de los servicios públicos, vivienda y la lucha contra las desigualdades y la pobreza, según el Informe Voluntario de la República Dominicana para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).<sup>15</sup> En el conjunto de la población, a pesar de los avances, las desigualdades de género continúan socavando las oportunidades de desarrollo de las mujeres, en particular de las adolescentes y las niñas, poniendo en peligro las perspectivas del país de lograr el desarrollo sostenible. El **Índice de Desigualdad de Género** se sitúa en 0.455, ocupando el puesto 112 de 162 países (2019)<sup>16</sup>. La mortalidad materna, la mortalidad neonatal, la baja práctica de lactancia materna, los embarazos de adolescentes, los matrimonios y uniones tempranos, y la violencia de género, incluida la violencia sexual, son problemas sociales acuciantes.<sup>17</sup>

16. La lucha contra la desigualdad de género se articula en la República Dominicana a través del Ministerio de la Mujer desde el año 1999 que tiene la responsabilidad de diseñar y monitorear los Planes Nacionales de Género. En el año 2017 se desarrolló el **tercer Plan Nacional de Igualdad y Equidad de Género**<sup>18</sup> que tiene como objetivo vincular todas las acciones del Estado para alcanzar la igualdad plena en el periodo 2018-2030. Las entidades del Estado, incluida Vicepresidencia y PROSOLI, coordinan las acciones de género en el marco de este plan. En el año 2020, SUPÉRATE creó una Unidad de Género para asegurar la transversalidad de género y empoderamiento de la mujer a través de las políticas sociales que articula.

17. Existe igualmente una problemática migratoria persistente que representa el 5.7% de la población, lo que engrosa las bolsas de pobreza y exclusión en el país, con personas indocumentadas y **un acceso a derechos limitado**, en particular en zonas de frontera, siendo los migrantes haitianos los que más sufren esta situación, principalmente hombres.<sup>19</sup>

---

<sup>12</sup> CAC Naciones Unidas, 2020.

<sup>13</sup> Banco Mundial, 2020. Reporte de la Asistencia Oficial para el Desarrollo en la República Dominicana, <https://datos.bancomundial.org/indicador/DT.ODA.ODAT.XP.ZS?locations=DO>

<sup>14</sup> La donación de CIDCA (cooperación China) ascendió a USD\$900,000.

<sup>15</sup> [https://cepei.org/wp-content/uploads/2019/01/RepDominicana\\_V3-1.pdf](https://cepei.org/wp-content/uploads/2019/01/RepDominicana_V3-1.pdf)

<sup>16</sup> Informe de Análisis Común de las Naciones Unidas, NN-UU- República Dominicana 2021.

<sup>17</sup> Informe de Análisis Común de las Naciones Unidas, NN-UU- República Dominicana 2021.

<sup>18</sup> PLANEG. Ministerio de la Mujer. República Dominicana 2017  
[https://oig.cepal.org/sites/default/files/2019\\_planeg\\_iii\\_dom.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/2019_planeg_iii_dom.pdf)

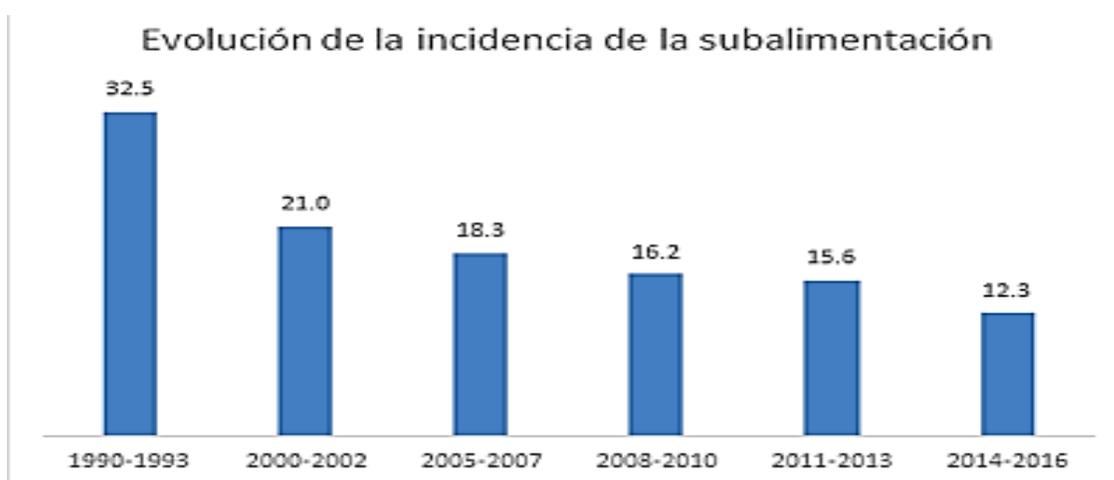
<sup>19</sup> OIM. Informe de país. 2019.

18. La República Dominicana ha logrado importantes avances respecto al cumplimiento de los **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)**, y en ampliar el acceso a la educación<sup>20</sup> y la salud<sup>21</sup>, pero la calidad dispar de estos servicios sigue siendo un gran obstáculo para el crecimiento de base amplia y el desarrollo del capital humano.

19. En el año 2016 la República Dominicana creó una Comisión Interinstitucional de Alto Nivel para el Desarrollo Sostenible, integrada por las principales instituciones públicas con responsabilidades directas en cada uno de los ODS, así como por la sociedad civil y el sector privado, para la implementación de la Agenda 2030. En lo que se refiere al **ODS2 de lucha contra el hambre**, se creó una estrategia de reducción de la pobreza multidimensional que busca fortalecer la seguridad alimentaria y nutricional, para enfrentar la desnutrición crónica, persistente entre niños y niñas en pobreza, la malnutrición en poblaciones específicas y promoviendo la productividad y en la pequeña agricultura.<sup>22</sup>

20. La expansión de la actividad económica y del ingreso per cápita, así como la reducción de la incidencia de la pobreza y desigualdades se ha traducido en una mayor capacidad de compra de alimentos, y en una reducción de la subalimentación, indicador que mide la proporción de población estimada que consume un total de kilocalorías por día inferior al nivel recomendado<sup>23</sup>. La subalimentación ha declinado progresivamente en los últimos 25 años tal y como se muestra en el Gráfico 1.

**Gráfico 1: Evolución de la incidencia de la subalimentación (en proporción de población)**



Fuente FAO. "Informe de Situación de la Seguridad Alimentaria y la Nutrición en la República Dominicana". Borrador.

<sup>20</sup> Educación. Esta subfunción fue el principal destino de la inversión pública entre los años 2014-2018. El gasto en infraestructura escolar en todos los niveles (inicial, básica, media, superior, de adultos, técnica y vocacional) registró un monto anual promedio ascendente a RD\$16,083.8 millones y de RD\$1,603.0 por habitante a nivel nacional. La inversión pública de la subfunción representó, en promedio, alrededor del 3.5% del gasto público total, el 21.3% del gasto de capital total y el 0.6% del PIB. Alrededor del 67.4% de la ejecución total de la inversión pública en educación fue territorializada a nivel regional, con un monto promedio de RD\$11,208.9 millones. Caracterización de la inversión Pública en República Dominicana. <https://mepyd.gob.do/wp-content/uploads/drive/UAAES/Informes%20%26%20Boletines/Boletines%20de%20Coyuntura/2020/To%CC%81pico%20de%20Coyuntura%20No.%209%20Caracterizacio%CC%81n%20de%20la%20inversio%CC%81n%20pu%CC%81blica%20en%20RD.pdf>

<sup>21</sup> La inversión pública en salud, la segunda subfunción más importante en servicios sociales y la sexta en el gasto de capital total, registró un gasto promedio de RD\$5,604.8 millones en 2014-2018. En términos relativos, el gasto promedio de esta subfunción representó el 3.3% del gasto público total. SISTEMA DE INDICADORES SOCIALES DE LA REPÚBLICA DOMINICANA SISDOM (MEPYD, 2020).

<sup>22</sup> Plan Nacional para la Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional 2019-2022.

<sup>23</sup> Fuente FAO. "Informe de Situación de la Seguridad Alimentaria y la Nutrición en la República Dominicana". Borrador. P. 16.

21. Sin embargo, en el año 2020, la pandemia tuvo efectos negativos en la **seguridad alimentaria**. Así, en el año 2019, el 1% de la población se encontraba en situación de inseguridad alimentaria severa mientras que el 19% se encontraba en situación de inseguridad alimentaria moderada. Esta situación se agravó a finales del año 2020, con alrededor 2.7% de la población con inseguridad alimentaria severa y 19% en situación de inseguridad alimentaria moderada.<sup>24</sup>

22. En la República Dominicana el sector agropecuario produce cerca del 80% de los alimentos que demanda la población.<sup>25</sup> Sin embargo, este sector mantiene una baja competitividad y rentabilidad y su participación porcentual con respecto a otros sectores de la economía tiende a hacerse cada vez más pequeña, oscilando entre un 7 y 8% del PIB total.

23. En República Dominicana, los datos de la última Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) indicaban que la **prevalencia de la desnutrición infantil crónica** ha declinado de 16.5% (1991) a 6.9% (2013)<sup>26</sup> si bien se ha mantenido en 7% según la misma encuesta hasta el año 2019.<sup>27</sup> La desnutrición infantil aguda, que supone un bajo peso en talla o extrema delgadez, ha permanecido estable en un 2.0% de la población total desde 2002.<sup>28</sup> Por otro lado, las **deficiencias de micronutrientes** representan un problema de salud principalmente para los niños y las niñas menores de 5 años y las mujeres en edad reproductiva. La encuesta nacional de micronutrientes del Ministerio de Salud Pública (2009) muestra que el 34.0% de las mujeres en edad fértil no embarazadas presentaban anemia, al igual que el 37.0% de las mujeres que dieron a luz durante los 12 meses previos a la encuesta, y el 28.0% de niños y niñas menores de 5 años y 61.0% de niños y niñas entre 6 y 11 meses. La prevalencia de la desnutrición en la población de 15-49 años pasó de 0.82% en 2007 a 0.71% en 2011.

24. Por otro lado, en el país viene incrementándose la **prevalencia de obesidad**. La obesidad en los grupos más vulnerables, muy particularmente las mujeres, tiene rasgos distintivos tales como: factores alimentarios, deficiencias de micronutrientes, aumento del consumo de grasa y de azúcar, falta de actividad física, y falta de educación en alimentación y nutrición.<sup>29</sup> La Encuesta de Demografía y Salud del año 2013 indica que el sobrepeso afecta al 7.0% de los niños y niñas<sup>30</sup> y que el porcentaje de obesidad son más alto en la mujer con un 20.8% con respecto a un 13.0% en el hombre.<sup>31</sup> El informe señala igualmente que las madres con malnutrición tienen más riesgo de que sus hijos e hijas también la presenten. Por esta razón es prioritario reducir la anemia por deficiencia de hierro entre las mujeres en edad fértil, la cual ha aumentado ligeramente en el país de 26.0% en el 2009 a un 30.0% en el año 2013, así como debe reducirse la anemia en niños y niñas lactantes, especialmente en menores de 12 meses.

25. Por todo lo anterior, se desarrolló un Plan Estratégico Nacional de Nutrición (2013-2016), el cual contempló como ejes temáticos la planificación, educación nutricional, alimentación y nutrición hospitalaria, así como nutrición y seguridad alimentaria en procesos de desarrollo local y la fortificación de los alimentos con micronutrientes, entre otros.<sup>32</sup>

---

<sup>24</sup> PMA. WFP 2021 Dominican Republic Country Brief.

<sup>25</sup> Ibid.

<sup>26</sup> Encuesta de Demografía y Salud ENDESA 2013. República Dominicana.

<sup>27</sup> Encuesta de Demografía y Salud ENDESA 2019. República Dominicana.

<sup>28</sup> Ibid, menores de 5 años.

<sup>29</sup> "El costo de la doble carga de la desnutrición: impacto social y económico en la República Dominicana". La investigación muestra que, del total de casos de obesidad analizados, el 61% eran mujeres y 39% eran hombres.

<sup>30</sup> Encuesta de Demografía y Salud ENDESA 2013. República Dominicana. Pág 176.

<sup>31</sup> Ibid

<sup>32</sup> <https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/1302>

### 1.3. OBJETO DE LA EVALUACIÓN

#### Objeto Evaluado

26. El **objeto de la evaluación conjunta** es la “acción articulada de PROSOLI y el SNS con el apoyo del PMA para la prevención de la desnutrición, la anemia y la mejora del estado nutricional en la República Dominicana desde 2014 hasta el año 2020”. El alcance de la evaluación es todo el territorio nacional.

27. Progresando con Solidaridad (PROSOLI) es la principal línea de acción de protección social del Gobierno Dominicano, que surge de la fusión de dos programas, Progresando y Solidaridad, mediante Decreto n.º 488-12 en el año 2012, el cual lo señala, además, como la principal estrategia de erradicación de pobreza<sup>33</sup>. Ésta es la principal institución dominicana encargada de la intervención social, a través de la integración de transferencias monetarias condicionadas, acompañamiento socioeducativo y vinculación con otros programas y servicios del Estado, articulados en acciones que se fundamentan en siete componentes<sup>34</sup> entre los que se encuentra el Componente de Nutrición. Este Componente se integra a su vez en el Programa Comer es Primero (PCP) que beneficia a los hogares que tienen Índice de Calidad de Vida (ICV) I y II, es decir hogares más carenciados en términos de pobreza estructural<sup>35</sup>. Su objetivo es complementar la alimentación básica de los hogares en situación de pobreza con la condición de que la futura madre asista a chequeos clínicos de su embarazo y se lleve periódicamente al médico a los niños y niñas menores de cinco años del núcleo familiar para medir su peso y talla, garantizando así el seguimiento a su crecimiento y salud. El programa otorgó hasta el año 2020 una ayuda económica mensual de ochocientos veinticinco pesos dominicanos (RD\$825.00, aproximadamente US\$15.00) a cada jefe o jefa de las familias beneficiarias para adquirir alimentos en los comercios asociados a la Red de Abastecimiento Social (RAS)<sup>36</sup>. A partir de mayo 2021 el programa Progresando con Solidaridad es sustituido por el programa SUPÉRATE que incluye unas transferencias monetarias de RD\$1,650.00, aproximadamente US\$29.00<sup>37</sup>. Todos estos programas tienen un alcance nacional, en todo el territorio y provincias.

28. Desde el año 2010, los programas del Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales reciben el apoyo activo del PMA. Tras una fase piloto en la región Cibao Central<sup>38</sup> el PMA amplió el apoyo a PROSOLI a través del Movimiento Hambre Cero<sup>39</sup> al conjunto del territorio nacional. El PMA en República Dominicana desarrolla igualmente programas de apoyo en seguridad alimentaria para mujeres con VIH y de reducción de riesgos y preparación a desastres naturales.<sup>40</sup>

29. Con base en lo anterior, desde el mes de noviembre del año 2010 se implementó en el país el Componente de Nutrición de PROSOLI dirigido a poblaciones vulnerables con altos índices de pobreza estructural a nivel nacional (ICV I y II), en el marco del programa PCP. El Componente priorizó inicialmente a los

---

<sup>33</sup> PROSOLI 2021. <https://www.prosoli.gob.do/nosotros/somos/>

<sup>34</sup> Los siete componentes actuales son: Identificación, Salud Integral, Educación, Formación Humana y Conciencia Ciudadana, Seguridad Alimentaria, Nutrición y Generación de Ingresos, Habitabilidad y Protección del Medioambiente y Acceso a las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC).

<sup>35</sup> La medición de la pobreza se efectúa a partir de un enfoque multidimensional, que combina distintas características de la vivienda, el hogar y sus miembros. Conforme a lo anterior, se genera un Índice de Calidad de Vida (ICV) que asigna a los hogares puntajes en una escala que varía de 0 a 100. El índice de <https://siuben.gob.do/como-trabajamos/como-medimos-la-pobreza/>.

<sup>36</sup> Según la descripción del programa de la Administradora de Subsidios Sociales del Gobierno de la República Dominicana. <http://www.adess.gob.do/subsidios/programa-comer-es-primero/>

<sup>37</sup> De acuerdo con la descripción del PROSOLI facilitada en <https://www.prosoli.gob.do/programas/>

<sup>38</sup> En los municipios de Jarabacoa, Constanza y Concepción de La Vega, con 3,275 niños y niñas (fuente PMA).

<sup>39</sup> El “Movimiento Hambre Cero República Dominicana” busca aunar esfuerzos y articular acciones desde el Gobierno, la sociedad civil, el sector privado, la academia, las iglesias y la cooperación internacional para erradicar el hambre y la malnutrición en el país antes del año 2030. <https://es.wfp.org/noticias/vicepresidencia-y-wfp-crean-plataforma-para-erradicar-el-hambre>

<sup>40</sup> PMA Annual country Report 2019.

niños y niñas de 6 a 59 meses, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, en colaboración con el Servicio Nacional de Salud, mediante el suministro de Micronutrientes en polvo (MNP; Chispitas Solidarias) a estos tres grupos<sup>41</sup> en las Unidades de Atención Primaria (UNAP) de las regiones más vulnerables. A partir de abril del 2011, el programa se amplió, incluyendo un esquema de educación nutricional, desarrollo de materiales educativos, vigilancia nutricional comunitaria y el monitoreo de campo con cobertura a nivel nacional, siempre a través de las UNAP<sup>42</sup>.

30. En el año 2014<sup>43</sup> se integra un componente de alimento complementario fortificado (Progresina) en el marco del esquema de prevención de la malnutrición y de lucha contra la anemia, y se incluye además a la población envejeciente en el programa – adultos mayores-<sup>44</sup>. Igualmente se incrementaron las acciones de educación nutricional ya existentes con el fin de mejorar las prácticas alimentarias de la población beneficiaria de PROSOLI. Esto ha resultado en una estrategia combinada de protección social sensible a la nutrición y atención de la salud, incluida la distribución de alimentos nutritivos especializados a través de los centros de atención primaria de la salud, con asesoramiento del personal de salud del SNS y enlaces comunitarios de PROSOLI.

31. El **objetivo general** de la intervención nutricional conjunta PROSOLI-PMA-SNS es prevenir la desnutrición crónica y anemia y mejorar el estado nutricional de la población en República Dominicana. Para ello, el Componente de Nutrición se marca seis **objetivos específicos**.

1. Contribuir a la prevención y control de las deficiencias de micronutrientes en niños y niñas de 6 a 59 meses, mujeres embarazadas y madres lactantes mediante el suministro de micronutrientes en polvo y un alimento complementario fortificado.
2. Contribuir a la prevención de la desnutrición crónica en niños y niñas de 24 a 59 meses y desnutrición aguda en niños y niñas de 6 a 23 meses mediante el suministro de un alimento complementario fortificado.
3. Contribuir a mejorar la calidad de la dieta en los adultos/as mayores, mediante el suministro de un alimento complementario fortificado.
4. Contribuir al aumento de la tasa de lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes y con alimentación complementaria hasta los dos años.
5. Lograr cambios de actitudes y prácticas de alimentación y nutrición e incrementar los conocimientos de la comunidad sobre una alimentación saludable, mediante acciones de capacitación, comunicación y participación comunitaria.
6. Contribuir a la prevención de la desnutrición aguda en mujeres embarazadas y en periodo de lactancia mediante el suministro de un alimento complementario fortificado.

32. Además de los objetivos señalados para mejorar la situación nutricional de la población, desde su inicio, la colaboración entre el PMA, PROSOLI y SNS ha perseguido el reforzamiento mutuo de los objetivos institucionales de cada parte<sup>45</sup>, por lo que un componente importante de la estrategia ha consistido en las actividades de fortalecimiento de las capacidades técnicas y empoderamiento de las instituciones<sup>46</sup>. Al mismo tiempo, se ha perseguido reforzar la corresponsabilidad a través del fortalecimiento del personal y de las comunidades en los niveles regional, provincial y comunitario<sup>47</sup>. El Programa Mundial de Alimentos tiene como

---

<sup>41</sup> Entrevistas con informantes clave de PROSOLI SNA y PMA.

<sup>42</sup> Informe Final subcomponente de nutrición del Programa PROSOLI- PMA 2010-2013.

<sup>43</sup> Convenio firmado entre el Gobierno de la República Dominicana y el PMA en octubre de 2013.

<sup>44</sup> Entrevista con personal de PMA y PROSOLI, Mayo 2021.

<sup>45</sup> Entrevistas con Personal de PMA, PROSOLI y SNS. Mayo 2021.

<sup>46</sup> TDR PMA “En coordinación con el Ministerio de Salud y del Servicio Nacional de Salud, implementar un plan que identifique y responda a las necesidades existentes tales como armonización de las Normas técnicas con las Normas de actuación a nivel de la UNAP, revisión de indicadores nutricionales en las acciones del programa de atención al embarazo que contribuyan a la disminución de la mortalidad materna e infantil.”

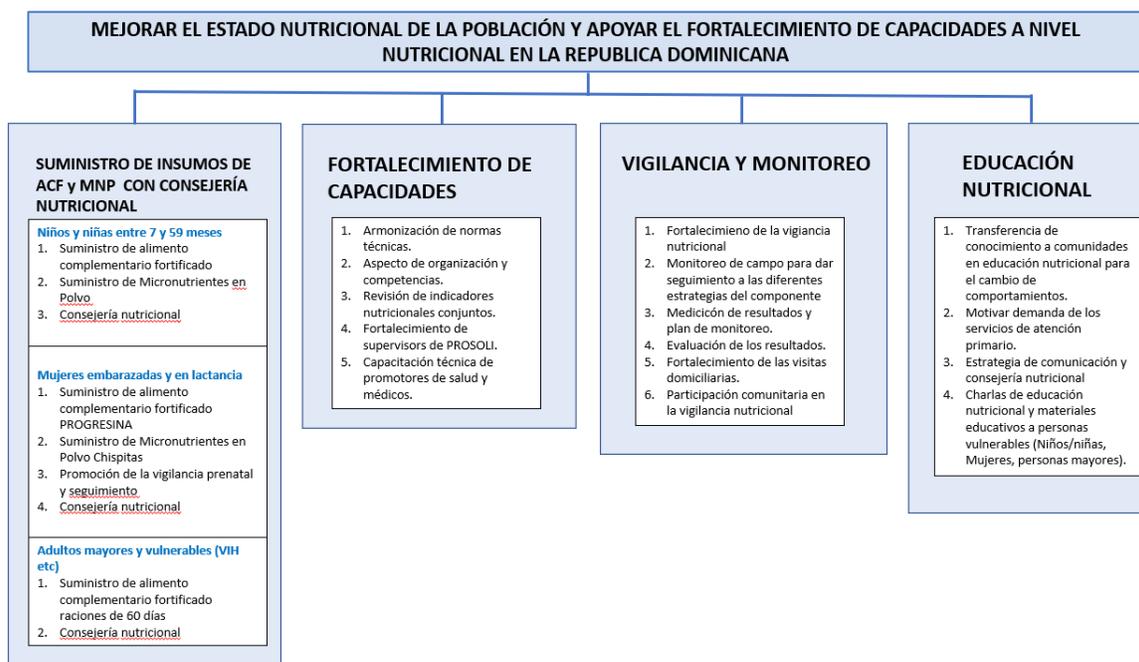
<sup>47</sup> Annual Country Report (ACR) PMA 2020.

uno de sus ejes de intervención en los países socios el fortalecimiento institucional de los Gobiernos y de las capacidades técnicas, en el marco del apoyo a la consecución de los ODS (Objetivo estratégico 5<sup>48</sup>).

33. Es importante destacar que las actividades nutricionales no conforman un programa diferenciado, sino que se insertan como componente del programa Comer Es Primero que a su vez es un componente de la acción de PROSOLI. Se trata por tanto de un subcomponente limitado en su alcance, que se inscribe dentro de las políticas sociales que benefician anualmente a cinco millones de dominicanos. Se implementa a través de los programas de promoción de la salud correspondientes a la cartera de servicios del primer nivel de atención del SNS en el marco de las corresponsabilidades en salud de los hogares. Durante su ejecución, este enfoque ha tenido ajustes en la meta de beneficiarios y en el esquema de implementación como se ha mostrado en los puntos anteriores. En consecuencia, el marco lógico del PMA que articula la implementación ha variado parcialmente de año en año con distintas formulaciones, si bien se han mantenido los siguientes actividades o ejes de intervención en el periodo evaluado.

1. Prevención y control de las deficiencias de Micronutrientes y prevención de la desnutrición crónica en niños y niñas de 0 a 59 meses.
2. Alimentación complementaria para las mujeres embarazadas y en período de lactancia, así como para las y los adultos/as mayores.
3. Vigilancia nutricional.
4. Educación Nutricional para el Cambio de Comportamientos en Nutrición.
5. Fortalecimiento de capacidades en nutrición

**Tabla 1: Actividades principales y contribución a las estrategias del Componente de Nutrición**



Fuente: Equipo evaluador

<sup>48</sup> Resultado estratégico del OE 5: El apoyo internacional a las actividades de fortalecimiento de las capacidades, en especial en el marco de la cooperación Sur-Sur y la cooperación triangular, presta servicios comunes, mejora la ejecución de los planes nacionales dirigidos a alcanzar todos los ODS mediante una mayor transferencia de tecnología, el recurso a la innovación, la mejora del acopio de datos y de su calidad y el intercambio de conocimientos (meta 9 del ODS 17).

34. El marco lógico del PMA que articula la implementación ha variado parcialmente de año en año para incluir los ajustes presentado, con distintas formulaciones, si bien no se ha desarrollado una **Teoría del Cambio** (TDC) propia de este componente.<sup>49</sup> Una parte del proceso de la evaluación ha sido construir una TDC centrada en las actuaciones que son evaluadas con el objeto de entender mejor los mecanismos de transformación, impacto y sostenibilidad que se alcanzan, o no, mediante la intervención, así como los factores de éxito. La Tabla 1 presenta un esquema de las principales actividades y estrategias, y el Anexo 12 presenta una propuesta más amplia de la TDC con los supuestos identificados. Este esquema fue construido a partir de las aportaciones de varias organizaciones participantes en el taller mencionado en la sección anterior, elaborado a partir de la revisión de los marcos lógicos y documentos de proyectos y tabla de actividades y estrategias disponibles. Se destaca que, en este taller, los participantes subrayaron que no se puede separar el suministro de insumos de la consejería nutricional que deben recibir cada uno de los participantes. Por otro lado, se determinó que en la medida en la que los factores que pueden contribuir o limitar la consecución de los objetivos perseguidos son múltiples y transversales (ver la Teoría de Cambio en anexo 12), es necesario tener una estrategia multisectorial para confrontar la malnutrición.

35. El Objetivo principal de la oficina país del PMA en el periodo evaluado ha consistido fundamentalmente en la reducción de la desnutrición crónica y la anemia. El PMA en la República Dominicana también ha apoyado programas de alimentación escolar, programas de seguridad alimentaria en zonas urbanas con huertas comunitarias y rurales durante el año de la pandemia, y prestado apoyo específico a la población con VIH. En esto años el PMA también ha desarrollado programas de preparación frente a desastres naturales.

36. **La población meta beneficiaria:** En el periodo 2014 al 2020, el número promedio de beneficiarios fue de 95,912 personas que recibieron suplementación alimentaria anualmente. La actividad más importante en cuanto a número de beneficiarios ha sido la suplementación en Chispitas para los niños y niñas menores de cinco años, con un promedio anual de 31,721, entre los años 2014 y 2020, seguido por la actividad de suplementación de adultos mayores, con un promedio anual de 29,947. En el mismo periodo, el promedio de mujeres embarazadas y puérperas beneficiarias fue de 3,963 por año.

37. La distribución de Progresina y de Chispitas fueron las principales **modalidades de transferencia** utilizadas en el componente. Sin embargo, el Componente de Nutrición ha beneficiado igualmente a 182,271 jefes y jefas de hogares que han recibido capacitación sobre micronutrientes y en alimentación saludable. Adicionalmente el componente apoyado por el PMA ha permitido la capacitación de 5,743 agentes de salud del SNS en nutrición y 12,081 oficiales de PROSOLI en Consejería Nutricional y en Nutrición en todo el periodo evaluado<sup>50</sup>.

38. En el año 2020, debido a la pandemia de **COVID-19** y a las dificultades de implementar las actividades únicamente a través de las Unidades de Atención Primaria (UNAP), el Componente de Nutrición se desarrolló a través de una red de 186 socios que permitieron distribuir Chispitas y Progresina a 123,287 personas siguiendo los mismos lineamientos del componente de nutrición de PROSOLI.

39. Respecto a las **dimensiones de género**, debido a la naturaleza del programa materno infantil, existe un enfoque predominante hacia las mujeres embarazadas y lactantes, y hacia la infancia, que representan más del 69.0% de los beneficiarios<sup>51</sup>, sin contar a las mujeres envejecientes beneficiarias del programa<sup>52</sup>. El Componente de Nutrición evaluado -más allá de estar dirigido fundamentalmente a las mujeres- no integra

---

<sup>49</sup> Si bien los TDR indican que existe una Teoría del Cambio elaborada para el componente, el Equipo de evaluación no ha recibido un documento que la formule claramente.

<sup>50</sup> *Íbidem*.

<sup>51</sup> Se procurará determinar el porcentaje exacto a lo largo de la evaluación. En la fase inicial, el EE no ha recibido información desglosada del número de adultos mayores mujeres y hombres beneficiarios del Componente de Nutrición. El resto de la población beneficiaria está constituida en un 100% por mujeres embarazadas y puérperas, así como de niños y niñas.

<sup>52</sup> No se ha obtenido la información desagregada por sexo del grupo beneficiario de Adultos y Adultas Mayores, que representa el 31,15% de los beneficiarios acumulados en el periodo 2014-2018.

además un análisis en materia de igualdad y empoderamiento de género explícito propio del componente<sup>53</sup>. Si bien no incluye actividades y presupuesto específicos en materia de empoderamiento de la mujer, debe recordarse que el componente de nutrición forma parte de un componente de asistencia alimentaria -Comer Es Primero- más amplio y de un programa de política social -PROSOLI- que sí que cuentan con estrategias y programas de igualdad de Género y empoderamiento de la mujer y que en particular desde el año 2020 articulan una estrategia de género con el Ministerio de la Mujer en el marco de la Ley Nacional de Equidad. El SNS también cuenta con una oficina de Equidad de Género y desarrollo y con una Unidad intrahospitalaria de Género. Como se ha detallado en el contexto, la desnutrición afecta de forma diferenciada a mujeres y hombres, niños y niñas, no solo por los aspectos biológicos, anemia y embarazo, por ejemplo, sino también por aspectos de igualdad: pobreza, desigualdad de roles en el hogar y en la sociedad. Otra de las problemáticas vinculadas a la nutrición y género es el alto grado de niñas y adolescentes embarazadas en el país<sup>54</sup>.

40. **Los recursos destinados** en el período que cubre la evaluación, 2014-2020, han sido de US\$1,000,000.00 anuales constantes. La totalidad de estos aportes provienen del Gobierno de la República Dominicana <sup>55</sup>. El análisis de coste beneficio en la sección segunda aportan un análisis del gasto anual.

41. Finalmente, se referencian en la Tabla 2 las revisiones y evaluaciones anteriores relacionadas con el Componente de Nutrición evaluado, que han medido en particular el impacto sobre el estado nutricional de la población beneficiaria y que serán tenidos en cuenta como información clave para la evaluación.<sup>56</sup>

**Tabla 2: Estudios base**

Nombre del informe	Resultado
Evaluación de medio término del proceso de implementación del Subcomponente de Nutrición del Programa Progresando con Solidaridad, 2013	El estado nutricional de los niños y niñas se encontró por debajo de los niveles que presentaban otras encuestas como la ENDESA, 2007. El equipo evaluador concluye que a través de este componente se ha logrado disminuir en más de un 50.0% los niveles de anemia en la población estudiada con relación a la línea de base. Sin embargo, el equipo recomienda continuar la suplementación con micronutrientes en polvo, principalmente en la población de 6 meses a 5 años, con una estrecha supervisión del programa, promoción de la consulta de Vigilancia y Promoción del Crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas de 0 a 5 años y suministro de Chispitas Solidarias para niños y niñas de 6 a 59 meses.
Ministerio de Salud, Proyecto de investigación ACF: evaluación de impacto de los ACF en beneficiarios de PROSOLI 2017	La Progresina tiene una aceptación superior al 90.0% de los participantes en el estudio de investigación.  El grupo poblacional donde se observa mayor incidencia de algún tipo de carencia de nutrientes, anemia o desnutrición es en el de niños y niñas de 5 a 11 años (11.3% del total de niños y niñas participantes en el estudio)
Evaluación de impacto de PROSOLI 2019. Impactos de las transferencias monetarias	El análisis indicó la importancia del acompañamiento de los hogares y del monitoreo de la participación de los/as beneficiarios/as para el éxito del programa. PROSOLI tiene un impacto positivo en la seguridad alimentaria. Los participantes del programa tienen 7.5 puntos porcentuales menos

<sup>53</sup> Entrevistas con el personal del PMA y PROSOLI y revisión documental.

<sup>54</sup> No se ha obtenido en esta fase información acerca del número de mujeres beneficiarias embarazadas o puérperas menores de 18 años, ni se conoce si el grado en que las actividades del Componente de Nutrición están coordinadas con las actividades específicas dirigidas a esta población.

<sup>55</sup> Entrevistas mantenidas con informantes clave de PROSOLI y PMA. El monto establecido en los memorandos de entendimiento entre el Gobierno de la República Dominicana se estableció en Dólares americanos.

<sup>56</sup> Para mayor desglose de la documentación revisada, ver 12

condicionadas y el acompañamiento sociofamiliar.  Universidad de California Berkeley (UCB)	probabilidades de haber saltado alguna comida en el último mes anterior a la encuesta.
--	--

## 1.4 CRITERIOS Y PREGUNTAS DE EVALUACIÓN

42. La metodología se ha articulado entorno a los criterios de evaluación del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Estos criterios, recogidos en los Términos de Referencia (TDR), son: Pertinencia, Efectividad, Eficiencia Impacto y Sostenibilidad. Adicionalmente, en la fase de Inicio se acordó incluir el criterio de Coherencia<sup>57</sup>, con el fin de investigar en más profundidad la consistencia del Componente de Nutrición respecto a su contexto, incluidas normas y lineamientos internacionales de referencia, y poner en valor aspectos positivos o desafíos desde este enfoque. A partir de estos 6 criterios, el Equipo de Evaluación ajustó una matriz de 12 sub-preguntas en base a los TDR, entorno a las cuales se han desarrollado las herramientas de consulta e investigación, tales como las guías de entrevistas y las encuestas, así como en definitiva toda la metodología de la evaluación. Este marco analítico principal se presenta en el Anexo 4 - Matriz de Evaluación, que detalla las sub-preguntas, los indicadores, los métodos de recopilación de datos y las fuentes de datos.

**Tabla 3: Resumen de las preguntas de evaluación**

<b>PERTINENCIA</b> ¿En qué medida el componente de nutrición responde a las necesidades de la población?
1. ¿Los objetivos y el diseño del componente nutricional responden a las necesidades de la población meta?
<b>COHERENCIA</b> ¿En qué medida el componente de nutrición es coherente respecto a las políticas y prioridades nacionales y globales?
2. ¿Las actuaciones nutricionales están alineadas con las prioridades nacionales y con políticas internacionales, incluidas con las prioridades programáticas del PMA y de otros socios?
<b>EFICACIA</b> ¿En qué medida la intervención nutricional ha alcanzado los objetivos y resultados esperados?
1. ¿La distribución de los micronutrientes en polvo y alimento complementario fortificado se produjo de forma adecuada y consideró además las necesidades y situación nutricional de la población más vulnerable, en particular las diferencias de género, socioeconómicas y por grupos etarios?
2. ¿En qué medida la población meta prepara y consume adecuadamente los micronutrientes en polvo (MNP, Chispita) y el alimento complementario fortificado (ACF, Progresina)?
3. ¿En qué medida el programa está generando los cambios en hábitos, prácticas y comportamientos necesarios de los actores intermediarios y de los grupos beneficiarios finales?
4. ¿Son adecuados y efectivos los procesos de capacitación y asistencia técnica del PMA y el resto de los actores?
<b>EFICIENCIA</b> ¿En qué medida la intervención nutricional se ha desarrollado de forma eficiente y oportuna?

<sup>57</sup> inicialmente los TDR no consideraban la inclusión de este criterio de forma prioritaria al haber sido evaluada en el año 2013.

5. ¿En qué medida la coordinación y el protocolo de actuación de PROSOLI, del Servicio de Salud y el acompañamiento del PMA han sido eficientes?
6. ¿La supervisión, monitoreo y sistema de registros de PROSOLI, SNS y PMA está reportando la información necesaria para tomar decisiones sobre la implementación y ajustes al programa?
7. ¿A lo largo del periodo evaluado cuál ha sido la relación coste/beneficio del componente nutricional?
<b>IMPACTO ¿En qué medida la implementación del componente nutricional ha generado efectos significativos, positivos o negativos, intencionados o no?</b>
8. ¿En qué medida el componente de nutrición del programa está influyendo en la disminución de la desnutrición de los grupos participantes?
9. ¿Qué otros efectos positivos y/o negativos se están produciendo en la población meta, las comunidades y las instituciones que son parte de la política pública de protección social?
<b>SOSTENIBILIDAD ¿En qué medida los beneficios de la intervención continúan, o es probable que continúen, bajo un enfoque de apropiación gubernamental?</b>
10. ¿Cuáles son los factores clave que influyen en la transferencia y sostenibilidad de las actuaciones?

43. Adicionalmente, **de forma transversal, el equipo evaluador ha explorado igualmente la aplicación del enfoque de género** y sus indicadores de equidad de género y empoderamiento de mujeres (GEWE por sus siglas en inglés) en todo el ciclo del programa, esto incluye herramientas del programa, diseño y objetivos del componente e implementación, así como los impactos generados. Así mismo, se han explorado elementos de cumplimiento y garantía de los derechos humanos de referencia y de acuerdo con las políticas internas y externas del SNS, PMA y PROSOLI, desde el diseño hasta la implementación y monitoreo del componente, con el fin de verificar criterios de inclusión y equidad, tal y como se detalla en Anexo 3 (Metodología).

## 1.5 METODOLOGÍA, LIMITACIONES Y CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA EVALUACIÓN

44. El equipo utilizó un enfoque de **métodos mixtos** para dar respuesta a las preguntas clave: por un lado, métodos cuantitativos en relación con los insumos nutricionales, productos generados por las actividades y data monitoreada por el programa, así como por otras fuentes, y, por otro lado, métodos cualitativos durante la fase de campo a través de entrevistas, grupos focales y observación directa.

45. Los métodos de recopilación de datos se diseñaron para dar respuesta a las preguntas de evaluación y con la intención también de superar las limitantes metodológicas que se anticiparon, detalladas más adelante en particular respecto a la situación prevalente en pandemia de COVID-19. Las herramientas de investigación utilizadas funcionaron como estaba contemplado en el Informe de Inicio, tal y como se detalla en el Anexo 3 – Metodología, y se resume aquí, con una participación incluso mayor de la esperada inicialmente:

- a. **Revisión documental:** El equipo de evaluación realizó una revisión exhaustiva de la documentación disponible de los programas de PROSOLI, SNS y PMA, así como materiales de antecedentes y de fuentes secundarias, alrededor de 300 documentos (Ver Anexo 9), incluidos estudios y evaluaciones precedentes.
- b. **Trabajo y observación de campo:** los evaluadores visitaron un total de 8 localidades en la República Dominicana y 11 UNAP lo cual permitió generar información primaria sobre las personas en contacto directo de las actividades del programa y obtener una mejor comprensión del entorno operacional del componente, incluido condiciones de acceso a los centros de atención primaria, condiciones de almacenamiento, utilización de fichas y registro, y existencia de material de medición.
- c. **Entrevistas en profundidad semiestructuradas a personal de PMA, SNS, PROSOLI/SUPÉRATE y partes interesadas:** Se realizaron un total de 59 entrevistas a 38 mujeres y 21 hombres, del personal técnico y directivo de las organizaciones implementadoras, promotores de salud y personal médico

en las UNAP, enlaces o supervisores de SUPÉRATE en el terreno, coordinadores de campo del PMA, organizaciones de la sociedad civil (ONGs y Asociaciones) y otros actores de interés (Sistema de Naciones Unidas, otras instituciones gubernamentales) tanto en Santo Domingo como durante las visitas de terreno. El Anexo 8 ofrece la lista de personas entrevistadas. Las entrevistas fueron presenciales en su mayoría durante el trabajo de campo, o a través de videoconferencia, dependiendo de las localidades en las que el personal se encontraba y de las medidas relacionadas con la pandemia.

- d. **Entrevistas cualitativas semiestructuradas a personas beneficiarias:** se seleccionaron 32 hogares beneficiarios pertenecientes a los 4 grupos poblacionales meta: i) 9 madres de niños y niñas beneficiarios; ii) 4 mujeres y adolescentes embarazadas; iii) 2 mujeres lactantes y iv) 14 personas envejecientes (10 mujeres y 4 hombres) para ser entrevistas durante el trabajo de campo en las 8 localidades seleccionadas, según el muestreo que se detalla más abajo en este apartado y en el Anexo 3.<sup>58</sup>
- e. **Grupos focales:** se realizaron un total de 3 grupos focales por videoconferencia con el personal territorial vinculado a PROSOLI en el periodo 2014-2020. Se identificaron y contactaron un total de 189 personas por WhatsApp, de las cuales participaron 79 en las tres sesiones por la plataforma Zoom, 62 mujeres y 17 hombres. Adicionalmente se realizó un mini grupo focal con personal de supervisión de SUPÉRATE (8 en total de las que 5 eran mujeres) en un espacio semi abierto.
- f. **Talleres de validación:** se realizó un taller de inducción a la evaluación con 12 participantes (5 hombres y 7 mujeres) de 9 organizaciones en el que se hizo un trabajo de grupo para la revisión de la Teoría de Cambio del Componente de Nutrición. También se realizó un trabajo de grupo con 8 personas del PMA (6 mujeres, 2 hombres) para discutir acerca de los desafíos de la intervención, así como otros dos talleres más de retroalimentación con el Comité Conjunto de Evaluación y el Grupo de Referencia de la Evaluación para contrastar hallazgos<sup>59</sup>.
- g. **Encuesta digital:** En colaboración con el SNS, se realizó una encuesta dirigida al personal médico de las UNAP que ha trabajado durante el periodo de la evaluación para obtener una muestra mayor del personal del SNS incluido personas no activas pero que lo estuvieron en algún momento del período de alcance de la evaluación. La encuesta fue distribuida por el SNS entre los enlaces regionales que a su vez distribuyeron a los provinciales y locales y a sus bases de datos telefónica del personal de salud a su cargo en las 2,674 Unidades de Atención Primaria de Salud en toda la geografía nacional. Esta metodología permitió recopilar opiniones y experiencias para un análisis de tendencias. Se obtuvieron un total de 956 respuestas, de las cuales 760 fueron de mujeres y 195 de hombres.

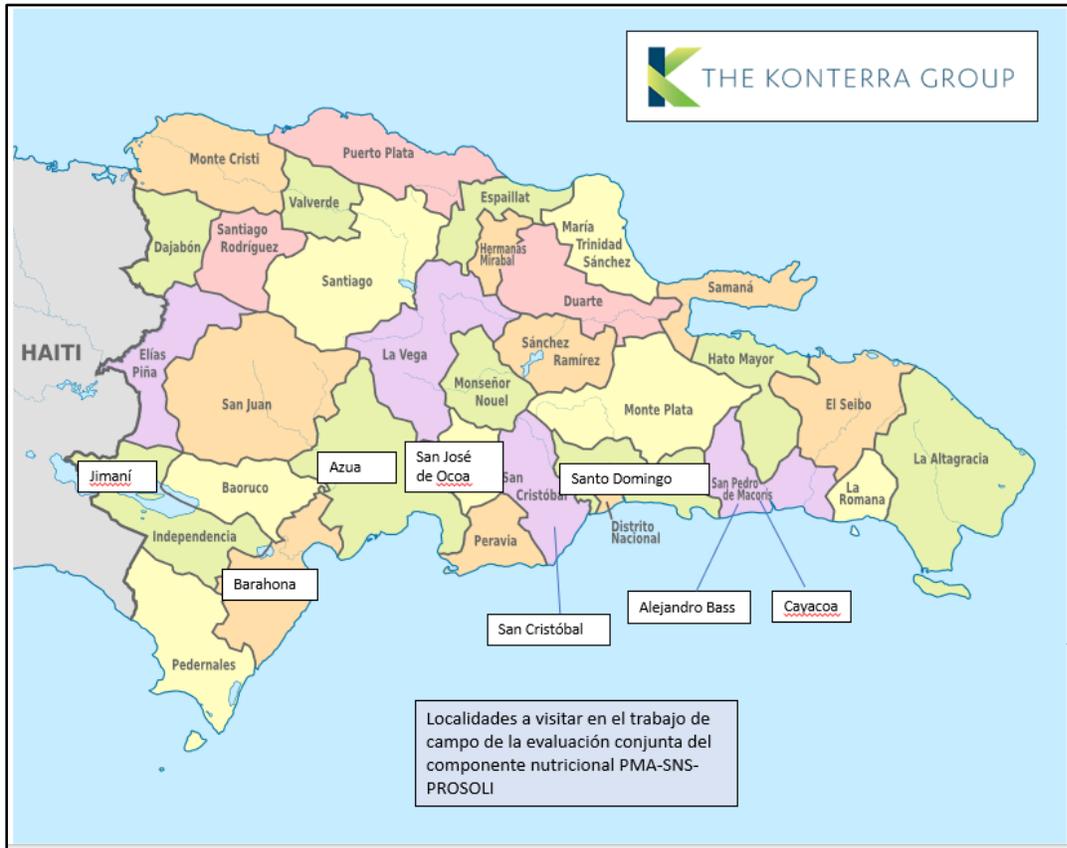
---

<sup>58</sup> Se contó con el apoyo de PROSOLI para ubicar a las personas a entrevistar, con la condición, debido a la pandemia, de que debíamos evitar espacios cerrados. Se trasladó el perfil de beneficiarios que se deseaba entrevistar, incluidos padres y madres. Sin embargo, PROSOLI no pudo ubicar padres disponibles en el momento de la visita.

<sup>59</sup> Grupo de Referencia de Evaluación (GRE) conformado por partes interesadas clave (internos y externos) para asistir a la evaluación, revisar y comentar todos los entregables de la evaluación (TDR, instrumentos, borrador de informe inicial e informe final) y ejercer supervisión sobre la metodología. El GRE contribuye a la relevancia, imparcialidad y credibilidad de la evaluación.

## MUESTREO

Figura 1: Localidades visitadas en trabajo de campo



Fuente: Equipo Evaluador

46. Con el objetivo de realizar el trabajo de campo se seleccionaron las siguientes regiones y localidades: i) Gran Santo Domingo, ii) Región Sur Central (San Cristóbal y San José de Ocoa) iii) Región Sur Este (Cayacoa, Alejandro Bass) y iv) Región Frontera Sur (Barahona, Azua, Jimaní).

- **Riqueza de muestreo:** La selección establecida procuró, por un lado, captar las diferencias entre espacios rurales y urbanos y, por otro, entender el desarrollo del proyecto en los espacios socioeconómicos más vulnerables en las zonas más deprimidas, en contraste con zonas menos desfavorecidas de la República Dominicana. Se seleccionaron igualmente zonas con acceso limitado a servicios de salud (como Frontera Sur) en contraste con zonas más accesibles (Santo Domingo). Como se esperaba, este muestreo permitió identificar tendencias de comportamiento diferenciados del Componente de Nutrición entre espacios con características distintas. Aun así, las visitas a localidades en el territorio del país y de las personas a entrevistar fueron de carácter de muestreo deliberado, y no muestreo representativo.
- En la selección geográfica realizada se aseguró de que existiera un socio implementador de PROSOLI para evaluar la implementación del componente en el año 2020 así como una UNAP para investigar el desarrollo de las intervenciones en el periodo evaluado.

## PROCESOS DE CONTROL DE CALIDAD Y ENFOQUES DE TRIANGULACIÓN

47. **Prueba piloto:** El Equipo de Evaluadores hizo una visita de campo inicial para armonizar las herramientas de entrevistas a los hogares y al personal de PROSOLI. Adicionalmente se realizó una ronda de 5 entrevistas con la presencia de todo el equipo de evaluación con el fin de armonizar estilos y afinar las herramientas. Por otro lado, se validó la encuesta a las UNAP con un piloto previo en los días anteriores en su puesta en línea con varios participantes.

48. **Triangulación:** Se utilizó la triangulación de fuentes, métodos y de investigadores para validar y analizar los hallazgos. Se consideraron hallazgos aquellos que son el resultado coincidente de varias herramientas de investigación (por ejemplo, entrevistas individuales a personal médico, coherente con resultados de la encuesta, coherente con la revisión documental y/o viceversa). La triangulación ofrece la posibilidad de reducir riesgos inherentes a los estudios cualitativos y la alternativa de poder visualizar un problema desde diferentes ángulos y de esta manera aumentar la validez y consistencia de los hallazgos. La comparativa de fuentes y metodologías permite convertir elementos de investigación en hallazgos que son reportados en este informe. La combinación de estos hallazgos se convierte así en evidencia.

49. **Indagación apreciativa:** El equipo de evaluación realizó dos talleres internos de triangulación y dos sesiones de retroalimentación<sup>60</sup> que permitieron afinar algunos de los elementos encontrados. La sistematización de datos se realizó durante un primer taller de análisis en el cual los miembros del Equipo Evaluador compartieron la evidencia obtenida para cada pregunta de evaluación con la fuente exacta. La fortaleza de la evidencia obtenida con las metodologías cualitativas y cuantitativas fue valorada por el número de fuentes, con un requisito mínimo de tres fuentes. La triangulación y el consenso de los miembros del Equipo Evaluador (EE) fueron la base de la valoración de la evidencia (Anexo 5). A su vez, los hallazgos coincidentes y complementarios han permitido a los evaluadores extraer las conclusiones expresadas en este informe, que alimentan las recomendaciones finales, asegurando un alto nivel de fiabilidad. En su análisis, el equipo adoptó una perspectiva de indagación apreciativa, lo que significa que los evaluadores se centraron en las fortalezas más que en las debilidades, en las buenas prácticas y los procesos de aprendizaje existentes para visualizar los valores del Componente de Nutrición de cara a su sostenibilidad en las instituciones.

50. **Análisis de contribución:** Al mismo tiempo se ha considerado, especialmente en esta evaluación, el análisis de contribución. En la medida en la que los factores que pueden contribuir o limitar la consecución de los objetivos perseguidos por un programa nutricional son múltiples y transversales, se ha procurado hacer un análisis de causalidad y valor añadido de la contribución de las actividades a la consecución de los resultados. Se ha considerado igualmente la contribución de otros factores externos que pueden jugar un papel y que podrían ser los posibles causantes de los efectos observados.

## CUESTIONES ÉTICAS Y SALVAGUARDIAS APLICADAS

51. Las evaluaciones descentralizadas del PMA deben respetar las normas y estándares éticos del PMA y del Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas (UNEG). Los contratistas que llevan a cabo las evaluaciones son responsables de salvaguardar y velar por los aspectos éticos en todas las etapas del ciclo de la evaluación. Esto implica, entre otro, garantizar el **consentimiento informado**; proteger la **privacidad, confidencialidad y anonimato** de los participantes; garantizar la sensibilidad cultural; respetar la autonomía de los participantes; velar por que su selección sea justa (incluyendo a mujeres y a grupos excluidos socialmente); y garantizar que los resultados de la evaluación no perjudiquen en modo alguno a los participantes ni a sus comunidades.

52. El equipo de KonTerra se aseguró de recabar el consentimiento informado verbal o escrito en función de las herramientas utilizadas y garantiza la protección de la privacidad, confidencialidad y anonimato de los/as participantes. Los tres miembros del equipo conocen, se adhieren y han firmado compromisos de confidencialidad y de respeto de principios éticos del PMA y de KonTerra. El equipo evaluador como grupo externo sin intereses en los resultados, conclusiones, o implementación demostró total imparcialidad. La

---

<sup>60</sup> Con PMA, SUPÉRATE y SNS y con el CCE

metodología se ha desarrollado basada en un enfoque objetivo que se fundamenta en la evidencia que surge de los antecedentes y los datos del programa en combinación con las mejores prácticas.

53. **Equidad e inclusión:** Las dimensiones de género han seguido las orientaciones del Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas. Como señalado anteriormente, se ha indagado en particular sobre si la dimensión de género fue considerada en el diseño del programa al fin de responder a los desafíos de género ya señalados, así como la complementariedad de las actividades nutricionales con programas de igualdad de género existentes en la República Dominicana. El equipo evaluador ha obtenido una representación balanceada de mujeres y hombres en las entrevistas para dar voz a todos los grupos, con una mayor proporción de mujeres entrevistadas como beneficiarias de los componentes para mujeres embarazadas, madres lactantes y madres de niños y niñas de menos de cinco años. Adicionalmente, se ha procurado identificar si existen barreras de acceso a las actividades del componente de nutrición para la población vulnerable, según diversos criterios que pudieran potencialmente convertirse en factores de exclusión: población migrante indocumentada, colectivos no registrados en el SIUBEN debido a la movilidad por tareas agrícolas por ejemplo, personas no censadas en el SIUBEN tras separación intrafamiliar, personas con movilidad reducida y población residente en zonas alejadas de los Centro de Atención Primaria.

## LIMITACIONES ENCONTRADAS Y MECANISMOS DE MITIGACIÓN

54. En la medida que se ha producido un cambio de administración pública en el año 2020, se ha producido el relevo de una parte muy significativa de los cuadros altos y medios, en particular en PROSOLI, por lo que una buena parte de los interlocutores no pueden aportar testimonio ni conocimiento de la experiencia en el periodo evaluado hasta el primer semestre del año 2020.

55. Se han presentado lagunas significativas en cuanto a la data, a la documentación disponible del Componente y a los interlocutores disponibles para las entrevistas, lo cual ha dificultado la recogida de información y la triangulación de fuentes. La documentación existente en términos de informes de seguimiento de años anteriores respecto al Componente de Nutrición a nivel de PROSOLI y SNS es limitada.

56. El PMA ha capitalizado la experiencia desde el año 2014 solo parcialmente. Si bien existen estudios nutricionales, evaluaciones y el equipo del PMA se ha movilizado para poner a disposición del EE toda esta documentación, existen lagunas relevantes de data, reporte y monitoreo en particular en el periodo 2014-2017.<sup>61</sup> Tampoco existe un levantamiento de data o línea de base inicial. Adicionalmente, no existe un seguimiento de la situación nutricional ni a nivel de UNAP ni a nivel de componente, por lo que esta brecha de información en todo el periodo de evaluación limita en particular la medición del impacto.

57. Se ha identificado información limitada o inexistente sobre dimensiones de género y derechos humanos. Esto incluye, falta de datos desagregados por sexo y escasa información respecto a procesos formativos y de sensibilización a personal del programa, organizaciones socias implementadoras y personas beneficiarias en estos aspectos. Sin embargo, el equipo de evaluación estima que el trabajo de campo y la revisión documental en su conjunto permiten aportar elementos suficientes y sólidos para la evaluación del componente en la mayoría de sus preguntas.

58. Las limitaciones señaladas respecto al trabajo de campo en el contexto de la pandemia se superaron parcialmente de la siguiente manera:

- *Cambio y rotación del personal vinculado al Componente evaluado:* i) revisión documental, ii) identificación de personal de PROSOLI que trabajó en el periodo 2014-2020 y realización de grupos focales iii) encuesta con personal de SNS vinculado al proyecto en el periodo evaluado.
- *Falta de data:* i) entrevistas cualitativas, ii) observación de campo, iii) revisión documental secundaria iv) encuesta SNS.

---

<sup>61</sup> En particular en el periodo 2014-2017. El equipo de evaluación no obtuvo informes anuales de la Oficina País, solo parciales.

## 2. Hallazgos de la evaluación

### EQ1. ¿LOS OBJETIVOS Y EL DISEÑO DEL COMPONENTE DE NUTRICIÓN RESPONDEN A LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN META?

- Existe una clara lógica y una sólida justificación para un programa de suplementación alimentaria focalizado en niños y niñas menores de cinco años, mujeres lactantes y gestantes y población envejeciente en la República Dominicana. La desnutrición infantil, así como los elevados índices de deficiencia de micronutrientes y de anemia justifican plenamente actuaciones específicas en el país.
- La incorporación del Componente de Nutrición dentro del programa "Comer es Primero", es particularmente relevante, dota a la República Dominicana de una herramienta focalizada de lucha contra la desnutrición y da respuesta, por tanto, a una brecha notable en las políticas del país hasta entonces.
- La focalización en grupos ICV I e ICV II a través del programa de PROSOLI o SUPÉRATE es adecuada en tanto en cuanto incorpora sinergias desde el diseño entre la lucha contra la pobreza, la lucha contra la desnutrición y la anemia.
- La inclusión y elegibilidad de una proporción de población vulnerable que aún no ha sido registrada por el SIUNE se considera una práctica positiva que debe ser consolidada y formalizada en los documentos del proyecto.
- Las acciones del Componente de Nutrición financiadas en el marco de la asociación entre el PMA y el Gobierno de la República Dominicana fueron lo suficientemente flexibles como para minimizar el impacto negativo de la pandemia de COVID-19 y abordar las nuevas necesidades creadas por la pandemia de forma adecuada.
- Existe, sin embargo, una ambigüedad en el diseño, incluida en las actividades y resultados esperados, respecto al abordaje de la problemática de la obesidad y sobrepeso.
- El equipo evaluador encuentra que el sistema de vigilancia nutricional en todo el periodo evaluado ha sido insuficiente para informar la planificación, el diseño y medir sus impactos.
- Tampoco se identificaron actividades de análisis de género que permitieran un desglose de la situación y roles específicos con el fin de vincularlos con el diseño del Componente de Nutrición.

59. El "Programa Solidaridad" de lucha contra la pobreza, -convertido posteriormente en PROSOLI y actualmente denominado SUPÉRATE- incorporó desde su nacimiento un eje alimentario para alcanzar el Hambre Cero, el denominado programa "Comer es Primero". El objetivo de este programa era completar la alimentación básica de las familias más vulnerables, mediante transferencias monetarias mensuales condicionadas para la compra de alimentos (PTMC), un programa de similares características a los creados a partir de los años 90 en varios países de la región dirigido hacia la focalización de programas redistributivos.<sup>62</sup>

60. A mediados de la década de los 2000, sin embargo, se avanzaron varios estudios en América Latina y Caribe que indicaban que, pese a que estos PTMC habían conseguido mejorar la eficacia de las políticas de lucha contra la pobreza, existía evidencia del limitado impacto nutricional que estos tienen cuando no

<sup>62</sup> "Así funcionan las transferencias condicionadas. 20 años de buenas Prácticas". BID 2017

se plantean junto con intervenciones para atender la problemática alimentaria y nutricional de las familias.<sup>63</sup> En el caso de la República Dominicana, el programa “Comer es Primero” no contemplaba en su creación actuaciones específicas en cuanto atención nutricional y alimentaria dirigidas a la población más vulnerables desde el punto de vista nutricional (objetivos, componentes e indicadores nutricionales). El Equipo Evaluador (EE) constata que hasta el año 2009, fecha en la que surge la colaboración entre el PMA y el Gobierno Dominicano, no existía una política de actuaciones nutricionales para combatir la desnutrición infantil en República Dominicana en sus capas más desfavorecidas y en edad preescolar. Por consiguiente, la incorporación del Componente de Nutrición objeto de la presente evaluación dentro del programa “Comer es primero”, es particularmente relevante y responde por tanto a una brecha existente hasta entonces en la República Dominicana.

61. El Componente de Nutrición evaluado surge “para contribuir a erradicar la desnutrición infantil”<sup>64</sup> cuando según datos nacionales en el año 2007 la desnutrición infantil crónica presentaba una prevalencia del 10 por ciento de los niños y niñas menores de cinco años.<sup>65</sup> Por otro lado, las deficiencias de micronutrientes representan igualmente un problema de salud principalmente para los niños y las niñas menores de 5 años y las mujeres en edad reproductiva.<sup>66</sup> La desnutrición infantil, así como los elevados índices de deficiencia de micronutrientes y de anemia<sup>67</sup> justifican plenamente actuaciones específicas en el país. Existe una clara lógica para un programa de suplementación alimentaria con un esquema de focalización en la población niños y niñas menores de cinco años, mujeres lactantes.

62. Existe evidencia de que el factor socio económico es determinante en la República Dominicana<sup>68</sup>, cualquiera que sea la región<sup>69</sup>, por lo que **la cobertura del programa en todo el país es necesaria**. Existe una correlación entre la desnutrición crónica según la educación de las madres y el nivel socioeconómico de las familias, que se incrementa desde el 5% entre los niños y niñas de madres con educación superior hasta más del 15% entre los niños y niñas de madres sin educación<sup>70</sup>.

“Nosotros no tenemos para comer. Cuando se escucha que ha llegado la Progresina, yo voy a la UNAP, porque esa harina es muy buena para mí, me siento mejor y me quita el hambre.”

*Persona envejeciente beneficiaria del Componente*

63. El vínculo entre situación socio económica y desnutrición infantil se ha establecido en los estudios sucesivos de ENDESA en la República Dominicana y de otros autores en la República Dominicana.<sup>71</sup> Existe además evidencia global<sup>72</sup> y muy especialmente en América Latina sobre la relación entre pobreza y

<sup>63</sup> Ver, PROGRAMAS DE TRANSFERENCIAS CONDICIONADAS Balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe CEPAL y Estudios de Casos Comparativos: Evaluación del apoyo institucional del BID a los programas de transferencias monetarias condicionadas en tres países de ingreso medio-bajo.

<sup>64</sup> Memorando de entendimiento entre Gobierno de la República Dominicana y PMA

<sup>65</sup> ENDESA 2007, pag 189

<sup>66</sup> La encuesta nacional de micronutrientes del Ministerio de Salud Pública (2009), mostraba que el 34.0% de las mujeres en edad fértil no embarazadas presentaban anemia, 37.0% de las mujeres que dieron a luz durante los 12 meses previos a la encuesta, 28.0% en niños y niñas menores de 5 años y 61.0% en niños y niñas entre 6 y 11 meses.

<sup>67</sup> Ibid.

<sup>68</sup> No se han identificado vulnerabilidades de origen étnico, racial o socioculturales específicas, como sí existen en otros países de la región de ALC.

<sup>69</sup> Las diferencias entre regiones fueron igualmente muy marcadas en el pasado, aunque han ido reduciéndose en los últimos años según ENDESA 2013.

<sup>70</sup> ENDESA 2013

<sup>71</sup> ENDESA 2013, ENDESA 2007.

<sup>72</sup> La reducción de la pobreza y el hambre: la función fundamental de la financiación de la alimentación, la agricultura y el desarrollo rural. FAO, FIDA, PMA 2005

factores asociados a la desnutrición como condiciones sanitarias deficientes, la falta de educación nutricional y la falta de acceso y disponibilidad a alimentos de calidad, como factores determinantes para la presencia de desnutrición. Este cuadro es aún más marcado en los países que presentan inequidades importantes como es el caso de la República Dominicana. En consecuencia, bajo la focalización del Componente de Nutrición en las capas más desfavorecidas estratos UCV 1 e ICV 2 es adecuada.

64. La focalización en los estratos UCV 1 y ICV 2 a través del programa PROSOLI y con el soporte del Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN) y de la Administradora de Subsidios Sociales (ADESS) fue inicialmente insuficiente para asegurar la pertinencia del componente, al no articularse con criterios estrictamente nutricionales. En su origen, el diseño del Componente de Nutrición se dirigía únicamente a los beneficiarios del programa PROSOLI en condición de pobreza, pero tenedores de la tarjeta identificadora. Esta situación excluía a los grupos poblacionales que no estaban censados por el SIUBEN y que por lo tanto no tenían acceso a la tarjeta PROSOLI ni a sus beneficios, incluido el Componente de Nutrición, incluso si su situación nutricional entraba dentro de los criterios (niños y niñas con desnutrición, madres embarazadas y lactantes y personas envejecientes en situación de vulnerabilidad). El equipo evaluador ha constatado que esta restricción de elegibilidad se ha subsanado en gran medida desde el año 2015 con la introducción de una mayor flexibilidad, el llamado “70%-30%”, donde hasta el 30% de los beneficiarios pueden no estar registrados en PROSOLI. Si bien el EE no ha podido encontrar ningún documento que haga referencia a este cambio de estrategia, todas las instituciones participantes y actores consultados han destacado esta línea de acción como una práctica asentada y positiva. La evidencia recogida en las distintas UNAP indica claramente que, en la práctica, las UNAP están atendiendo a la población objetivo según los criterios nutricionales, independientemente de su filiación.<sup>73</sup>

65. En todo caso, se aprecia de forma general que **la focalización del Componente de Nutrición es apropiada** y no es excluyente, en la medida en que da cobertura a grupos poblacionales que tienen dificultades de acceso a otros derechos y programas sociales debido a la falta de documentos, en particular: (1) población flotante o itinerante en zonas rurales, dedicada a tareas agrícolas (cultivo de caña, etc.) donde existe un número significativo de hogares no registrados en el SIUBEN debido a su movilidad; (2) población extranjera, migrante o sin documentos en particular en zonas de frontera con Haití, con una alta tasa de pobreza y de presencia de niños y niñas menores de cinco años sin documentos; (3) colectivos en población urbana que no han sido registrados por el SIUBEN por distintos motivos<sup>74</sup>, en particular debido a la existencia de un alto índice de familias desestructuradas, que al quebrar la unidad familiar pueden quedar por fuera de los sistemas de protección social por años hasta la actualización del registro. Esta inclusión se considera una práctica positiva, que no siempre se ha presentado en otras experiencias similares con PTC en la región de ALC.<sup>75</sup>

66. Pese a que en la práctica el 70/30 funciona y se está aplicando, **el Componente no integra ni en su diseño ni en sus instrumentos un análisis de vulnerabilidades** ni directrices sobre las problemáticas de exclusión. De hecho, tanto en el periodo evaluado como la reforma producida en el año 2021, los criterios de elegibilidad fijados por decreto son limitantes: “Serán beneficiados con el programa Supérate aquellos hogares participantes y sus respectivos integrantes que hayan sido identificados, censados y categorizados por el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN), de acuerdo con su condición socioeconómica.”<sup>76</sup>

---

<sup>73</sup> Como se detalla en la pregunta 4 de eficacia, un alto porcentaje del personal médico manifestó atender exclusivamente según criterios médicos, independientemente de la situación del paciente en el SIUBEN. La misma situación se reveló en el trabajo de campo en la práctica totalidad de las UNAP consultadas.

<sup>74</sup> Ver análisis detallado en sección Eficiencia.

<sup>75</sup> CEPAL Programa de Transferencias condicionadas en ALC “Los inmigrantes extranjeros que viven en condiciones de pobreza o extrema pobreza también quedan excluidos de los PTC. Los documentos oficiales que rigen las operaciones de estos programas señalan que la población objetivo está constituida por personas u hogares que estén en situación de pobreza o indigencia en el territorio nacional, sin hacer una diferencia explícita respecto de la nacionalidad del jefe o de los miembros de hogar.”

<sup>76</sup> Decreto 337/21 artículo 3

67. No se ha identificado un desglose de la situación y roles específicos de género vinculado con el diseño del Componente de Nutrición. La revisión de los marcos lógicos del PMA indica que no se han diseñado actividades específicas dirigidas al empoderamiento de la mujer en la sociedad dentro de este componente, más allá del hecho de que el programa está mayoritariamente dirigido y centrado en las mujeres y tiene en cuenta las vulnerabilidades diferenciadas.

68. **Capacidad de adaptación a nuevas necesidades:** En el año 2020, la pandemia de COVID-19 exacerbó las necesidades humanitarias existentes, especialmente de los grupos más vulnerables y creó desafíos adicionales en la prestación de servicios sociales, incluida la entrega de ayuda. La información recopilada durante el trabajo de campo y la revisión de la documentación indican que las acciones del Componente de Nutrición financiadas en el marco de la asociación entre el PMA y el Gobierno de la República Dominicana fueron lo suficientemente flexibles como para minimizar el impacto negativo de la pandemia de COVID-19 en el operativo logístico y para abordar las nuevas necesidades creadas por la pandemia. Por ejemplo, i) la flexibilidad y reactividad mostrada para operar a través de organizaciones de la sociedad civil y organizaciones religiosas, aunando esfuerzos con las UNAP para la distribución de alimentos fortificados y suplementos vitamínicos (ver detalle en sección de eficacia) permitió abordar las necesidades nutricionales emergentes, focalizando la ayuda no solo en criterios nutricionales identificados en las UNAP sino también aumentando el alcance humanitario, por fuera del esquema de corresponsabilidad; ii) se adaptaron las capacitaciones a comunidades dirigiéndolos hacia comportamientos saludables para la prevención de la COVID-19 (por ejemplo, a través de campañas de afiches masivos, manuales, capacitaciones a OSC y organizaciones religiosas); iii) y adaptar sus modalidades de intervención a través de las UNAP exclusivamente, a las nuevas necesidades: población con mayores dificultades de aprovisionamiento, con trabajo informal disruptivo debido a los toques de queda.

69. En conclusión, se encontró que el diseño y los ajustes realizados a lo largo de los años 2014-2020, en **particular** la incorporación de criterios de vulnerabilidad y del estado nutricional, y las adaptaciones a la emergencia sanitaria por COVID-19, contribuyeron a mejorar el perfil de la intervención y su pertinencia.

Gráfico 2: Principales ajustes del Componente de Nutrición en el periodo 2010-2020



Fuente: Equipo Evaluador

70. Se ha identificado **discrepancias en la formulación de la lógica de la intervención**. La revisión documental indica que la redacción de los objetivos, resultados e indicadores asociados pueden variar según los documentos de proyecto, ya sean Memorandos de Entendimiento, informes de PROSOLI o documentos de proyecto del PMA. Por ejemplo, en la lista de resultados e indicadores asociados del programa que aparecen en los marcos lógicos elaborados por el PMA del 2013-2014 y 2017-2018, se observan diferencias en formulación, probablemente asociadas a los Planes Estratégicos del PMA y al ajuste de la formulación de indicadores mandatorios en los Marcos de Resultados Corporativos (CRF por sus siglas en inglés) del PMA. Las actividades del programa no se ven afectadas por la reformulación de los resultados e indicadores, pero la existencia de un diseño difuso lleva a confusión sobre los alcances programáticos.

71. Esto es particularmente relevante respecto a la ambigüedad que existe en el diseño sobre el abordaje de la malnutrición en su conjunto<sup>77</sup>, diseño que en ocasiones señala en sus objetivos únicamente la reducción de la anemia y desnutrición y en otros incluye también la reducción de la obesidad en su formulación. No cabe duda de que la transición epidemiológica y nutricional en América Latina y el Caribe impone, a la mayoría de los países, un desafío doble a las políticas públicas de seguridad alimentaria y nutricional. Por un lado, continuar la tarea de erradicar la desnutrición infantil y, por otro, hacer frente a

<sup>77</sup> Por ejemplo, en 2018 se indica desde PROSOLI en Twitter, “Desde la @ViceRDo hemos contribuido a reducir la malnutrición en las familias participantes con las #ChispitasSolidarias y #Progresina como suplementos alimenticios. Además, son sensibilizados sobre la importancia de cuidar la salud”. El PMA señala en su estrategia país: “Apoyar los programas de salud pública y protección social en la aplicación de estrategias y sistemas integrales que sigan un enfoque basado en los derechos para mejorar el estado nutricional de las poblaciones vulnerables a la malnutrición”. Y los Términos de Referencia de la Evaluación señalan: “el Componente de Nutrición representa la única intervención integral, tanto estatal como privada, a nivel nacional para prevenir la anemia y la malnutrición, realizada de forma articulada entre diversos sectores.”

una creciente prevalencia de sobrepeso y obesidad. Sin embargo, la lógica de intervención y actual diseño no parece considerar esta doble problemática, que como se verá, es difícil de disociar operativamente al afectar la desnutrición y obesidad a las mismas comunidades e incluso a las mismas familias. El equipo evaluador constata que existe una brecha en el diseño de la intervención que debería contemplar la transversalidad suficientemente para la reducción de malnutrición en su conjunto, con actividades que contribuyan a la reducción de la obesidad y sobrepeso, y no solo a la desnutrición.

72. Por otro lado, se encuentra que **el sistema de vigilancia nutricional ha sido insuficiente para informar la planificación**, el diseño y medir sus impactos. Al margen de las evaluaciones y estudios relacionados al componente, el equipo evaluador no ha encontrado líneas de base que permitan la planificación de las actividades, ni sistemas que permitan la medición de sus impactos a nivel nacional, ni un mecanismo que asegure el seguimiento de la salud nutricional de la población desde las UNAP: es decir la anemia, desnutrición y obesidad no han sido monitoreadas de forma suficiente, ni en la población en general, ni en la población beneficiaria. En consecuencia, no se puede medir una correlación directa entre la evolución nutricional a nivel país y el ajuste del Componente de Nutrición para por ejemplo conocer el impacto, conocer las fallas o brechas de la intervención, saber si las necesidades en los beneficiarios cambian, permitir redirigir el programa, e incluso, incrementar la financiación para una mayor cobertura según necesidades. Este factor no debilita la relevancia del Componente, debido a que existe evidencia suficiente de las necesidades a nivel nutricional, pero sí plantea la importancia de disponer de un sistema de vigilancia que permita informar el diseño del Componente de Nutrición y sus ajustes eventuales.

## **EQ2. ¿LAS ACTUACIONES NUTRICIONALES ESTÁN ALINEADAS CON LAS PRIORIDADES NACIONALES Y CON POLÍTICAS INTERNACIONALES, INCLUIDAS CON LAS PRIORIDADES PROGRAMÁTICAS DEL PMA Y DE OTROS SOCIOS?**

- Se encuentra que el diseño del Componente de Nutrición está plenamente alineado con los compromisos adquiridos por la República Dominicana y la comunidad internacional en relación con lucha contra el hambre y la desnutrición.
- El apoyo del PMA al Componente de Nutrición de PROSOLI y SNS, y por tanto al fortalecimiento del sistema de protección social dominicano y transferencias en efectivo condicionados, es plenamente coherente con sus estrategias y políticas globales y regionales.
- Desde el diseño, se esperaba fortalecer las capacidades del Estado para formular, administrar y aplicar instrumentos, políticas y programas para prever y reducir el hambre. Tras más de diez años de implementación, no se observa una estrategia de salida por parte del PMA que vaya en la línea de unas transferencias de capacidades operativas a las administraciones del Estado.
- Debido a la naturaleza del programa materno infantil, existe un enfoque predominante hacia las mujeres embarazadas y lactantes y hacia la infancia. Sin embargo, el Componente de Nutrición evaluado, más allá de estar dirigido fundamentalmente a las mujeres, no integra además un análisis en materia de igualdad y empoderamiento de género por lo que en el diseño no existen actividades dirigidas a revertir desigualdades de género y a empoderar a las mujeres.

### **Alineamiento del Componente de Nutrición con prioridades nacionales y con políticas internacionales**

73. El equipo evaluador encuentra que el diseño del Componente de Nutrición está plenamente alineado con los compromisos adquiridos por la República Dominicana y la comunidad internacional en

relación con lucha contra el hambre y la desnutrición. De hecho, la génesis del Componente de Nutrición entre el Gobierno y el PMA en el año 2009 es el “deseo de promover su acuerdo mutuo y su cooperación en cumplimiento de la Declaración del Milenio, los objetivos de desarrollo del Milenio y la Cumbre Mundial sobre la Alimentación”<sup>78</sup>. Tras la aprobación de los Objetivos del Desarrollo Sostenible, el Componente de Nutrición se propone específicamente desarrollar las estrategias necesarias para que la acción pública del Gobierno Dominicano sea instrumental de los compromisos alcanzados en el seno de la comunidad internacional en la materia, en particular con los ODS 2.1 “Poner fin al hambre y lograr la seguridad alimentaria y nutricional” y ODS 2.2 “Poner fin a todas las formas de malnutrición”.

74. A lo largo del periodo evaluado, el Estado Dominicano ha impulsado iniciativas clave para robustecer las acciones de políticas públicas en materia de los ODS. El país cuenta con un marco legislativo, a través de una veintena de leyes y normas<sup>79</sup>, que tienen relación directa con las metas del ODS 2. Se ha dotado de un Estrategia y hoja de Ruta hacia el logro de este Objetivo, con el apoyo del PMA. En febrero de 2016, se promulgó el decreto que creó la Comisión Interinstitucional de Alto Nivel para el Desarrollo Sostenible, cuya misión es integrar los ODS a la agenda nacional establecida en la Estrategia Nacional de Desarrollo (END) y a los instrumentos de planificación; también, implementar y darle seguimiento al cumplimiento de la Agenda 2030 y los ODS. El Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales (GCPS) ha asumido el liderazgo para la gestión de los esfuerzos por avanzar en el cumplimiento del ODS 2<sup>80</sup>. Es importante igualmente anotar que la alianza entre el PMA y el gobierno se alinea igualmente con el ODS 17: Revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible y establecer asociaciones inclusivas sobre principios y valores, así como sobre una visión y unos objetivos compartidos que se centren primero en las personas y el planeta.”<sup>81</sup>

### Coherencia interna PMA

75. **Políticas de nutrición del PMA:** El diseño del Componente de Nutrición fue encargado al PMA en el año 2009<sup>82</sup> en el marco de su mandato de apoyo y asistencia técnica los países socios. La evaluación encuentra que el PMA ha basado el desarrollo y actualización del Componente de Nutrición en coherencia con sus políticas y lineamientos técnicos internos:

- Política de nutrición del PMA<sup>83</sup>
- Guías globales nutricionales del PMA, notablemente la guía sobre suplementación nutricional<sup>84</sup>
- Guías y experiencias de apoyo a políticas de nutrición en la región ALC<sup>85</sup>
- Especificaciones del PMA respecto a la calidad y seguridad de los productos<sup>86</sup>

76. **El apoyo a las políticas de Protección Social:** El equipo evaluador encuentra que el apoyo del PMA al Componente de Nutrición de PROSOLI y SNS y, por tanto, al fortalecimiento del sistema de protección social dominicano y transferencias en efectivo condicionados es plenamente coherente con sus estrategias y políticas globales y regionales<sup>87</sup>. En efecto, uno de los principales pilares del PMA en América

<sup>78</sup> Memorando de Entendimiento PMA-Gobierno de la República Dominicana 2014

<sup>79</sup> Revisión, estrategia y hoja de ruta hacia el logro del Objetivo de Desarrollo Sostenible 2 - Hambre Cero. Gobierno de la RD.

<sup>80</sup> Idem.

<sup>81</sup> ODS. Naciones Unidas. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/globalpartnerships/>

<sup>82</sup> Memorando de Entendimiento Gobierno de la República Dominicana PMA 2009.

<sup>83</sup> Nutrition at the World Food Programme Programming for Nutrition-Specific Interventions

<sup>84</sup> WFP. Nutritional Guidance for Complementary Food Febrero de 2018.

<sup>85</sup> WFP. Latin America and the Caribbean: Supporting national priorities on nutrition through multiple platforms

<sup>86</sup> WFP [http:// foodqualityandsafety.wfp.org/specifications](http://foodqualityandsafety.wfp.org/specifications).

<sup>87</sup> Social Protection Strategy World Food Programme | Latin America and the Caribbean [https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000120372/download/?\\_ga=2.244958401.558933870.1630678370-](https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000120372/download/?_ga=2.244958401.558933870.1630678370-)

Latina es el reforzamiento de los sistemas de protección social. El PMA apoya los sistemas y programas de protección social en ALC al constatar que éstos contribuyen a la lucha contra el hambre y la malnutrición y por tanto son efectivas para la consecución del ODS 2. El Componente de Nutrición forma parte del sistema de protección social y por eso la Oficina del PMA en República Dominicana está alineada con las políticas regionales y globales del PMA de referencia<sup>88</sup>, que comprometen a la agencia con el desarrollo de los sistemas de protección social.

77. **El apoyo al gobierno:** El PMA tiene como uno de sus ejes de intervención en los países socios el fortalecimiento institucional de los Gobiernos y de las capacidades técnicas, en el marco del apoyo a la consecución de los ODS. De hecho, el PMA considera que la República Dominicana puede ser uno de los primeros países de ALC en alcanzar los ODS<sup>89</sup>.

78. El apoyo al Componente de Nutrición contribuye al Resultado Estratégico 5 del PMA y a la meta 17.9 de los ODS. Contribuirá a todos los ejes de la hoja de ruta nacional del ODS 2.<sup>90</sup>

79. En este sentido, se considera que la alianza del PMA con el Gobierno de la República Dominicana está plenamente alineada con el mandato del PMA. Sin embargo, se observa que el PMA ha estado trabajando con los gobiernos para abordar la desnutrición durante muchos años en la región y procura cambiar gradualmente su enfoque de implementador directo a un rol habilitador y de promoción a la Cooperación Sur-Sur<sup>91</sup>. En este sentido, el diseño del programa contempla una transferencia sin plazo del operativo, al “fortalecer las capacidades del Estado para formular, administrar y aplicar instrumentos, políticas y programas para prevenir y reducir el hambre”.<sup>92</sup>

### **EQ3 ¿LA DISTRIBUCIÓN DE LOS MICRONUTRIENTES EN POLVO Y ALIMENTO COMPLEMENTARIO FORTIFICADO SE PRODUJO DE FORMA ADECUADA Y CONSIDERÓ ADEMÁS LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN MÁS VULNERABLE, EN PARTICULAR, LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO, SOCIOECONÓMICAS Y POR GRUPOS ETARIOS?**

- La distribución ha sido eficaz, pero con una cadencia insuficiente. No se han producido retrasos ni incidencias significativas en la cadena de distribución de los productos por parte del PMA desde su origen extranjero hasta la República dominicana. Se ha identificado igualmente un buen manejo en las distribuciones para respetar las recomendaciones respecto a la caducidad de los productos. Se producen ruptura de stock atribuibles a las limitaciones presupuestarias.
- Pese a que la logística del PMA responde a las instrucciones del área de Programas, la limitación del sistema logístico centralizado en la capital hace que en práctica la planificación de entrega se reduzca a dos distribuciones anuales y esté basada en la disponibilidad y no en la demanda de las UNAP. A la vez, esta disponibilidad en origen está relacionada con la planificación anual y por el producto disponible, es decir por el presupuesto asignado para la compra de insumos, que es limitado. Esto genera notables problemas de abastecimiento en las UNAP para responder a las necesidades y afecta el calendario de conservación nutricional.

mHy7DEnOnrV0q0vG8GoloQlChuZxoCx2MQAvD\_BwE

<sup>88</sup> ibid

<sup>89</sup> Dominican Republic country strategic plan (2019–2023). WFP 2019

<sup>90</sup> Ibid.

<sup>91</sup> <https://es.wfp.org/publicaciones/cooperacion-sur-sur-y-triangular-pma-en-america-latina-y-el-caribe>

<sup>92</sup> Memorando de entendimiento. PMA República Dominicana. 2009

## Suministro de productos nutricionales

80. El suministro de productos nutricionales es un componente esencial del programa, reflejado como eje de acción con sus resultados específicos en los documentos de planificación del Componente. La tabla 4 presenta los tipos de productos suministrados.

**Tabla 4: Raciones de planificación del programa por tipo de producto nutricional y categoría de personas beneficiarias**

Producto	Ración total por tipo de beneficiario	Ración nutricional por persona por día por producto nutricional	Cantidad para consumir por día (y valor en Kcal)	Observaciones
<b>Chispitas Solidarias</b>	4 cajas de 30 sobres (2 cajas cada 6 meses)	120 días (60 días x 2 veces al año)	1 sobre de 1g	Dosis recomendada para niñas y niños de 6 a 59 meses.
<b>Progresina Infantil</b>	6 x Bolsas de 1.5kg	90 días	100g/día (410Kcal/día)	Dosis de 100 a 200g recomendada en los programas de prevención
<b>Progresina embarazada</b>	8 x bolsas de 1.5kg	120días	100g/día (380 Kcal/día)	
<b>Progresina adulto y adulta mayor</b>	4 bolsas de 1.5kg	60 días	100g/día (380 Kcal/día)	

Fuente: Equipo Evaluador

81. La adquisición de los MNP y alimento complementario fortificado para niños y niñas de 6 a 59 meses, y luego para embarazadas y personas mayores, se realiza en base a una licitación internacional competitiva considerando los requerimientos del programa en República Dominicana. El PMA garantiza el traslado de los productos nutricionales desde su llegada al puerto en la República Dominicana, a su almacén y de ahí a las UNAP, según solicitud del equipo de implementadores regionales del PMA. Todo el proceso desde almacén Central hasta entrega en UNAP sigue los procedimientos de documentación logística del PMA (Acta entrega-recepción /waybill) que certifique la entrega de los alimentos. De acuerdo con la información facilitada<sup>93</sup>, no se han producido retrasos ni incidencias significativas en la cadena de distribución de los productos por parte del PMA desde su origen extranjero hasta las UNAP en todo el periodo evaluado.

82. El equipo evaluador encuentra que los informes anuales de avances del Componente de Nutrición elaborados por PMA y por PMA/PROSOLI revelan incongruencias notables respecto a las toneladas métricas (TM) de productos nutricionales distribuidos:

- 1) El equipo Evaluador no ha obtenido información de las entregas de almacén entre los años 2014-2018, ni la oficina del PMA ha producido informes anualizados bajos los estándares corporativos en este periodo.<sup>94</sup>
- 2) Los indicadores de productos distribuidos en TM no han sido consistentes a lo largo del periodo evaluado, de forma que se dificulta la comparación y el análisis entre años.
  - a) 2014-2016, la Oficina país y PROSOLI han reportado las TM en función de los productos distribuidos de forma desglosada por producto y población receptora en 1) Progresina infantil, 2) Progresina Envejecientes, 3) Progresina Embarazadas y 4) Chispitas.

<sup>93</sup> Entrevistas a informantes clave de PMA y PROSOLI abril y mayo 2021.

<sup>94</sup> Si bien el vigente marco de resultados corporativos (Corporate Results Framework) entró en vigencia en el año 2018, las Oficinas País del PMA producen informes anuales que la Evaluación no ha podido consultar entre los años 2014-2018. La Oficina País del PMA ha producido informes plurianuales en el periodo anterior, así como otros productos, evaluaciones de impacto, estudios, etc, detallados en el Anexo de Documentación revisada.

- b) Hasta el año 2020 se ha reportado únicamente por producto 1) Progresina infantil, 2) Progresina Envejecientes y Embarazadas y 3) Chispitas.
  - c) A partir del año 2018, el reporte anual del PMA se reduce a dos categorías 1) Progresina y 2) MNP.
- 3) Se presentan desajustes importantes entre distintas fuentes de monitoreo del proyecto, ver ejemplo en tabla 5.

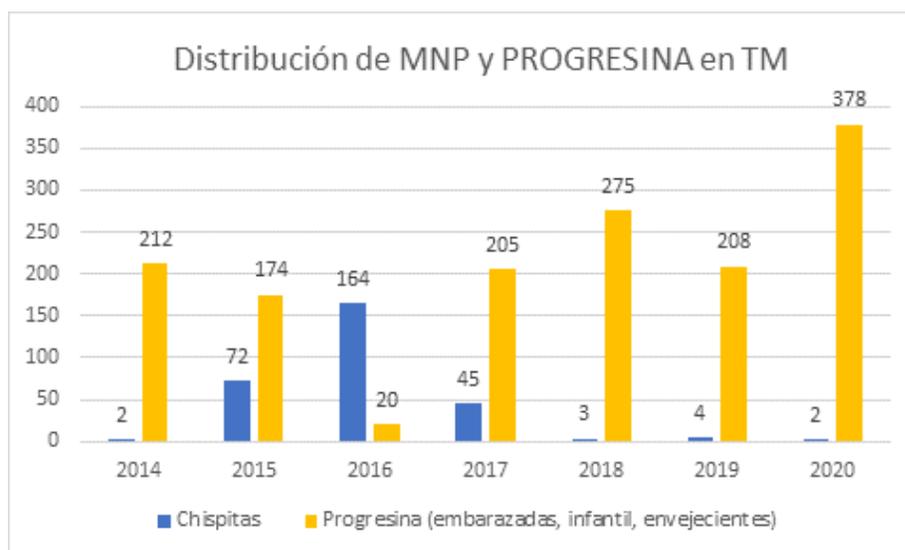
**Tabla 5: Ejemplo de desajuste en el sistema de reporte (año 2019)**

Fuente	Toneladas Métricas de Chispitas (MNP)
"Informe anual Componente de Nutrición del programa PROSOLI año 2019" WFP-PROSOLI.	4,417
Despachos de almacén del PMA año 2019	0,231
Informe Anual Oficina País PMA 2019. Annual Country Report WFP	2

83. Es posible que las diferencias en el monitoreo se deban a las diferencias entre compras, distribuciones, y existencias, que no son detalladas en los informes, donde se puedan estar reportando datos de producto adquirido en el año a cargo de los presupuestos, incluso si no es distribuido en el periodo y permanece en los almacenes de Santo Domingo hasta su distribución a las UNAP, mientras que en otros informes se reportan las cantidades efectivamente suministradas en las UNAP y en otros las cantidades efectivamente recibidas por los destinatarios finales desde las UNAP. No existe sin embargo ninguna aclaración en los informes respecto a estos elementos, por lo que se dificulta la comparación entre distintos años, entre productos y entre categorías de población beneficiaria. Estas carencias en el monitoreo limitan el seguimiento adecuado del Componente y dificulta la planificación y evaluabilidad. También han limitado el análisis de eficacia a lo largo de todo el periodo, al no poder compararse los insumos distribuidos anualmente con la planificación anual de forma consistente entre 2014-2020.

84. Al no haberse encontrado los datos de la misma fuente de monitoreo de la serie completa, los evaluadores han utilizado los datos reportados en los informes anuales y plurianuales totales disponibles que muestren datos más consistentes, como se muestra en el Gráfico 3. Según estos datos, en el periodo 2014-2020 se distribuyeron 1,765 TM.

**Gráfico 3: Distribución de MNP y Progresina en TM**



Fuente Informes anuales y registro de distribuciones de PMA.

85. Las distribuciones se realizan directamente a las UNAP desde los almacenes del PMA en Santo Domingo. Este sistema debería permitir un mayor control de los insumos y de la cadena de distribución, así como de la calidad del producto y almacenaje, al tener pocos intermediarios operativos y limitar los espacios intermedios de almacenamiento, reduciendo así riesgos de manipulación. Sin embargo, esto hace que la gestión logística de la distribución sea compleja y poco flexible al estar centralizada. El PMA se encuentra estudiando si la distribución a través de hubs regionales optimizaría los costos y permitiría una mayor flexibilidad en la distribución. Debido en parte a esta centralización, actualmente se realizan únicamente dos distribuciones anuales a cada una de las UNAP en promedio.<sup>95</sup>

86. Pese a que la logística del PMA responde a las instrucciones del área de programas, la limitación de este sistema centralizado hace que en la práctica la planificación de entrega esté basada en el calendario de logística y no en los requerimientos de las UNAP en función de las necesidades. Esto genera rupturas de abastecimiento ocasionales en las UNAP, en particular de Progresina. Se observa que la falta de disponibilidad de productos en algunos periodos del año afecta la planificación del personal médico de las UNAP, a las estrategias de los supervisores de PROSOLI y en general a toda la cadena de capacitaciones vinculadas con el suministro de insumos.

87. En el año 2020, debido a la pandemia y a la imposibilidad de implementar las actividades a través de las Unidades de Atención Primarias (UNAP), el Componente de Nutrición se desarrolló a través de una red de 186 socios que permitieron distribuir, junto a las UNAP en servicio, 380 toneladas de Chispitas y Progresina.

88. Los resultados de la encuesta al personal de salud de las UNAP y las entrevistas a los informantes claves de las tres entidades del programa, indican las Chispitas han faltado menos que la Progresina durante el programa, aunque se reconoce que la programación durante la pandemia del COVID-19 puede haber afectado las respuestas. Las tablas a continuación describen las respuestas de la encuesta en cuanto a la disponibilidad de cada uno de los dos productos nutricionales, con un 52.4% respondiendo que siempre o casi siempre tenían Chispitas Solidarias y 41.2% respondiendo que siempre o casi siempre tenían Progresina. Durante el levantamiento de datos en las UNAP, los evaluadores observaron que solo en una UNAP de las 11 visitadas tenían Progresina al momento de la visita. La falta de Progresina, sobre todo y de Chispitas fue igualmente observada durante las visitas del Equipo Evaluador a las UNAP. El personal médico corroboró que se agotan con frecuencia anualmente, lo cual es una muestra de que existen unas necesidades superiores a la cobertura del proyecto.

---

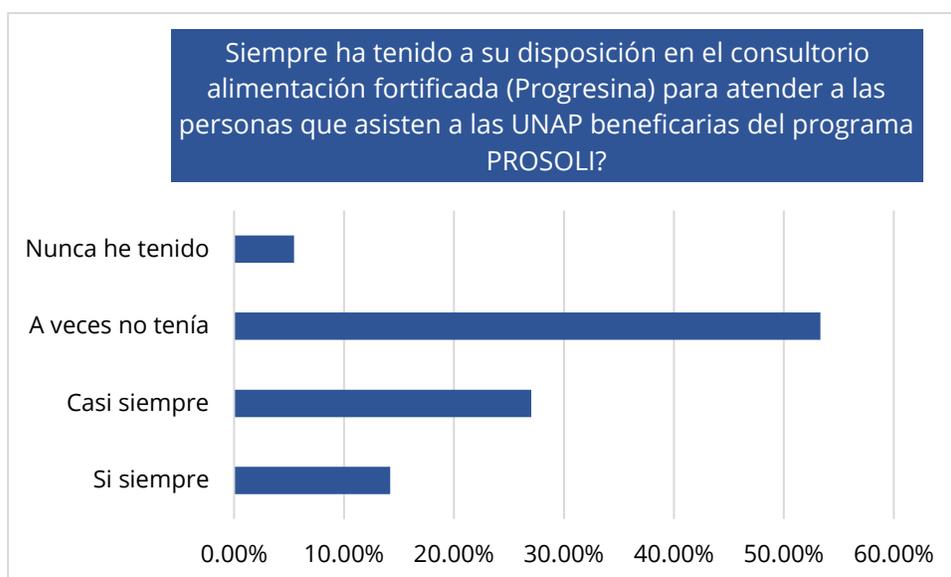
<sup>95</sup> Entrevistas con el personal logístico del PMA, triangulada con los testimonios del personal de la UNAP en los puntos de recepción.

**Gráfico 4: Respuestas de la encuesta en cuanto a la disponibilidad de Chispitas**



Fuente: Encuesta de la evaluación, KonTerra, 2021

**Gráfico 5: Respuestas de la encuesta en cuanto a la disponibilidad de Progresina**



Fuente: Encuesta de la evaluación, KonTerra, 2021

89. Las respuestas cualitativas revelan que el suministro de los productos nutricionales de manera más regular ha surgido como una de las recomendaciones para la mejora del programa. El personal de salud sugiere tener los productos accesibles por lo menos cada 3 meses y no solo 2 veces al año, para que se puedan entregar de manera regular a los pacientes que se presentan con problemas nutricionales y no solo a través de un sistema de entrega masiva los días de la movilización de las personas beneficiarias de PROSOLI hacia las UNAP.

90. Uno de los indicadores del componente de suministro de productos nutricionales es el número de unidades de los productos nutricionales retirados de la UNAP por vencimiento o producto dañado o afectado. La evaluación no ha obtenido datos sobre este indicador. Un análisis no exhaustivo de la base de datos de los despachos de almacén entre 2017 y 2020 al punto de entrega (end distribution point)

sugiere que la caducidad no ha sido un problema recurrente si se toma 100 días<sup>96</sup> como corte para de la fecha de vencimiento.

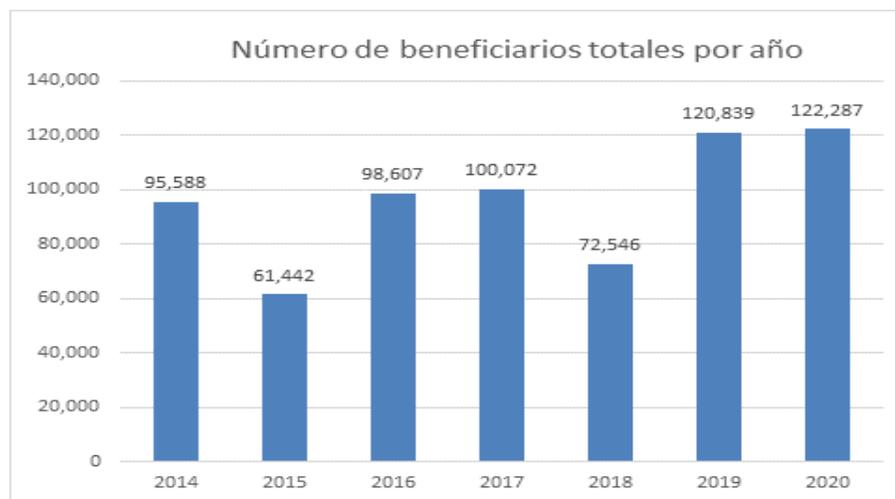
91. Las Chispitas Solidarias se han entregado con una fecha de vencimiento de más de 100 días en todos los años menos en el 2020, en el cual 40% de las entregas vencían en menos de 100 días. La Progresina adulta (para las embarazadas y para los adultos y adultas mayores) se ha entregado con menos de 100 días antes de su fecha de vencimiento en el 2017 y en el 2019, año en el cual 98% y 100% de la Progresina adulta se entregó con menos de 100 días antes de su fecha de vencimiento.<sup>97</sup>

92. Estos resultados no incluyen las fechas en las que los productos llegan a las UNAP, que puede variar por localidad, ya que es aconsejable no almacenar la Progresina en la UNAP al ser un alimento. Se ha observado que con frecuencia el producto se almacena en las propias oficinas del personal de la UNAP o en la farmacia.

93. El monitoreo del número de personas beneficiarias ha presentado igualmente desafíos para el PMA, PROSOLI y SNS. Se observa que los datos del número de beneficiarios aportados por el proyecto pueden presentar desfases significativos respecto al número de beneficiarios reales. Es posible que los datos ofrecidos de beneficiarios representen mejor el número de *raciones distribuidas* y no de *personas* que han recibido la ayuda. Cada mujer embarazada o púérpera, niño o niña, o persona envejeciente, puede necesitar y recibir varias raciones al año o bien necesitar una sola, en función de su evolución. Este factor limita el análisis de la cobertura y del impacto del programa.

94. En el periodo 2014 al 2020, el número promedio de beneficiarios fue de 95,912 personas que recibieron suplementación alimentaria anualmente. Este gráfico y el siguiente se refieren a los beneficiarios directos de distribuciones de suplementos alimenticios.<sup>98</sup> El equipo observa que los datos no siempre están desagregados por sexo en el periodo 2014-2020 por lo que solo se pueden reportar por categoría de población.

**Gráfico 6: Número de beneficiarios totales por año**



Fuente: Registros de despacho de PMA

<sup>96</sup> Se han elegido 100 días como corte para identificar si los productos están demasiado cerca de su fecha de caducidad para una buena implementación del programa, porque la dosis de Chispitas Solidarias se toma durante 60 días seguidos, que darían poco más de un mes al personal de salud de administrarlas para no acercarse al día de vencimiento.

<sup>97</sup> Fuente: PMA – Despachos almacén, 2017-2020

<sup>98</sup> Entre los años 2012-2018.

95. La Tabla 6 presenta el número de beneficiarios a nivel nacional por categoría de población o grupos de actividad emprendida durante el período evaluado según los datos del PMA. La actividad más importante en cuanto a número de beneficiarios ha sido la suplementación con Chispitas para los niños y niñas menores de cinco años, con un promedio anual de 31,721, entre los años 2014 y 2018, seguido por la actividad de suplementación de Adultos mayores, con un promedio anual de 29,947. En el mismo periodo, el promedio de mujeres embarazadas y puérperas beneficiarias fue de 3,963 por año.

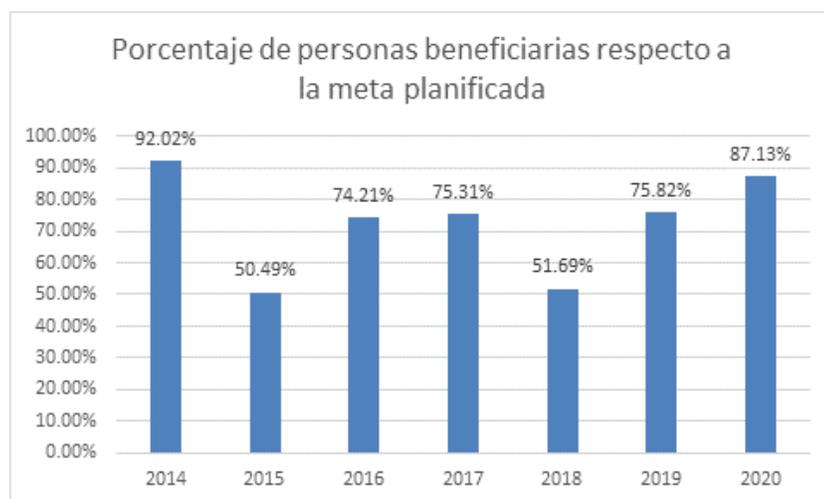
**Tabla 6: Número de beneficiarios a nivel nacional por categoría de población o grupos de actividad**

	Niños/as que recibieron chispitas	Niños/as que recibieron Progresina	Mujeres embarazadas	Adultos mayores	Total	% respecto a lo planificado
2014	41,249	53,955	384	0	95,588	92.02%
2015	33,580	9,329	2,874	15,659	61,442	50.49%
2016	56,058	3,878	5,302	33,369	98,607	74.21%
2017	51,652	9,177	6,455	32,788	100,072	75.31%
2018	25,615	5,960	4,800	36,171	72,546	51.69%
2019	72,392	6,563	6,488	35,396	120,839	75.82%
2020	23,960	23,217	7,004	68,106	122,287	87.13%

Fuente: Documentos de proyecto de PMA.

96. El Gráfico siguiente presenta la relación del número de beneficiarios por año que se había fijado como población meta con el número de beneficiarios alcanzado. Estos datos indican que la planificación esperaba alcanzar una media de 133,058 personas beneficiarias anuales en el periodo 2014-2020. Esta meta se ha alcanzado en un promedio del 72% en el periodo evaluado. El EE no ha podido determinar las razones por las que los años 2015 y 2018 presentan porcentaje de personas alcanzadas por debajo de lo esperable.

**Gráfico 7: Porcentaje de personas beneficiarias respecto a la meta planificada**



Fuente: documentos de planificación del PMA y de PROSOLI

### Información al beneficiario y barreras de acceso

97. Tanto el PMA como PROSOLI mantuvieron canales regulares de rendición de cuentas hacia la población beneficiaria, a través de reuniones comunitarias periódicas con los beneficiarios directos tanto

a nivel comunitario como a nivel de hogares durante las visitas. En ellas se informa periódicamente a los beneficiarios sobre las actividades.

98. Los beneficiarios de la asistencia alimentaria cuentan con comunicación directa en especial con los supervisores de PROSOLI, incluso a través de medios como WhatsApp. Éstos recopilan los comentarios de la población beneficiaria con respecto a las acciones de nutrición llevadas a cabo por el Componente. El PMA ha realizado igualmente encuestas telefónicas para verificar si los beneficiarios habían recibido los productos, así como la orientación adecuada para su consumo, así como una encuesta intermedia de hábitos que recoge igualmente las condiciones de acceso a la información de las distribuciones.<sup>99</sup> Durante las visitas a los hogares se confirmó que las personas beneficiadas tenían conocimiento del diseño, y que las visitas y llamadas por WhatsApp de los Enlaces de Familia servían de recordatorio para que fueran a las UNAP.

99. Las Jornadas Infantiles también han servido para avisar y movilizar a las personas beneficiadas del programa PROSOLI y recibir consejería nutricional antes de la entrega de los productos nutricionales. Este aspecto de movilización por parte de los Enlaces de Familia de la población beneficiaria ha sido una actividad importante y regular del programa y ha contribuido a aumentar la adhesión y transparencia del Componente.

100. El equipo evaluador no ha observado barreras de acceso a los espacios físicos de las UNAP. Sin embargo, las entrevistas con interlocutores clave y beneficiarios indican que en algunas comunidades rurales la distancia hasta el centro de atención primaria limita el acceso de familias con personas envejecientes y personas con limitaciones de movilidad en particular. De ahí la importancia de las visitas domiciliarias por parte de los supervisores de PROSOLI y de los promotores de salud. En ese sentido, se observa que en el año 2020 las distribuciones de Progresina y alimentos a través del tejido asociativo de base, ha permitido alcanzar a población ubicada a lugares remotos en zonas rurales en particular.<sup>100</sup>

#### **EQ4. ¿EN QUÉ MEDIDA LA POBLACIÓN META PREPARA Y CONSUME ADECUADAMENTE LOS MICRONUTRIENTES EN POLVO (MNP, CHISPITAS) Y EL ALIMENTO COMPLEMENTARIO FORTIFICADO (ACF, PROGRESINA)**

- La población meta prepara y consume adecuadamente el alimento complementario fortificado (ACF, Progresina). Se trata de un producto muy apreciado. Sin embargo, se observa que en el seno de la familia este producto es compartido por todos sus miembros, lo cual limita su impacto en la persona que en principio es receptora por su estado nutricional.
- Los MNP Chispitas son igualmente apreciados en tanto la población lo percibe como un medicamento para sus hijos. Sin embargo, se observa que las personas beneficiadas con Chispitas Solidarias no siempre siguen las recomendaciones de preparación y uso, y que esto contribuye a su rechazo por algunas niñas y niños.

#### **Adecuación de preparación y consumo de Progresina**

101. La Progresina, popularmente conocida “harina”, es consumida en su totalidad sin que se produzca rechazo y es particularmente apreciada por las familias<sup>101</sup>. No se han reportado casos de reventa o de

<sup>99</sup> PMA – Contacto Directo 2018

<sup>100</sup> Entrevistas con beneficiarios, PMA y con personal técnico de las ONGs y socios de PMA y PROSOLI.

<sup>101</sup> Si bien el PMA no ha realizado en el periodo evaluado estudios de Post Distribución regulares que permitan apreciar la utilización de los insumos de suplementación por parte de la población receptora, las evaluaciones intermedias revisadas han sido trianguladas y son coincidentes con los datos del trabajo de campo recogidos directamente con familias de beneficiarios y experiencias del personal de la UNAP y PROSOLI.

mala administración para otros usos. Es considerada de fácil preparación y de buen gusto por un 70% de las familias<sup>102</sup>. Las personas beneficiarias preparan la Progresina de distintas maneras, adecuándolas a su gusto y costumbres, pero en general se observa que han seguido los lineamientos de los materiales de difusión y orientaciones recibidas. Esto indica que el trabajo de difusión se hizo de manera correcta. El PMA ha utilizado varias estrategias para fomentar e informar de su preparación, como la más reciente de Chefs que promocionan su utilización en la cocina.

102. En el caso de la Progresina Infantil, existe igualmente un grado de conocimiento satisfactorio y aceptación de este producto. Sólo una minoría no significativa reportó una mala utilización como por ejemplo el incluirlo en el biberón para los infantes sin previo proceso de cocción.

103. Existe confusión en relación con la cantidad de porciones al día: por un lado, en la Progresina Infantil se indica en el folleto que debe ser ofrecido dos a tres veces al día, y en las entrevistas las personas señalaban que habían recibido indicaciones que diferían, en algunos casos indicando que sólo debía ser una vez al día.

104. Tanto en las entrevistas con personal del SNS como con los beneficiarios señalan que es frecuente que en el seno de la familia la Progresina sea compartida por todos sus miembros, lo cual limita su impacto en la persona que en principio es receptora por su condición de vulnerabilidad nutricional. En la medida en que en un mismo hogar puede haber casos de desnutrición crónica o personas envejecientes con necesidades de suplementación, cohabitando con personas con sobrepeso, la participación de la Progresina en el seno familiar es doblemente contraindicada en estos casos.

### Adecuación de preparación y consumo de Chispitas (MNP)

105. Si bien una amplia mayoría de las familias reportaron el consumo de las Chispitas, una minoría de los hogares reportaron que los niños y niñas no aceptaban las chispitas por el sabor a hierro. Este rechazo también fue reportado por los grupos focales llevados a cabo con el personal de PROSOLI y por el personal médico entrevistado. Sin embargo, este mal sabor, salvo en algunos casos, no implica rechazo por parte del niño o niña hasta el punto de no consumirlo, lo cual es coherente con los datos de seguimiento del Programa que indican que un 81% de los niños y niñas receptores no presenta rechazo. Las entrevistas al personal de salud y a las madres beneficiarias coinciden en que las madres perciben Chispita como un medicamento por razones de salud, mientras que la Progresina es un alimento que es consumido para completar la dieta y saciar el hambre. Según el análisis de datos presentado en EQ5 sobre cambios de comportamiento, los micronutrientes en polvo son el componente que más ha movilizó a las madres para asistir a las UNAP.

106. Tanto el personal médico como algunos beneficiarios reportan que es relativamente frecuente que se utilicen las Chispitas en forma cocinada. Los materiales de promoción pueden llevar a confusión, ya que colocan como ejemplos de preparación alimentos calientes, aspecto que puede alterar la coloración de los alimentos y resaltar su sabor a hierro. En la narrativa de dichos documentos se explica de forma apropiada que las Chispitas debe ingerirse en frío, pero se menciona el uso del arroz para la alimentación, un alimento que se suele consumir caliente, lo que hace que las Chispitas adquieran un mal sabor al cocinarse sus componentes. Esta confusión se ha encontrado igualmente en parte del personal de PROSOLI de más reciente incorporación.

“A mi hijo le ayudaron mucho las Chispitas. Al principio no le gustaba porque yo las cocinaba con el arroz, pero ahora se lo pongo en fruta. Cuando voy a la UNAP me explica todo eso y me dan consejos para mí y para mi hijo.”

*Madre de niño beneficiario.*

<sup>102</sup> Encuesta de comportamientos PMA 2018

## EQ5 ¿EL PROGRAMA ESTÁ GENERANDO LOS CAMBIOS EN HÁBITOS, PRÁCTICAS Y COMPORTAMIENTOS NECESARIOS DE LOS ACTORES INTERMEDIARIOS Y DE LOS GRUPOS BENEFICIARIOS FINALES?

- La corresponsabilidad del programa PROSOLI combinada con la distribución de insumos de suplementación alimentaria generan un cambio de comportamiento positivo incrementando las consultas a los centros de atención primaria.
- Se ha conseguido revertir el deterioro de las prácticas de lactancia materna y existe un cambio relevante respecto a la lactancia materna exclusiva en menores de seis meses.
- Pese a que las UNAP y PROSOLI son bien valoradas tanto por el servicio prestado como por el suministro de informaciones, la cultura nutricional inadecuada está muy arraigada y no se han generado los cambios necesarios en la población meta.

### Cambio de hábitos en población meta

107. Uno de los cambios esperados del programa es el refuerzo del esquema de corresponsabilidad<sup>103</sup>, así como incentivar las consultas de crecimiento y desarrollo<sup>104</sup>. Las entrevistas a personas clave y beneficiarios y beneficiarias indican que la asistencia a las UNAP bajo las actividades de corresponsabilidad y seguimiento del programa se han incrementado a lo largo de la duración del programa. Las familias que no tenían el hábito de ir al centro médico están ahora realizando visitas al centro médico por la posibilidad de perder los beneficios de PROSOLI o para recibir lo que ellos perciben como ayuda alimentaria (Progresina) o medicamentos (Chispita). Según el análisis de datos<sup>105</sup>, los micronutrientes en polvo son el componente que más ha movilizado a la población: 42% del personal de salud de las UNAP encuestado ha identificado esta actividad como la que tiene más éxito en el programa. Las entrevistas con los informantes claves y los grupos focales con los enlaces de familia confirmaron que la organización de Jornadas Infantiles y la movilización de familias con niñas y niños de 6 a 59 meses por los enlaces de familia asociadas a la llegada de las Chispitas Solidarias a las UNAP han sido factores claves que explican el aumento de asistencia.<sup>106</sup>

108. Este cambio es refrendado por el personal médico entrevistado en la UNAP que indica además que el impacto es doblemente positivo ya que se está movilizando a la población más vulnerable y tradicionalmente más alejada de los centros de atención primaria. Esto permite crear una cultura de visita preventiva al médico que refuerza los mecanismos de salud pública, incluida las visitas a niños y niñas, mujeres embarazadas, monitoreo de las personas envejecientes, mejorando la cobertura del plan de vacunación, etc.

109. La República Dominicana es con diferencia el país con los indicadores de **lactancia materna** más bajos de América Latina<sup>107</sup> por lo que éste es uno de los principales cambios de comportamiento que persigue el Componente de Nutrición evaluado. Hasta el año 2014, las encuestas sucesivas han

<sup>103</sup> Ayudas monetarias condicionadas. Ver Sección 1.

<sup>104</sup> Esta relación ha sido subrayada tanto por el personal de PROSOLI como por el personal de las SNS.

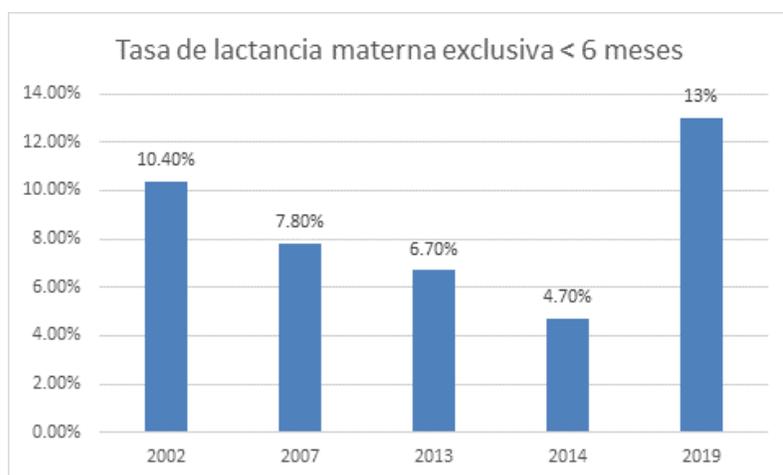
<sup>105</sup> A falta de reportes de post distribución regulares que midan el impacto y hagan un seguimiento de los hábitos nutricionales, se han podido triangular las valoraciones aportadas por el personal PROSOLI, SNS y los testimonios de los beneficiarios entrevistados con la revisión de los escasos estudios disponibles. Estas valoraciones son limitadas por cuanto no siempre son concluyentes respecto a la contribución del Componente en los cambios y hábitos.

<sup>106</sup> En línea con hallazgos por ejemplo de Reporte Estudio Cualitativo análisis de estrategias PMA. Contacto Directo PMA 2016. Estudio Cualitativo Hábitos y Actitudes 2017

<sup>107</sup> Datos PAHO para el periodo 2010-2014 <http://latinamericanscience.org/spanish/2014/05/practicas-de-lactancia-materna-en-america-latina/>

identificado un deterioro constante de la tasa de lactancia materna exclusiva para infantes menores de seis meses de edad. Como se aprecia en el Gráfico 8, la ENDESA 2002 reveló que en ese año sólo el 10.4 % de los niños y las niñas ingirieron leche materna de forma exclusiva. En 2007, ese porcentaje se había reducido a 7.8 %, y en 2013 a 6.7 %. La encuesta ENHOGAR MICS del año 2014 indicó que aquellas madres que amamantaron exclusivamente hasta los seis meses de edad fue de apenas 4.7 %. Sin embargo, la encuesta ENHOGAR MICS 2019108, publicada en 2021, indica que este porcentaje se ha incrementado hasta el 13% y se ha revertido la tendencia de años que venía conociendo la República Dominicana.

**Gráfico 8: Tasa de lactancia materna**



Fuente: Fuente ENDESA y ENHOGAR

110. En el periodo evaluado, la tasa de lactancia materna exclusiva se ha incrementado en más de ocho puntos porcentuales. Pese a este incremento, las prácticas de lactancia materna siguen encontrándose en niveles muy insuficientes, en especial la lactancia exclusiva para menores de seis meses, entre los más bajos del mundo. Las razones para esto, de acuerdo con los estudios consultados, son las trabas persistentes en el entorno laboral y una falta de cultura y hábitos de lactancia materna exclusiva que lleva a las madres a persistir en el intento de mantener la lactancia.<sup>109</sup>

111. Las visitas domiciliarias constituyen la primera intervención de la estrategia de acompañamiento sociofamiliar de PROSOLI y uno de los vectores de cambio de comportamiento más importantes del Componente de Nutrición. En el periodo evaluado, los enlaces comunitarios de PROSOLI han realizado visitas a los hogares con una cadencia mensual o quincenal según los reportes de la institución. En el año 2015<sup>110</sup>, se realizaron visitas a 621,208 familias para hacer un acompañamiento que desde el año 2012 incluye consejería nutricional, bajo la formación del PMA. El equipo evaluador encuentra que los servicios de acompañamiento son muy bien valorados por la población meta y que esto constituyen agentes de cambio que generan confianza por cuanto son modelos de la propia comunidad<sup>111</sup>.

112. Sin embargo, tal y como señala el Plan Nacional De Soberanía Alimentaria 2019, y según se desprende de diferentes estudio y diagnósticos, existen patrones de alimentación de la población que no

<sup>108</sup> UNICEF ONE Ministerio de Economía de la República Dominicana. 2021 sobre datos 2019. <https://www.unicef.org/dominicanrepublic/media/5376/file/Encuesta%20ENHOGAR-MICS%202019%20-%20Publicaci%C3%B3n.pdf>

<sup>109</sup> Plan Nacional para la Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional 2019-2022.

<sup>110</sup> Informe de rendición de cuentas PROSOLI 2015

<sup>111</sup> Resultados de Grupos Focales triangulados con entrevistas cualitativas con personas beneficiarias.

son apropiados y que están fuertemente arraigados<sup>112</sup>. Esto ha limitado el impacto respecto a la cultura alimentaria y nutricional que sigue siendo inadecuada lo cual es particularmente preocupante en los estratos menos favorecidos ICV1 ICV2. El trabajo de campo realizado es coincidente con estos hallazgos. Adicionalmente, incluso cuando la importancia de poder contar con una alimentación equilibrada es entendida por las personas beneficiarias, el acceso a productos de calidad y saludables es limitado ya que implica costes adicionales de transporte para llegar hasta puntos de distribución de verduras y legumbres frescas, por lo que deben *“comprar lo que hay”*, en particular en barrios marginales de zonas urbanas. Por el contrario, las ONG consultadas en el componente de nutrición como parte de la respuesta a emergencia de la pandemia de COVID-19 indicaron que con frecuencia en las zonas rurales las familias tienen productos asequibles -verduras y frutas- pero que no siempre le dan el valor adecuado desde el punto de vista nutricional o de alimentación. Sigue siendo por tanto necesario reforzar y combinar con otras estrategias el trabajo en prácticas culturales de alimentación, arraigadas en la población para lograr mejoras en la incorporación de hábitos alimentarios.

113. La encuesta de comportamiento realizada en 2016 y 2017 por el PMA, SNS y PROSOLI destacan el rol preponderante de la mujer en el cuidado y alimentación de los hijos y que las madres son el principal vector de transformación de los hábitos alimentarios.<sup>113</sup> Sin embargo, el 40 % de las mujeres no saben qué alimentos son una buena fuente de micronutrientes y solo el 37% de ellas manifiesta haber recibido asesoramiento nutricional de los/as médicos en sus visitas a los centros de atención primaria.<sup>114</sup>

114. Estos estudios indican que la participación y asistencia de la mujer en las UNAP y en las charlas comunitarias es preponderante en todas las categorías socioeconómicas. La relativa ausencia de hombres adultos que acuden a los Centro de Salud fue contrastada en las visitas de campo. El personal de salud y de SUPÉRATE entrevistado indica que la razón principal es que no existe una cultura de visita médica en general, mucho menos en los hombres, que acuden únicamente en caso de urgencias y traumatismos. También se explica por los horarios de trabajo en los hombres que no les permite ir al centro de salud ni a acompañar a sus hijos al centro, a las divisiones tradicionales en el hogar y al periodo de lactancia materna. Finalmente, se explica debido a que las familias monoparentales no comparten la custodia de los menores y son las mujeres las que acompañan a éstos y por lo tanto tienen una mayor frecuentación.

115. En materia de género, buena parte de los materiales revisados utilizan un mensaje sensible al género y están dirigidos "a la familia", vehiculando imágenes donde tanto el padre como la madre están presentes en la crianza del niño y son corresponsables (por ejemplo, en el Manual de Alimentación Infantil del Componente<sup>115</sup>). El proyecto evaluado no ha desarrollado materiales específicos dirigidos a transformar los roles de género en la alimentación y nutrición en los hogares. En este sentido los contenidos de los materiales son neutros en cuanto a la transformación de roles o trasladan una imagen de corresponsabilidad. Esto se aprecia en otros materiales analizados, así como en los materiales corporativos revisados de PROSOLI. Sin embargo, los sobres del producto de PROGRESINA del PMA, que se entrega a las familias con niños de hasta 59 meses, presentan en su carátula la imagen de la madre alimentando al menor, lo cual excluye de entrada al padre de la crianza del menor. Esto es en línea con las prácticas corporativas del PMA que utiliza de forma mayoritaria en sus recursos las imágenes de mujeres solas o mujeres alimentando a niños y niñas, sin la presencia del padre.

### **Cambios de hábito en otros actores**

116. Las entrevistas con interlocutores clave señalan que se están produciendo cambios en las organizaciones de la sociedad civil, gracias a los nuevos conocimientos adquiridos sobre nutrición en

---

<sup>112</sup> Dietas altas en carnes procesadas, en sodio y en bebidas azucaradas. Informe "La Comida Insana." VSF, 2019, Republica Dominicana.

<sup>113</sup> Reporte Estudio Cualitativo análisis de estrategias PMA. Contacto Directo PMA 2016. Estudio Cualitativo Hábitos y Actitudes 2017

<sup>114</sup> Ibid

<sup>115</sup> Manual "Alimentación infantil, del Componente de nutrición. PMA y PROSOLI, sin fecha.

especial en el marco de la respuesta a emergencia por la pandemia. Esto es debido a las alianzas trazadas por el Componente en especial PROSOLI y PMA, que han demostrado tener una gran capacidad de movilización a través de las organizaciones de sociedad civil. Las capacitaciones e inducciones al personal de estas organizaciones, detallados en la siguiente pregunta número 6, han contribuido significativamente a mejorar el entendimiento de las problemáticas nutricionales en las organizaciones de la sociedad que son clave en República Dominicana y en el trabajo con las comunidades.<sup>116</sup>

117. Las entrevistas realizadas y la revisión documental muestran claramente que la alianza PROSOLI-PMA-SNS ha contribuido a integrar el factor nutricional en la reflexión de los principales actores hasta ahora enfocados al desarrollo socioeconómico, Seguridad Alimentaria, Salud y Educación, con una débil incorporación de los desafíos nutricionales a los que se enfrenta el país.

## EQ6. ¿SON ADECUADOS Y EFECTIVOS LOS PROCESOS DE CAPACITACIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA DEL PMA Y EL RESTO DE LOS ACTORES?

- El material de capacitación elaborado por el PMA ha contribuido a que el personal de salud formado tenga el conocimiento y habilidades para ejercer las funciones asociadas con el componente de nutrición del programa en cuanto al crecimiento y desarrollo infantil, atención al embarazo y puerperio, y consejería nutricional y de alimentación saludable.
- El acompañamiento técnico del PMA en materia nutricional representa uno de los principales valores añadidos del PMA.

118. El Programa Mundial de Alimentos tiene como uno de sus ejes de intervención en los países socios el fortalecimiento institucional de los Gobiernos y de las capacidades técnicas, en el marco del apoyo a la consecución de los ODS (Objetivo estratégico 5). Se constató que los aspectos de desarrollo de capacidades y empoderamiento son centrales tanto en la cooperación del PMA con SNS y PROSOLI, como en la cooperación interinstitucional entre el SNS y PROSOLI<sup>117</sup>, y representa uno de los subobjetivos del componente<sup>118</sup>. Este marco amplio de cooperación supera el enfoque de meras capacitaciones o transferencias de conocimiento a individuos. En concreto, el modelo del PMA de refuerzo de capacidades institucionales presenta tres niveles diferenciados para el desarrollo de las capacidades.<sup>119</sup> Se observa que en todos ellos se han alcanzado resultados significativos que se resumen a continuación:

1. **Entorno favorecedor y desarrollo de políticas** (apoyo al diseño de políticas, leyes, estrategias nacionales, lineamientos generales/ estratégicos):
  - El Componente de Nutrición fue impulsado en parte gracias a la Cooperación Sur-Sur a través de la Oficina Regional del PMA en Panamá en eventos en los que se compartieron las experiencias técnicas de la región ALC en programas de protección social y de suplementación con micronutrientes.<sup>120</sup>

<sup>116</sup> Entrevistas realizadas a ONGs en República Dominicana.

<sup>117</sup> Así lo expresa igualmente el marco de entendimiento entre PROSOLI y SNS en 2018.

<sup>118</sup> Política del PMA en materia de fortalecimiento de capacidades.

[https://docs.wfp.org/api/documents/b548771b6e6a4634bbd93699738d57cf/download/?\\_ga=2.119561288.1135621561.1624892226-1343345286.1601292948](https://docs.wfp.org/api/documents/b548771b6e6a4634bbd93699738d57cf/download/?_ga=2.119561288.1135621561.1624892226-1343345286.1601292948)

<sup>119</sup> síntesis sobre el trabajo de refuerzo de capacidades del PMA:

[https://executiveboard.wfp.org/document\\_download/WFP-0000127565?\\_ga=2.192460650.1135621561.1624892226-1343345286.1601292948](https://executiveboard.wfp.org/document_download/WFP-0000127565?_ga=2.192460650.1135621561.1624892226-1343345286.1601292948)

<sup>120</sup> WFP 2018. How the Government of the Dominican Republic Reduced Anemia by 50% in Vulnerable Children, with support from WFP A Case Study on Nutrition-Sensitive Programming in a Middle Income Country

- PROSOLI y el SNS, con el apoyo técnico del PMA contribuyeron conjuntamente a la creación de la Ley No. 589-16 que crea el Sistema Nacional para la Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional en la República Dominicana.
- El PMA ha mantenido un nivel alto de abogacía para impulsar el desarrollo de políticas públicas sensibles a la nutrición, en especial a nivel de Vicepresidencia de la república.
- La formulación del Plan Nacional para la Soberanía y la Seguridad Alimentaria y Nutricional de República Dominicana 2018 contó con el apoyo técnico del PMA y la participación del SNS y PROSOLI.
- El PMA también contribuyó a la creación del el Consejo Nacional para la Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONASSAN) que debe articular las acciones del país en la materia.
- El PMA y PROSOLI han apoyado la visibilización del Componente de Nutrición y el fortalecimiento Sur-Sur con la organización de eventos y la facilitación de visitas como la de la Ministra de Pakistán en 2018, o la presentación de la experiencia de protección social dominicana en un Foro organizado con 150 participantes de 20 países en el Centro de Excelencia del PMA en Brasil.

## 2. Refuerzo institucional

- El Componente de Nutrición ha equipado las UNAP con material de medición antropométrico mediante compras y distribuciones a cargo del presupuesto asignado.
- Como se detalla en la siguiente subsección, el Componente de Nutrición ha articulado las actividades de fortalecimiento de diseño e implantación de sistemas, herramientas y equipos.

## 3. La capacitación y transferencia de conocimientos es un elemento esencial del programa, incluido como eje de acción con sus resultados. El PMA tiene un rol central de asistencia técnica en el Componente de Nutrición dirigidos a tres públicos principales<sup>121</sup>:

- **Personal técnico de salud de las UNAP:** para transferir conocimientos y fortalecer capacidades en la consulta de promoción de salud.
- **Personal local de PROSOLI** con jornadas de capacitación grupal, formaciones en las Escuelas de Familia del personal de PROSOLI para reforzar la vigilancia y consejería nutricional a nivel familiar.
- **Población vulnerable:** Educación para el cambio de comportamiento en el cuidado nutricional de las niñas, niños y mujeres embarazadas y periodo de lactancia con la elaboración de materiales educativos, divulgación de mensajes claves y acciones en diferentes medios de comunicación local.

119. La estrategia de capacitación se centra en reforzar las capacidades técnicas para la “gestión, monitoreo y evaluación de las intervenciones”<sup>122</sup> (objetivo general) “a nivel local, provincial y regional” (resultados esperados)<sup>123</sup>. Los tres niveles de administración pública mencionados han permanecido centrales al diseño y la implementación de este programa. Esto se considera como un enfoque robusto, a medida de la realidad operacional y las necesidades de cada nivel.

“Recuerdo la formación del PMA, nos explicaron muy bien los diferentes productos y grupos de beneficiarios. También aprendimos a saber si un niño estaba desnutrido o no, y cómo hacer seguimiento, y aunque no somos médicos, también aprendimos a orientar a los diabéticos o en los alimentos para las embarazadas.”

Enlace comunitario PROSOLI

<sup>121</sup> Compromisos asumidos en el convenio SNS-PROSOLI del año 2017

<sup>122</sup> Objetivo general.

<sup>123</sup> Marco lógico del componente de nutrición del programa Progresando con Solidaridad 2017-2018

120. Se observa un énfasis en indicadores de resultado sobre la creación de material educativo técnico hasta el año 2016, que no figura a partir de ese año, y que se explica por la necesidad de generar documentos guías y protocolos de actuación durante los primeros años del programa. La lectura de la documentación de capacitación disponible<sup>124</sup> confirma que la inversión en el material educativo se ha concentrado en los primeros años y con pocos cambios de contenido técnico desde el 2014. Estos cambios están centrados en la revisión y actualización de las normas de atención de los niños y las niñas, en actualización de las guías clínicas de atención de las mujeres embarazadas del Ministerio de Salud Pública y en la edición de materiales para la consejería nutricional.

### **Análisis del número de personas capacitadas**

121. El equipo evaluador no ha conseguido los indicadores de producto para el componente de capacitación y asistencia técnica para poder valorar la frecuencia y la cobertura de las capacitaciones durante el periodo de esta evaluación.

**Tabla 7: Capacitaciones realizadas en el periodo 2012-2018**

	<b>PERSONAL SNS CAPACITADO EN NUTRICION</b>	<b>PERSONAL PROSOLI CAPACITADO EN COMPONENTE DE NUTRICION</b>	<b>PERSONAL DE PROSOLI CAPACITADO EN RED DE CONSEJERIA NUTRICIONAL</b>	<b>JEFES/AS DE HOGARES BENEFICIARIOS QUE HAN RECIBIDO CAPACITACION SOBRE MICRONUTRIENTES Y ALIMENTACION SALUDABLE</b>
<b>TOTAL</b>	5 743	3 067	9 414	182 271

Fuente: PMA Términos de Referencia

122. En el año 2020, la respuesta durante la pandemia de COVID-19 obligó a dirigir el foco hacia las inducciones de los nuevos socios operacionales que apoyaron las distribuciones en este año. Los socios recibieron capacitación sobre conceptos básicos de seguridad alimentaria y nutricional en contexto de emergencia, población meta, descripción y uso de los alimentos complementarios, y medidas de seguridad para la distribución de alimentos durante la COVID-19<sup>125</sup>. Al mismo tiempo, se realizó la inducción al nuevo personal del SNS y equipo local de PROSOLI mediante 19 talleres de capacitación, alcanzando a 1,169 personas, de las cuales 769 fueron de forma presencial y 400 de forma virtual. Dentro de los participantes de las capacitaciones presenciales, 600 fueron de PROSOLI y 169 de SNS.

123. El equipo evaluador concluye que la capacitación ha sido un pilar central en la respuesta del Componente de Nutrición. No se puede valorar el porcentaje de implementación comparado con la planificación por falta de los datos por año por brechas de información obtenida.

### **Revisión de material de capacitación**

124. Se ha revisado en detalle el material de capacitación técnica compartido por el PMA para el componente de nutrición del programa de PROSOLI. Se observa una serie de materiales técnicos elaborados para orientar al personal médico en sus funciones de identificación, diagnóstico y tratamiento con los insumos nutricionales del programa. Hasta el año 2016 el enfoque está en el uso de los micronutrientes en polvo, Chispitas Solidarias para la prevención y control de micronutrientes en niñas y niños menores de 5 años. Posteriormente el enfoque se extiende al uso de dos alimentos complementarios fortificados, Progresina Infantil destinada a la prevención de la desnutrición aguda y crónica, y la Progresina adulta destinada a embarazadas y mujeres en periodo de lactancia y a las adultas y los adultos mayores con bajo peso.

<sup>124</sup> Los documentos que se han revisado se muestran en el Anexo 8 de bibliografía

<sup>125</sup> Informe Anual PMA 2020

125. El Componente ha producido en el año 2012 un Manual<sup>126</sup> para los prestadores de servicios de las UNAP en versión publicada y en versión digital que destaca por abordar los temas de la vigilancia nutricional, la consejería nutricional y de alimentación saludable y uso de Chispitas solidarias y se complementa con una nota orientativa de 5 páginas para uso fácil.<sup>127</sup> Estas herramientas han servido para armonizar la atención nutricional a las niñas y niños con sus madres o cuidadores utilizando lenguaje simple, claro y gráfico, prestando atención al lenguaje sensible al género e inclusivo, y a las normas nacionales de nutrición<sup>128</sup>. Las secciones de resumen, preguntas frecuentes y herramientas de entrega y registro facilitan el trabajo del personal médico y permiten acercarse al paciente. Este material no ha sido actualizado con el componente de ACF introducido a partir del año 2014 en el programa. Sin embargo, se crearon nuevos materiales con mensajes nutricionales para la explicación del uso de los productos nutricionales, al igual que mensajes de alimentación saludable.

126. El valor técnico del PMA en temas de nutrición ha sido un punto destacado durante el levantamiento de datos de esta evaluación, mencionado como uno de los valores añadidos del PMA en el país por representantes de instituciones del gobierno y de las NNUU<sup>129</sup>. El personal del SNS y de PROSOLI, y beneficiarios directos de la capacitación y asistencia técnica del PMA, también han corroborado este aspecto como un punto fuerte del PMA. Los grupos focales con los enlaces comunitarios de PROSOLI<sup>130</sup> que tuvieron lugar durante el levantamiento de datos de la evaluación confirmaron la calidad de los talleres impartidos por el PMA en los que ellos participaron en cuanto a su contenido y las técnicas didácticas. La apreciación por parte de personal de PROSOLI ha sido alta para todas las regiones. Los enlaces que llevaban más de 10 años en el programa se acordaban muy bien de los talleres de formación y del seguimiento técnico continuo por parte del PMA. Se citaron las formaciones en formas de talleres<sup>131</sup>, jornadas infantiles, las escuelas de familia como eventos para difundir el conocimiento técnico necesario para las actividades de componente de nutrición. El equipo evaluador ha podido revisar el material didáctico lúdico<sup>132</sup> que se valora como muy apto para el público de las formaciones, con imágenes simples y claras para promover el conocimiento técnico en nutrición y poder dar la consejería nutricional adecuada durante las visitas a los hogares. La mayoría de estas imágenes presentan familias estructuradas donde el padre y la madre comparten la crianza. Los materiales del PMA son embargo presentan.

127. Se observa que el material de capacitación elaborado por el PMA ha contribuido a que el personal de salud formado tenga el conocimiento y habilidades para ejercer las funciones asociadas con el componente de nutrición del programa en cuanto al crecimiento y desarrollo infantil, atención al embarazo y puerperio, y consejería nutricional y de alimentación saludable. El material de capacitación desarrollado y difundido por el PMA a través talleres, documentación escrita como manuales, brochures, y actividades en la comunidad, a las cuales se invita al personal médico de las UNAP, es de calidad y adecuado para los objetivos de capacitación del programa. No solo cubren los aspectos de vigilancia nutricional directamente relacionados con el programa, pero también cómo identificar el riesgo a la obesidad y la promoción de la lactancia materna exclusiva e introducción de alimentos complementarios. También se incluye aspectos del uso y preparación de los productos nutricionales con consejos prácticos de cómo abordar las preguntas más frecuentes y problemas de aceptación. Las respuestas a la encuesta al personal de las UNAP confirman la calidad del material de capacitación ofrecido por el PMA, con 53% de los 395 que recibieron

---

<sup>126</sup> 2012 PMA Manual del subcomponente de Nutrición para prestadores de servicios en las Unidades de Atención Primaria de Salud

<sup>127</sup> NOTA informativa para desarrollar el componente nutrición – borrador sin fecha

<sup>128</sup> 2009 Pílon de la alimentación y nutrición, Guías Alimentarias basadas en alimentos de la República Dominicana, SESPAS

<sup>129</sup> Entrevistas con Informantes clave 28 y 30 de julio 2021

<sup>130</sup> Grupos focales en remoto (zoom) con voluntarios, enlaces y supervisores de enlace comunitarios 27, 28, 29 julio 2021

<sup>131</sup> PMA Temario de taller del Manual de capacitación – sin fecha. Este temario contiene todos los detalles de metodología de formación, material, juegos y ejercicios de aprendizaje para el componente de nutrición.

<sup>132</sup> Nutriparché comunitario – juego con preguntas y respuestas

capacitación valorándolo como muy aptos, y 39% como bastante aptos (y solo 5.6% y 1.01% valorándolo como poco o nada aptos).<sup>133</sup>

128. En cuanto al material de capacitación del personal de enlace familiar de PROSOLI, se revisó la pertinencia y calidad del material de la Red de Consejería en nutrición comunitaria que tienen como labor *“apoyar a las madres y a las familias a tener niños y niñas más saludables, como base de desarrollo social de la comunidad”*. El PMA también desarrolló la cartilla de consejería nutricional<sup>134</sup> que es la base del programa de capacitación para difundir el material a través de talleres. Este acercamiento a los supervisores es un componente fuerte del diseño del programa que necesita una dedicación continua del personal del PMA, conforme iba creciendo la cobertura del programa, se iban implementando los talleres de formación.

129. Las actividades de fortalecimiento de capacidades vinculadas directamente con las charlas de consejería nutricional impartidas en las UNAP se han empezado a desarrollar en el año 2019, pero no se ha podido valorarlas debido a que su implementación ha sido limitada todavía.

### Percepción de los participantes respecto a las capacitaciones

130. El 73% del personal médico del SNS encuestado manifiesta haber recibido información/orientación por parte del PMA para el uso adecuado de los insumos nutricionales. Sin embargo, un poco menos de la mitad, 48.3% recibieron capacitación por parte del PMA en materia de nutrición y alimentación saludable.

131. De los que recibieron capacitación, la valoración del contenido, del aumento de conocimientos y de la mejora en la aplicación de conocimientos para la vigilancia nutricional, es más de 70%.

132. Las mejoras propuestas por los encuestados incluyen:

- Incrementar la frecuencia y continuidad de las capacitaciones y talleres. Esto incluye igualmente asegurar la capacitación de los pasantes y/o promotores que tienen poca permanencia.
- Se indica que estas capacitaciones deben reforzar aspectos formativos, no solo divulgación del proyecto (inducciones).
- Se sugiere igualmente mejorar el sistema de convocatorias a los participantes -mayor antelación- para facilitar su participación.
- Brindar actualizaciones, evitar repetir exactamente los mismos materiales (repetición de diapositivas en las convocatorias)

133. Los grupos focales con los voluntarios de PROSOLI, enlaces comunitarios y supervisores regionales revelaron un alto grado de satisfacción con las formaciones del PMA. Se valoraron las actividades de participación comunitaria, jornadas infantiles y redes de salud comunitaria como vehículos para la transmisión de mensajes de nutrición.

134. Se valoraron positivamente los consejos del uso y preparación de Chispitas para disminuir el rechazo del producto nutricional por su gusto y aspecto. Las recetas y consejos de cocina fueron fácilmente recordados por los y las enlaces que asistieron a los grupos focales durante esta evaluación. Existe una fuerte identificación del personal con sus responsabilidades dentro de la Red de consejería en nutrición comunitaria<sup>135</sup> resumida como: *“su labor es apoyar a las madres y a las familias a tener niños y niñas más saludables, como base de desarrollo social de la comunidad”*.<sup>136</sup>

---

<sup>133</sup> Anexo 10 Encuesta.

<sup>134</sup> PMA Cartilla del Consejero o Consejera en nutrición Comunitaria- borrador sin fecha

<sup>135</sup> Borrador Cartilla del Consejero o Consejera en nutrición Comunitaria, PMA PROSOLI

<sup>136</sup> Esto incluye Reuniones comunitarias, Convocar Jornada de salud Infantil – con el médico de la UNAP grupos de 15-25 niños, Red de consejería en nutrición comunitaria, Visita domiciliaria en la primera semana después de la Jornada de salud – lleve material (rotafolio) de consejería, de demostración – pasos para identificar el problema y hacer

135. Se observa que el Componente no ha tenido un énfasis en la construcción de capacidades respecto a la prevención de la obesidad y sobrepeso, que no se ha incorporado en el componente de nutrición de inicio. Esto se explica probablemente por el hecho de que i) se trata de un fenómeno relativamente nuevo, en el que las agencias de nutrición empiezan a aportar soluciones, ii) la conexión entre políticas redistributivas focalizadas y obesidad es más débil que la relación causa-efecto que existe entre pobreza y desnutrición.

136. Las personas clave entrevistadas consideran igualmente relevante hacer notar las debilidades de la oferta pública en materia de promoción de la lactancia materna exclusiva, principal instrumento para combatir la malnutrición en niñas y niños hasta los seis meses de edad. Como se menciona antes, la práctica de lactancia exclusiva tiene una muy baja incidencia en el país, por lo que existe una brecha en este ámbito.

137. El equipo evaluador concluye que la calidad de la capacitación, asistencia técnica y la participación comunitaria y vigilancia nutricional ha sido alta y apreciada por los tres públicos. La alta rotación de médicas y médicos pasantes en las UNAP hace de la capacitación una necesidad continua. Lo mismo ocurre con la rotación del personal de Enlace de PROSOLI. En consecuencia, deberá adaptarse la estrategia necesaria para responder a esta realidad: por ejemplo, i) capacitar a capacitadores locales que sean los que se encarguen de la formación ii) incluir materiales y módulos de capacitación online y cursos accesibles a distancia iii) incluir el componente nutricional en el currículo de las categorías profesionales relevantes (médicos, promotores de salud, supervisores, etc.).

## **EQ7 ¿EN QUÉ MEDIDA LA COORDINACIÓN Y EL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE PROSOLI, DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD Y EL ACOMPAÑAMIENTO DEL PMA HAN SIDO EFICIENTES?**

- La coordinación nacional y la coordinación a nivel local de las UNAP y Supervisor/a de Enlace de familia se han demostrado como los foros de coordinación más sólidos para el intercambio de informaciones y toma de decisiones, mientras que el nivel regional no ha sido priorizado, lo cual es problemático en particular a la hora de asentar un sistema de vigilancia nutricional en el país.
- La falta de sistema de monitoreo armonizado entre las tres entidades que capta las actividades de manejo de caso contribuyen directamente a la falta de evidencia del impacto del programa.

138. El Componente de Nutrición de PROSOLI se implementa mayoritariamente en el Programa de Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (Niño Sano) ejecutado por el SNS a través de las UNAP. El programa, desde su diseño, permite al PMA acercar las actividades de las dos entidades del gobierno para una mejor integración de la atención nutricional a las niñas y niños menores de 5 años, mujeres embarazadas y en fase de lactancia, y personas mayores beneficiadas por PROSOLI. La cooperación entre las tres entidades durante más de una década para servir a un sector de población del país con vulnerabilidades sociales, económicas y nutricionales es no solo necesaria sino un elemento esencial para el éxito del programa.

139. La coordinación a nivel nacional entre las tres entidades ha sido regular y continua en todo el periodo evaluado. La lectura de los convenios y memorandos de entendimiento entre el Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales del Gobierno de la República Dominicana y el PMA<sup>137</sup> dejan claro que el Componente se encuentra bajo el liderazgo de PROSOLI, dirigido a sus beneficiarios y beneficiarias, con el

---

recomendaciones con ejemplos de lo que dice la madre y como preguntar para saber cómo alimenta al bebe – cuántas veces seno y cuántas biberón al día.

<sup>137</sup> MOUs y Adenda 2009, 2010, 2012, 2015, 2016, 2018, 2019 y 2020

apoyo del PMA para el suministro de productos nutricionales y la asistencia técnica. Esto permite al PMA ejercer un rol de acompañamiento técnico a las dos entidades gubernamentales.

140. El rol de cada una de las tres entidades permaneció estable durante el periodo de esta evaluación. No se han producido cambios en la fase de implementación, con la excepción del 2020 en respuesta durante la pandemia de COVID-19 cuando se introdujo un cuarto actor, más de 200 ONG y organizaciones de la Iglesia y de la sociedad civil, para la ampliación a la implementación del Componente de Nutrición.

141. El PMA ha mantenido relaciones estratégicas y relaciones técnicas de coordinación con ambos actores a lo largo de la vida de este programa. Los cambios en los memorándums de entendimiento entre PROSOLI y el PMA reflejan cambios basados en decisiones de carácter técnico, como pueden ser la introducción del alimento complementario fortificado, la dosis de los micronutrientes en polvo, el fortalecimiento de conocimiento de los enlaces comunitarios para el cambio de comportamiento a nivel del individuo, entre otros. No se ha tenido acceso a actas de reuniones entre los tres actores, pero las entrevistas con los informantes claves de cada entidad confirman que a nivel nacional el PMA ha servido de catalizador para mejor toma de decisiones sobre los componentes técnicos del programa, teniendo en cuenta las experiencias del personal de la SNS y el personal de PROSOLI.

### **Coordinación a nivel regional entre PROSOLI, SNS y los distintos actores implementadores del Componente de Nutrición**

142. Mientras que la coordinación y comunicación a nivel nacional ha sido regular y continua, la coordinación a nivel regional ha sido más débil. Tanto PROSOLI como el SNS tienen estructuras regionales y personal con cargos y responsabilidades regionales. Las entrevistas con los informantes claves regionales<sup>138</sup> sugieren que el intercambio de informaciones sobre las actividades de programa y la planificación de actividades del Componente se hace directamente desde el nivel nacional con el nivel local. Es posible que la centralización en Santo Domingo de la logística del PMA y del personal técnico senior de sus programas haya influido en este factor. Esto podría estar generando alguna disfuncionalidad menor logística y un coste de oportunidad para el fortalecimiento de las unidades territoriales debido a que no están tan implicadas en el componente como las UNAP.

143. Los documentos de planificación por región a los cuales ha tenido acceso la Evaluación en cuanto al número de personas a beneficiar, suministro de productos nacionales, actividades de fortalecimiento de conocimiento y educación nutricional han sido de carácter nacional, desagregados por región. La planificación y coordinación a nivel regional parece funcionar de manera menos estructurada, pero de manera eficaz. Las entrevistas con los implementadores regionales del PMA<sup>139</sup> han confirmado que cada implementador regional del PMA se coordina de manera bilateral con las UNAP y los Supervisores de PROSOLI para planificar las actividades. Se basan en un sistema de contactos por teléfono y WhatsApp para una planificación más ágil y basada en una comunicación constante. Los actores territoriales de PROSOLI y las UNAP confirman que el PMA les mantiene informados en cuanto a las entregas de los insumos con las actividades asociadas.

144. La revisión documental de programa del PMA y los informes anuales de PROSOLI indican que los protocolos del programa han sido claros y constantes durante el período que cubre esta evaluación para los actores de las tres entidades. El SNS y PROSOLI han trabajado con sus protocolos y directrices institucionales, y el PMA ha sabido crear guías y herramientas para la integración de las actividades. La introducción de la Progresina Infantil y Progresina para adultos en la fase 2 del programa fue acompañada con material de orientación y difusión adecuada por parte del PMA. Las encuestas con el personal de las UNAP y los grupos focales virtuales con los enlaces de PROSOLI han confirmado que estos componentes nuevos se integraron fácilmente a los protocolos existentes y que había personas recurso a las que se le podía pedir apoyo.

---

<sup>138</sup> Visitas de campo 24-30 julio 2021

<sup>139</sup> Entrevista de grupo 30 julio 2021

145. Algunos ejemplos de cambios de protocolo identificados durante esta evaluación incluyen el uso de peso, talla y edad como variables de seguimiento nutricional de la niña y niño menor de 5 años y el uso del Índice de Masa Corporal (IMC) para la gestante en vez de solo el peso gestacional para valorar el estado nutricional de la embarazada. El cambio de protocolo más significativo, aunque no se ha encontrado un documento que lo formalice, fue la posibilidad de ampliar la atención nutricional a personas no registradas en el programa de PROSOLI, extendiendo en el año 2016 el apoyo nutricional a todas las personas en base a criterios estrictamente nutricionales. La inclusión de otras personas con vulnerabilidad nutricional ha sido una demanda constante por parte del PMA y del personal médico de las UNAP<sup>140</sup>. Los protocolos del uso y la preparación de las Chispitas Solidarias y la Progresina han sido responsabilidad del PMA conforme a estándares internacionales.

146. La coordinación nacional y la coordinación a nivel de la UNAP y Supervisor/a de Enlace de familia son los foros de coordinación más sólidos para el intercambio de informaciones y toma de decisiones. A nivel más local, la coordinación ha sido operacional para activar las actividades asociadas a las entregas de los productos nutricionales a nivel local, sujeta a los planes de distribución y entrega de los productos.

“La relación de mi equipo médico con el personal de SUPÉRATE es muy buena, nos conocemos bien y ellos nos ayudan a identificar casos en la comunidad y a pasar mensajes. Lo que pasa que hay mucha rotación y hay veces que ni sabemos quién es el enlace comunitario.”

*Médico de una UNAP*

147. A nivel nacional ha sido de forma continua para la renovación de los MOU, y para la respuesta a la emergencia por COVID-19, pero se observa que esto parece ser más de carácter bilateral, cada entidad con el PMA que a través de mecanismos de coordinación y planificación conjunta. Esto no parece haber representado una limitación relevante.

## **EQ8 ¿LA SUPERVISIÓN, MONITOREO Y SISTEMA DE REGISTROS DE PROSOLI, SNS Y PMA ESTÁ REPORTANDO LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA TOMAR DECISIONES SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN Y AJUSTES DEL PROGRAMA?**

- Los sistemas de monitoreo del programa son débiles. La evidencia sobre un monitoreo continuo durante el ciclo de proyecto no es sistemática de manera que facilite la toma de decisiones. Esta carencia se ha suplido parcialmente gracias a la elaboración de informes temáticos y evaluaciones intermedias de impacto.
- Existen importantes carencias en el sistema de vigilancia nutricional, que de hecho no está en funcionamiento, lo cual limita sustancialmente la medición del impacto del programa y el monitoreo de la situación nutricional de la población. Pese a los esfuerzos realizados, la República Dominicana sigue sin contar con mediciones continuas o actualizadas sobre la situación nutricional.

<sup>140</sup> Encuestas UNAP; entrevista a informantes clave de nutrición MSP, SNS, PMA

## **Grado de utilización de los sistemas de monitoreo del PMA y PROSOLI en las decisiones operativas y programáticas**

148. Los sistemas de monitoreo son débiles. Se pudo hacer revisión de diferentes reportes e investigaciones de impacto, pero la evidencia sobre un monitoreo continuo durante el ciclo de proyecto no es sistemática de manera que facilite la toma de decisiones.

149. Otro reto es la metodología de compartir la información para seguimiento y monitoreo, ya que la información no siempre está disponible para las tres instituciones de manera sistemática, lo que también impide la toma de decisiones oportunas y generación de evidencias.

150. El actual Plan de Monitoreo del programa (Anexo 6 de los TdR) es excesivo, con demasiados indicadores y herramientas de recopilación de datos, que además no se están implementando.

## **Grado de utilización de la vigilancia nutricional para la prevención de deficiencias nutricionales**

151. Se identifica que existen importantes carencias en el sistema de vigilancia nutricional. En la UNAP se están realizando las mediciones antropométricas, pero el sistema de registro es inoperante. Existen fichas para el proyecto elaboradas por el PMA, que no se corresponden a los sistemas de registro del SNS.

152. Los recursos disponibles en los centros de salud no siempre son suficientes: se han identificado carencias en el acceso a internet en algunas UNAP -vinculadas a las carencias en zonas rurales y cortes de luz-. Las UNAP visitadas cuentan con equipos informáticos funcionales pero debido a los cortes de luz y a los cambios de programa todavía en algunas UNAP los registros se hacen de manera manual.

## **Calidad de la información recolectada (incluyendo desagregación por sexo)**

153. No siempre está desagregada la información por sexo ni edad y el seguimiento a través de las planillas no es amigable ni automatizado.

154. El plan de monitoreo del componente de nutrición del programa PROSOLI<sup>141</sup> es muy detallado, exigiendo la colecta de mucha información de manera semanal, mensual, trimestral y anual, lo cual en la práctica no se verifica. El PMA tiene su propio plan de monitoreo para reportar anualmente según las normativas del PMA y para poder cumplir con sus funciones de reporte a PROSOLI.

## **Identificación de barreras de acceso, inclusión y derechos humanos**

155. No se han identificado barreras de acceso significativas a los productos y actividades del Componente de nutrición. Si bien en teoría la participación de las personas está supeditada a tener la tarjeta solidaridad, como se ha indicado anteriormente, este requisito no ha excluido en la práctica a aquellas personas que no tienen la tarjeta.

156. En las entrevistas a los hogares, se identificó especialmente la limitación de las personas mayores a acudir al centro de salud. En las entrevistas a personal médico de las UNAP informaron que los equipos se trasladan para atender a las personas en sus hogares y ofrecen apoyo y/o consejería médica. Debido a las limitaciones de personal, esta buena práctica tiene muchas limitaciones. Las UNAP se apoyan en el personal de SUPÉRATE para dar cobertura a las personas con movilidad reducida.

157. Pese a que las UNAP son un servicio de proximidad y existe una amplia red en el país, algunas comunidades viven alejadas de estos centros, sobre todo en las zonas rurales, por lo que su traslado requiere gastos de transporte o apoyo comunitario para llegar al centro de salud.

---

<sup>141</sup> Anexo 6 de los Términos de Referencia de esta evaluación

## EQ9. ¿CUÁL HA SIDO LA RELACIÓN COSTE/BENEFICIO DEL COMPONENTE DE NUTRICIÓN A LO LARGO DEL PERÍODO EVALUADO?

- La inversión en el Componente de Nutrición en República Dominicana parece moderada con un alcance insuficiente en cuanto a volumen de beneficiarios y unos recursos limitados para vertebrar una política nutricional de respuesta a la malnutrición.
- El coste de oportunidad es elevado por cuanto la doble carga de la desnutrición en República Dominicana indica que una mayor inversión generaría unos rendimientos sociales y económicos muy superiores.

### Costes del Componente de Nutrición

158. **Los recursos destinados** en el período que cubre la evaluación, 2014-2020, han sido de US\$1,000,000.00 anuales constantes. La totalidad de estos aportes provienen del Gobierno de la República Dominicana. El equipo evaluador ha encontrado que en este periodo no se han producido retrasos ni alteraciones financieras que hayan afectado la implementación del programa, lo cual ha permitido una buena visibilidad y claridad en la planificación de las actividades hasta el año 2020. Los presupuestos anuales que se presentan en el gráfico 9 ofrecen algunos incrementos por encima del millón de dólares anuales. Éstos están vinculados a la variación de los tipos cambiarios de Dólares Americanos a moneda nacional y sobre todo a contribuciones especiales de otros donantes, en particular durante la respuesta de emergencia a la pandemia de COVID-19. En el 2020, el PMA movilizó USD\$900,000 de la cooperación China para aumentar el alcance del componente. El promedio anual presupuestario en el periodo evaluado ha sido de 1,107,074.96 USD.

**Gráfico 9: Presupuesto destinado al componente nacional en USD**



Fuente: Cálculo realizado por el Equipo Evaluador a partir de datos del PMA. Se ha ajustado en el cálculo de este promedio la desviación producida por la emergencia COVID

159. La compra de insumos alimentarios de suplementación Chispitas y Progresina, representa la partida más importante del presupuesto en costes directos, con un promedio de 208,106.94 USD anuales, al tratarse de uno de los ejes principales del Componente. Este importe del coste de los insumos no incluye los gastos logísticos de compra, almacenamiento y distribución. Las otras partidas representan una media del 81% del total del presupuesto, en particular gastos de logística, administrativos y atribuibles a otras actividades del Componente, en particular las capacitaciones y estudios realizados. Esto incluye los gastos

de personal del PMA, que ha puesto a disposición del programa una media de 31 personas por año, entre gestores de programa, técnicos de proyecto, personal logístico, comunicación y administrativo financiero.

**Gráfico 10: Importe de insumos alimentarios en USD**



Fuente: Cálculo del Equipo Evaluador a partir de datos proporcionados por el PMA

160. La falta de data respecto al número de personas que han recibido capacitación, que es una partida importante del presupuesto, así como a la dificultad de atribuir gastos generales a una u otra actividad han dificultado el cálculo del número de personas beneficiarias para su contraste con la inversión realizada. En consecuencia, el equipo evaluador se ha interesado en particular al coste de la Progresina y Chispitas adquiridas en el marco de este programa.

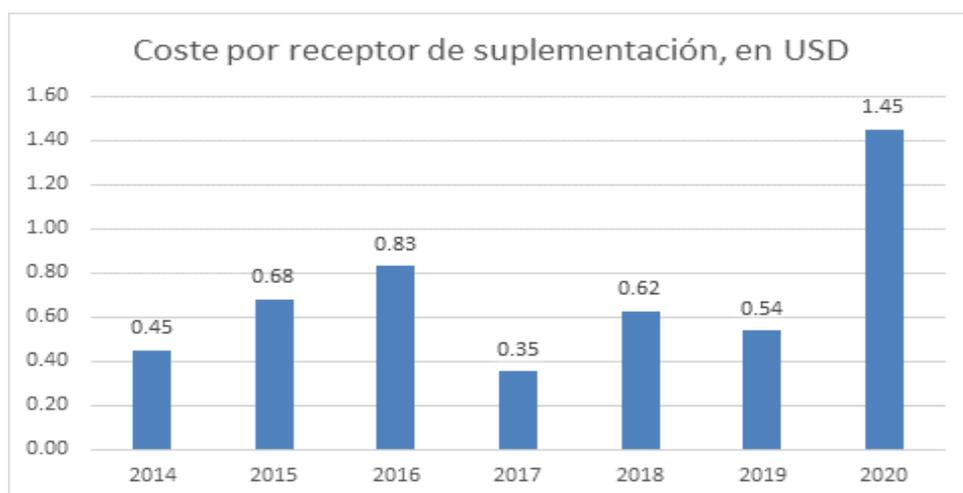
161. El gasto anual promedio por beneficiario receptor de Chispitas o Progresina ha sido de US\$2.32 en el periodo evaluado. Este cálculo no recoge el hecho de que cada persona beneficiaria recibe un apoyo en insumos alimentarios que cubre las necesidades en teoría para al menos 4 meses (Chispitas y Progresina). El cálculo mensual por persona beneficiaria en el Gráfico 11 recoge mejor esta mensualidad y facilita una comparación con otros programas sociales no contributivos en el país. El programa Comer Es Primero de PROSOLI, por ejemplo, otorgó hasta el año 2020 una ayuda económica mensual de ochocientos veinticinco pesos dominicanos (RD\$825.00, aproximadamente US\$15) a cada hogar beneficiario para la compra de alimentos<sup>142</sup>. A partir de mayo 2021 el programa SUPÉRATE incrementó estas transferencias monetarias hasta RD\$1,650.00 mensuales (aproximadamente US\$29.00)<sup>143</sup> por hogar, es decir un promedio de US\$6.44 mensuales por persona<sup>144</sup>. En comparación, el Componente de Nutrición aportó US\$0.57 mensuales en forma de insumos de suplementación por persona vulnerable: niños y niñas, envejecientes y mujeres lactantes y gestantes con deficiencias nutricionales.

<sup>142</sup> Según la descripción del programa de la Administradora de Subsidios Sociales del Gobierno de la República Dominicana. <http://www.adess.gob.do/subsidios/programa-comer-es-primero/>

<sup>143</sup> De acuerdo con la descripción del PROSOLI facilitada en <https://www.prosoli.gob.do/programas/>

<sup>144</sup> Con el cálculo de 4,5 personas por hogar

**Gráfico 11: Coste por receptor de suplementación (USD)**



Fuente: Cálculo realizado por el Equipo Evaluador a partir de información del PMA

162. Si bien es un desafío establecer comparaciones y objetivar una apreciación sobre el coste de un programa social, la inversión en el Componente de Nutrición en República Dominicana parece tener una dotación presupuestaria insuficiente en cuanto a volumen de beneficiarios y unos recursos muy limitados para vertebrar una política nutricional.

a. En Colombia, por ejemplo, más de dos millones de personas reciben Bienestarina anualmente<sup>145</sup>, lo cual representa el 4.16% de la población total del país. En República Dominicana, los datos de beneficiarios de Progresina, que se dirigen a los mismos grupos poblaciones que la Bienestarina en Colombia, ofrecen una cobertura del 0.42% de la población total, con una media de 44,748 anuales en el periodo 2014-2019<sup>146</sup>. Si bien es cierto que la tasa de desnutrición crónica en Colombia (10.8%<sup>147</sup>) es más elevada que en la República Dominicana (7%), y que la composición de los Alimentos Complementarios Fortificados es distinta, los objetivos de ambos productos son equivalentes tanto en sus grupos meta, como en la importancia de su contribución a las políticas de lucha contra la desnutrición.

b. En términos de alcance, mientras que los programas de protección social focalizada en República Dominicana benefician a más de un millón de hogares, casi 5 millones de personas con contribuciones mensuales, el Componente de Nutrición se dirige únicamente a 95,000 personas beneficiarias anuales.

c. En términos financieros, la República Dominicana es un país con perspectivas reales de obtener el nivel de desarrollo alto en el próximo decenio, que registró un gasto público en salud de más de 2,000 Millones de Dólares en el año 2017. La inversión de un millón de dólares anual para articular la respuesta del país a los problemas de desnutrición parece limitada desde el punto de vista presupuestario, mucho más si se consideran los costos asociados al impacto de la desnutrición en el país, que, como se presenta a continuación, son varios cientos de veces superiores a la inversión realizada para combatirla.

<sup>145</sup> Turning the tide on Malnutrition, WHO.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66505/WHO\\_NHD\\_00.7.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66505/WHO_NHD_00.7.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

<sup>146</sup> Fuente datos PMA. Para este cálculo no se ha incluido el año 2020 al ser un año no comparable con la serie por las actividades extraordinarias de la emergencia COVID 19.

<sup>147</sup> Datos ENSIN 2015. Encuesta de situación nutricional.

## Costes de no contar con un Componente de Nutrición

163. El alto coste social y económico que genera la desnutrición crónica infantil en el mundo<sup>148</sup>, en Latinoamérica<sup>149</sup> y en la República Dominicana, han sido sólidamente documentados desde hace más de una década. **La malnutrición** (desnutrición, deficiencias de micronutrientes y obesidad) es un fenómeno de impacto a largo plazo que se considera como las principales causas de retraso del desarrollo cognitivo, bajo rendimiento escolar y enfermedades crónicas.

a. Los efectos de la **desnutrición infantil** se presentan en tres ámbitos que frenan el desarrollo del país: morbilidad, educación y productividad. Los efectos sobre la morbilidad se traducirán en costos de atención en salud y aquellos sobre la mortalidad afectarán la productividad. A su vez, los efectos en el logro educativo se observan en repitencia y deserción. La primera genera costos extras para el sistema educacional y las familias mientras que el segundo repercutirá sobre la productividad potencial debido al menor nivel educacional alcanzado por los niños y niñas desnutridos.

b. Por otro lado, **la obesidad** genera costos igualmente importantes en la morbilidad. La morbilidad es una carga para el sistema de salud y las familias de los afectados, mientras que la mortalidad por enfermedades asociadas al sobrepeso producirá una pérdida en la productividad potencial del país.

164. En este contexto y en base al modelo de análisis para estimar el “costo del hambre” elaborado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, en el año 2016 se diseñó e implementó un nuevo modelo para estudiar, simultáneamente, la malnutrición por déficit como por exceso, esto es, el costo de la doble carga.

165. El estudio se realizó para la República Dominicana en el marco del Componente objeto de esta evaluación, concluyendo que los costos de la doble carga de la malnutrición ascendieron a \$1,961.1 millones de dólares en el año 2017, equivalente al 2.6% del Producto Interno Bruto (PIB). Los costos totales asociados a la desnutrición (499.7 millones de dólares) corresponden a un tercio de los costos totales asociados al sobrepeso y la obesidad, y representan 0.7% del PIB. Este menor costo relativo está directamente relacionado a los avances que ha tenido el país en la lucha contra la desnutrición, y refleja, a la vez, el impacto de las transiciones demográfica, epidemiológica y nutricional que se traduce en un incremento del sobrepeso y la obesidad acompañado de mayores prevalencias de enfermedades no transmisibles. Los costos atribuibles al sobrepeso y obesidad (1,461.4 millones de dólares) representan el 1.9% del PIB<sup>150</sup>.

166. En relación con el costo de los insumos nutricionales suministrados a través del componente, en el año 2015 el PMA encargó un estudio para analizar la viabilidad para la producción local de los Micronutrientes en Polvo. El consultor identificó numerosos laboratorios en República Dominicana y documentó los costes de producción por cada uno de ellos, comparándolos con los suministros internacionales. La conclusión del estudio fue que, debido a que los principios de origen deberían ser en cualquier caso importados, la fabricación local sería más costosa que la importación de los micronutrientes<sup>151</sup>. No se ha podido determinar si el análisis de coste eficiencia para la producción local vs importación se realizó contemplando un periodo sostenido de 10 años de compra del producto para garantizar el retorno de la inversión, ni si se contempló la posibilidad de realizar importaciones desde

---

<sup>148</sup> “El costo del hambre Impacto social y económico de la desnutrición infantil en Centroamérica y República Dominicana” CEPAL <https://www.cepal.org/es/publicaciones/3583-costo-hambre-impacto-social-economico-la-desnutricion-infantil-centroamerica>

<sup>149</sup> El Costo de la Doble Carga de la Malnutrición Impacto Social y Económico. CEPAL, MDSP, PMA.

<sup>150</sup> Doble Carga de la malnutrición.

<sup>151</sup> PMA “How the government of the Dominican Republic reduced Anemia by 50% in vulnerable children, with support from WFP”. Caso de estudio, WFP 2016.

países de la región, ni si se estimó el coste de la huella ecológica de la importación desde Asia (impacto medioambiental).

## **EQ10. ¿EN QUÉ MEDIDA EL COMPONENTE DE NUTRICIÓN DEL PROGRAMA ESTÁ INFLUYENDO EN LA DISMINUCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN DE LOS GRUPOS PARTICIPANTES?**

- Las carencias en la vigilancia nutricional no han permitido medir el impacto de las actividades. Existen evidencias, sin embargo, realizadas mediante estudios intermediarios, de impacto notables en materia de reducción de anemia y desnutrición crónica.
- La combinación de intervenciones destinadas a la prevención y control de deficiencias de micronutrientes en niñas y niños menores de 5 años y en embarazadas fortalecen las actividades de salud preventiva en las UNAP.
- Los indicadores de lactancia materna siguen deteriorándose, no se está consiguiendo un impacto a través de las capacitaciones, por lo que es necesario replantear la estrategia de este componente y ampliarlo.

167. La medición de impacto (cambios y efectos) más adecuada del componente de nutrición del programa de PROSOLI para la disminución de la desnutrición se establece en términos de cambios en la prevalencia de los diferentes tipos de malnutrición en la población beneficiada por el programa (objetivos a, b y f de los TdR<sup>152</sup>).

168. Se considera que los logros identificados en los tres estudios<sup>153</sup> nutricionales para medir impacto que se realizaron entre 2010 y 2018 funcionan como prueba de concepto, y permiten atribuir una mejora en el estado nutricional de los niños y niñas que consumen los productos siguiendo el protocolo establecido, medido por anemia ferropenia y por bajo peso/talla y peso/edad. La oficina de país ha invertido en tres estudios nutricionales para medir el impacto entre 2010 y 2018. El primero, en 2010, sirve de línea de base, seguido por una evaluación de medio término en 2013, se centran en los efectos del consumo de los micronutrientes en polvo (Chispitas Solidarias) en niñas y niños de 6 a 59 meses. El tercer estudio, en 2017, incluye los efectos del consumo del alimento complementario fortificado (Progresina) en el estado nutricional de las niñas y niños, medido con los indicadores nutricionales estándares (peso/edad

<sup>152</sup> Objetivos de los Términos de Referencia de la evaluación

a. Contribuir a la prevención y control de las deficiencias de micronutrientes en niños y niñas de 6 a 59 meses, mujeres embarazadas y madres lactantes mediante el suministro de micronutrientes en polvo y un alimento complementario fortificado.

b. Contribuir a la prevención de la desnutrición crónica en niños y niñas de 24 a 59 meses y desnutrición aguda en niños y niñas de 6 a 23 meses mediante el suministro de un alimento complementario fortificado.

c. Contribuir a mejorar la calidad de la dieta en los adultos/as mayores, mediante el suministro de un alimento complementario fortificado.

d. Contribuir al aumento de la tasa de lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes y con alimentación complementaria hasta los dos años.

e. Lograr cambios de actitudes y prácticas de alimentación y nutrición e incrementar los conocimientos de la comunidad sobre una alimentación saludable, mediante acciones de capacitación, comunicación y participación comunitaria.

f. Contribuir a la prevención de la desnutrición aguda en mujeres embarazadas y en periodo de lactancia mediante el suministro de un alimento complementario fortificado

<sup>153</sup> PMA (2010) Línea de base sobre el estado nutricional de niños y niñas entre 6 y 59 meses beneficiarios del programa SOLIDARIDAD; PROSOLI, PMA (2013) Evaluación de medio término del proceso de implementación del Subcomponente de Nutrición del Programa Progresando con Solidaridad; Then Paulino & Peguero (2018) Estado nutricional en niños y niñas suplementados con micronutrientes. Componente de Nutrición del Programa Solidaridad en Región el Valle y Metropolitana.

y peso/talla<sup>154</sup>). Además, incluye información sobre el consumo de diferentes grupos de alimentos que se utiliza para indicadores que miden la calidad de la dieta<sup>155</sup>. Estos resultados ya han sido documentados por el PMA<sup>156</sup>.

169. Para esta sección el Equipo de Evaluadores se basa en los indicadores de la última versión de la Marco de Resultados Corporativos (CRF)<sup>157</sup> el documento regional Nutrición y Género del PMA<sup>158</sup> que identifican indicadores para intervenciones **nutricionales e intervenciones sensitivas a la nutrición** y permiten valorar los cambios y efectos en todos los objetivos del programa. El apoyo del PMA al Componente de Nutrición de PROSOLI figura entre ambas categorías por el hecho de ser un programa de protección social. Bajo esta óptica, los indicadores de adherencia a las actividades del Componente de Nutrición se convierten en los **indicadores indirectos** (proxy) más adecuados.

170. Se observa que no se han utilizado los indicadores sugeridos en el CRF y en el documento regional Nutrición y Género del PMA para el componente de prevención de la desnutrición, porque incluyen encuestas a nivel de hogar para la colecta de datos que suelen ser más adecuadas para los programas con beneficiarios y beneficiarias directas del PMA del tipo del Tier 1. Se ha revisado algunas herramientas para este tipo de colecta de uso en las fases iniciales del programa, y ve la dificultad de aplicar estos indicadores corporativos cuando se trata de un apoyo a un programa de protección social del gobierno y que se trabajan con indicadores ya identificados<sup>159</sup> que en cualquier caso deben respetarse para fortalecer la sostenibilidad

“He visto muchas familias pobres con muchos niños. Esa Progresina de niños les salva la vida, se ve que los niños recuperan, yo noto la diferencia en las visitas. Por eso este programa es importante y les llevamos a la UNAP. Para las embarazadas igual no todas deben tomarla porque aumenta el peso, pero los niños y los envejecientes, les gusta.”

*Enlace comunitario SUPÉRATE*

171. Los efectos de la prevención y control de deficiencias de micronutrientes y la desnutrición en la población atendida han sido más visibles en el aumento de la demanda en los servicios de vigilancia nutricional y su seguimiento. Este aumento parece ser debido al condicionamiento de corresponsabilidad para muchas familias y no necesariamente debido a cambios de hábitos en cuanto a la búsqueda de atención de salud preventiva. Falta evidencia para medir hasta qué punto la asistencia a los programas de vigilancia nutricional generan cambios de hábitos durables en la población, pero los testimonios de los enlaces de familia entrevistados durante esta evaluación confirman que este cambio se ha visto en muchas familias, aunque no se haya cuantificado.

172. El equipo evaluador constata que, si bien los problemas nutricionales que dieron origen al componente se han reducido en su mayor parte, las necesidades nutricionales persisten, acompañados además de un incremento del sobrepeso y obesidad. La malnutrición (desnutrición crónica y sobrepeso) es un problema multisectorial que no siempre es posible fragmentar como se ha documentado en

<sup>154</sup> World Health Organisation <https://www.who.int/tools/child-growth-standards>

<sup>155</sup> MDD-W; MAD y FCS son los indicadores de calidad de dieta más utilizados por el PMA

<sup>156</sup> WFP. 2015. How the Government of the Dominican Republic Reduced Anemia by 50% in Vulnerable Children, with support from WFP: A Case Study on Nutrition-Sensitive Programming in a Middle Income Country. Available at <https://www.wfp.org/content/how-government-dominican-republic-and-wfp-reduced-anemia-50-percent-children>

<sup>157</sup> WFP 2018 Revised Corporate Results Framework (2017–2021) <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000099356/download/>

<sup>158</sup> PMA ODP Género y Nutrición – Oficina de Género, sin fecha

<sup>159</sup> A notar que el CRF permite al PMA reportar el número de beneficiarios y beneficiarias “alcanzados por el PMA or by governments or partners with WFP support”

experiencias equivalentes en el pasado<sup>160</sup>. Es fácil encontrar hogares con un niño desnutrido y una madre con sobrepeso, o un niño con desnutrición crónica y un hermano con sobrepeso, o con una deficiencia de vitaminas y minerales. Son afectaciones que no se pueden disociar ni en una familia ni en el conjunto del país. Para luchar contra la malnutrición es necesario por tanto abordar todas sus formas y transformar los sistemas alimentarios. Tanto el PMA como la FAO<sup>161</sup> establecen que un sistema alimentario sostenible debe considerar todos los elementos (medio ambiente, población, recursos, procesos, instituciones e infraestructuras) y actividades relacionadas con la producción, procesamiento, distribución, preparación y consumo de alimentos, así como los resultados de estas actividades en la nutrición y el estado de salud poblacional.

## **Prevención y control de deficiencias de micronutrientes en niñas y niños de 6 a 59 meses**

### **Indicador: Proporción de la población objetivo que participa en un número adecuado de distribuciones (adherencia)**

173. De acuerdo con el personal sanitario de las UNAP encuestado, la contribución de las Chispitas Solidarias para la prevención y control de deficiencias de micronutrientes en niñas y niños de 6 a 59 meses es valorada positivamente en un 71%, percepción basada mayoritariamente en observación personal de casos. El EE no ha tenido acceso a estas estadísticas de vigilancia nutricional mensual de la SNS y las estadísticas del PMA disponibles no permiten triangular estos hallazgos. Sin embargo, los resultados indican que el aumento de demanda de servicios de salud relacionados con la nutrición por las personas beneficiadas por el programa PROSOLI es atribuible a un fortalecimiento de las actividades de vigilancia nutricional en las UNAP y la existencia de insumos nutricionales.

174. La asistencia a las UNAP bajo las actividades de corresponsabilidad y seguimiento del Niño Sano se ha incrementado con la introducción del componente nutricional en el Programa PROSOLI. El 42% del personal de salud de las UNAP encuestado ha identificado esta actividad como la que tiene más éxito. Las entrevistas con los informantes claves y los grupos focales con los enlaces de familia confirmaron que la organización de Jornadas Infantiles y la movilización de familias con niñas y niños de 6 a 59 meses por los enlaces de familia asociadas a la llegada de las Chispitas Solidarias a las UNAP han sido factores claves para incrementar la asistencia a los centros de atención primaria.

175. El EE no ha podido contabilizar el porcentaje de niñas y niños que completó la dosis señalada (120 días al año – 60 días x 3 veces al año) debido a las carencias ya señaladas en los sistemas de monitoreo que no reflejan estos datos. En este sentido, la adherencia al programa no se ha seguido debidamente para atribuir un efecto directo en cuanto asistencia, recepción y consumo de la dosis de 120 días al año.

### **Prevención de desnutrición aguda y crónica**

176. Según el análisis de datos disponibles e información recopilada, los casos de desnutrición crónica y aguda (severa y moderada) solo se pueden identificar durante las actividades de vigilancia nutricional en las UNAP que tienen el material antropométrico adecuado – balanzas, tallímetros y más recientemente cintas de perímetro braquial. Las entrevistas con informantes claves indicaron que este material no está siempre disponible, aunque se ha entregado en varios momentos durante los años que cubre esta evaluación<sup>162</sup>. En este caso el bajo peso por edad, identificado con las tablas de crecimiento del niño sano, sirven para identificar niñas y niños en riesgo de desnutrición sin poder clasificar si es crónica, aguda o ambas. Esto ha sido criterio suficiente para el diagnóstico, la consejería y la entrega de Progresina Infantil según el protocolo establecido en el programa. El EE no ha tenido acceso a datos para confirmar los resultados del tratamiento de malnutrición aguda moderada con Progresina. Esta información no ha sido

---

<sup>160</sup> PAHO

<sup>161</sup> FAO y HLP 2018 La nutrición y los sistemas alimentarios. <https://www.fao.org/3/i7846es/i7846es.pdf>

<sup>162</sup> La pregunta sobre la existencia de material antropométrico no se incluyó en la encuesta al personal de las UNAP – que hubiera dado una mejor visión sobre la posible limitante de material antropométrico.

compilada de forma adecuada a nivel nacional, lo que impide conocer el impacto de la distribución de Progresina en la población beneficiaria.

### **Alimentación complementaria para la mujer embarazada y en período de lactancia**

177. La asistencia a las UNAP bajo las actividades de corresponsabilidad y seguimiento de la embarazada y puérpera se ha incrementado a lo largo de la duración del programa. 9.5% del personal de salud de las UNAP encuestado ha identificado el suministro del alimento complementario fortificado (Progresina adulta) como la que tiene más éxito en el programa y 5% que tenía el menor éxito.

178. Un efecto importante en el seguimiento de las embarazadas en la UNAP ha sido la introducción del uso de IMC gestacional para valorar el estado nutricional de la embarazada, y no solamente el peso<sup>163</sup>. Esto ha permitido adaptar la consejería nutricional según el manual de nutrición en caso de riesgo de sobrepeso y obesidad por parte del personal médico.

### **Participación comunitaria y vigilancia nutricional**

179. Las actividades en la comunidad promovidas por el PMA, como Jornadas Infantiles y las Escuelas de Familia de PROSOLI durante la fase de implementación del programa antes de la pandemia de COVID-19, se consideran como un elemento fuerte del programa que acerca al personal médico, al personal de PROSOLI y a las personas participantes.

180. El sistema de vigilancia nutricional nacional no ha mejorado a lo largo del periodo evaluado. La falta de datos y de seguimiento evidencian una carencia que no ha sido subsanada con la implementación de las actividades del componente nutricional evaluado. A nivel de vigilancia nutricional y manejo de casos, las UNAP, el PMA y PROSOLI manejan los datos de los beneficiarios del programa con sistemas diferentes que no permiten medir el estado nutricional de un mismo individuo a lo largo del tiempo. El seguimiento del número de personas atendidas no puede sustituir al seguimiento del individuo. El EE estima que durante la implementación del Componente de Nutrición de PROSOLI en el periodo de esta evaluación, la vigilancia nutricional no ha servido para la toma de decisiones ni la asignación de recursos financieros ni recursos humanos y ha permanecido un punto débil del diseño del programa.

## **EQ11. ¿QUÉ OTROS EFECTOS POSITIVOS Y/O NEGATIVOS SE ESTÁN PRODUCIENDO EN LA POBLACIÓN META, LAS COMUNIDADES Y LAS INSTITUCIONES QUE SON PARTE DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE PROTECCIÓN SOCIAL?**

### **Otros efectos positivos**

181. La inclusión de grupos poblacionales no elegibles según el programa inicial, pero con vulnerabilidades nutricionales con un ratio 70:30 para atender a personas fuera de PROSOLI, se considera como un efecto positivo para mejorar la inclusión social y la inclusión por vulnerabilidad nutricional incluyendo a personas sin documentación desde el año 2016. La encuesta al personal médico de las UNAP confirma que un 76% y 72% han entregado Chispitas Solidarias y Progresina respectivamente a personas identificadas por su estado social y nutricional. Esta ampliación de los beneficiarios y beneficiarias del programa permite una mejor aceptación a nivel comunitario y es más coherente con el concepto de equidad a los servicios de salud del país. Esto también se puede ver reforzado por el cambio en la fase 2 del PMA a un enfoque de ciclo de vida - como mejor enfoque de protección social sensible a la nutrición - evitar ciclos de malnutrición, considerar las necesidades nutricionales de diferentes miembros de una familia, y no solo las fases de un programa materno-infantil. También es coherente con las políticas de protección del PMA, que ha participa activamente en la mesa de migración del ACNUR.<sup>164</sup>

---

<sup>163</sup> Las orientaciones del Ministerio de Salud Pública incluyen peso gestacional, fuente Informante Clave.

<sup>164</sup> Informe Anual PMA 2019

182. Se han observado fuertes sinergias entre las UNAP y los enlaces comunitarios de PROSOLI que hacen visitas familiares. Al ser estos más numerosos que los promotores de salud, PROSOLI puede realizar visitas regulares y tiene un muy buen conocimiento de las comunidades. Tanto el personal de PROSOLI como el personal de SNS confirma que, en ocasiones, ante la falta de promotores de salud en las UNAP, los enlaces comunitarios hacen las veces de promotores de salud. Esta colaboración depende, en buena medida, de la conexión personal que se produzca entre el equipo médico y los enlaces, ya que no está del todo institucionalizada. Por ejemplo, algunos enlaces no participan en los Comités de Salud y en otros casos los médicos no conocen quién es el enlace dado la alta rotación en ambos colectivos.

183. En el año 2020 la implementación con socios que no son expertos en salud y nutrición ha sido una oportunidad para dar a conocer pautas básicas sobre las poblaciones a riesgo de diferentes tipos de desnutrición y de respuestas. La inclusión de los productos nutricionales (Progresina) en una respuesta de emergencia para mejorar la canasta básica de una familia es una estrategia utilizada en muchos contextos de emergencia por el PMA. La inclusión de los micronutrientes en polvo (Chispitas Solidarias) no es apta para este tipo de intervención sin un componente de socialización y educación nutricional y monitoreo del uso.

184. La contribución del PMA con una gama de informes y visitas técnicas de alta calidad en el tema de seguridad alimentaria y nutrición para un mejor análisis de contexto y toma de decisión por los actores del Consejo Nacional para la Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONASSAN), tienen como efecto posicionar al PMA como actor pertinente en temas de seguridad alimentaria y nutrición en cuanto a asistencia técnica bajo el Fin Estratégico 2 del PMA: Promover las asociaciones para apoyar la implementación de los ODS (ODS17) Objetivo Estratégico 4 del PMA: Mayor capacidad de los países en desarrollo para poner en práctica los ODS.

### Otros efectos negativos

185. Dado que los programas de protección social no contributiva focalizan sus acciones en los segmentos más vulnerables de la población, éstos pueden contribuir a la prevención y reducción del sobrepeso. Las sinergias del Componente de Nutrición con las acciones de prevención de obesidad y sobrepeso no están suficientemente exploradas, por lo que podría estar trasladando incluso el falso sentimiento de que existe una respuesta del Estado al reto de salud pública respecto al sobrepeso y la obesidad, a través del Componente de prevención de la anemia y desnutrición.

186. Dados los niveles de vulnerabilidad de las familias, la Progresina es consumida por todos los miembros de las familias, con lo que se está contribuyendo a la seguridad alimentaria del hogar, pero no necesariamente respondiendo a deficiencias nutricionales de los miembros de la familia ni del receptor de la suplementación.

187. No se han identificado efectos negativos de sustitución debido al rol operacional del PMA, en la medida en que las políticas y estrategias se están desarrollando bajo el liderazgo del gobierno, no del PMA, y con su apoyo técnico.

## EQ12. ¿CUÁLES SON LOS FACTORES CLAVE QUE INFLUYEN EN LA TRANSFERENCIA Y SOSTENIBILIDAD DE LAS ACTUACIONES?

- El fortalecimiento del marco normativo e institucional es un elemento fundamental para la sostenibilidad de las políticas de prevención y lucha contra la desnutrición.
- El compromiso y lineamiento de las políticas públicas con los ODS 2.1 y 2.2. garantiza la renovación de los esfuerzos en materia nutricional, independientemente del signo del gobierno.
- Para luchar contra la malnutrición es necesario, por tanto, abordar todas sus formas y transformar los sistemas alimentarios considerando todos los elementos (población, recursos, procesos, instituciones e infraestructuras) y actividades relacionadas con la producción, procesamiento, distribución, preparación y consumo de alimentos, así como los resultados de estas actividades en la nutrición y el estado de salud poblacional.
- Las capacidades técnicas y administrativas de las administraciones del Estado para la implementación de distribuciones de alimentos podrían no ser insuficientes, por lo que requieren un acompañamiento que esté igualmente diseñado para transferir esas capacidades, si fuera pertinente, con un horizonte temporal razonable.

188. La sostenibilidad se relaciona en la medida los beneficios de la intervención continúan, o es probable que continúen, bajo un enfoque de apropiación gubernamental. Se ha analizado este factor a través de la revisión de los elementos que deberían reducir los riesgos de que la intervención no se sostenga, agrupados en tres niveles: i) entorno y políticas; ii) institucional y procesos; y iii) técnico operativo. La Figura 2 presenta los tres niveles.

Figura 2: Pirámide para el desarrollo de Capacidades

### Pirámide para el Desarrollo de Capacidades y Sostenibilidad del Componente Nutricional



Fuente: Elaboración del Equipo de Evaluación

## Entorno y políticas

189. Desde su origen, el Componente de Nutrición ha sido impulsado por el Gobierno Dominicano, bajo su propio financiamiento, con el objetivo de alcanzar los compromisos de lucha contra el hambre, para lo cual requirió el apoyo técnico y operativo del PMA.<sup>165</sup>

190. El equipo evaluador constata que se ha fortalecido el marco normativo e institucional necesario para la sostenibilidad de las políticas de prevención y lucha contra la desnutrición. En particular la promulgación de la Ley 589-16, que crea el Sistema Nacional para la Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional, permite establecer el marco normativo “para estructurar, armonizar y coordinar acciones de seguridad alimentaria y nutricional”. Se espera con su aprobación que esta normativa y del Consejo Nacional para la Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional facilite el diseño e implementación de las políticas y programas nutricionales en el país<sup>166</sup>. Si bien el desarrollo de la Ley ha podido verse ralentizado por distintos factores incluida la situación de pandemia<sup>167</sup>, su implementación está en curso, y es esperable que el cambio de administración en el gobierno no implique la renuncia a los compromisos adquiridos con la Ley 589-16, que es instrumental para los compromisos internacionales en relación con la lucha contra el hambre. En esta línea, en julio del 2021, el Gobierno Dominicano realizó un Diálogo de Alto Nivel previo a la Cumbre de las Naciones Unidas sobre los Sistemas Alimentarios. Dicho encuentro fue organizado por el Ministerio de la Presidencia, en calidad de presidente del Consejo Nacional para la Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONASSAN). En ese espacio, se hicieron llamados a implementar la hoja de ruta hacia un sistema alimentario sostenible y el gobierno se comprometió “a seguir el ritmo de los avances en la lucha contra toda forma de malnutrición”.<sup>168</sup>

191. El Componente de Nutrición evaluado representa solo una parte de la estrategia dominicana de lucha contra la pobreza a través de PROSOLI y de los programas de transferencias monetarias condicionadas. En este sentido, la continuidad del Componente con el diseño actual depende igualmente de la sostenibilidad institucional del ahora llamado Supérate. En este sentido, el decreto 377-21 por el cual se crea Supérate, renueva el compromiso del Gobierno dominicano en su lucha integral contra la pobreza.<sup>169</sup> Supérate ha incrementado significativamente el monto del “Programa Comer es Primero”, llamado ahora “Aliméntate”, hasta los RD\$1,650 mensuales, el doble del monto establecido hasta el año 2020.<sup>170</sup>

192. Si bien la estrategia nutricional a partir del año 2021 no ha sido objeto de esta evaluación, se observa que el mencionado Decreto de Creación de Supérate, no aclara la estrategia nutricional de este programa ni del actual Componente de Nutrición dentro de él. Menciona, sin embargo, “la distribución y entrega de Micronutrientes y complementos alimentarios para la prevención de la desnutrición infantil en hogares elegibles del programa Supérate”.

193. Cualquiera que sea la arquitectura de la estrategia de lucha contra la malnutrición en la República Dominicana, los beneficios de la modalidad actual de distribución de MNP y Progresina son solo sostenibles si se consideran como una parte de la estrategia nutricional, es decir, si forma parte de una estrategia que aborde en su globalidad los problemas nutricionales del país, incluida la malnutrición.

---

<sup>165</sup> Memorando de Entendimiento PMA-Gobierno de República Dominicana, 2009

<sup>166</sup> Resumen de la LEY 589-16, una Ley Contra el Hambre. FAO <http://www.fao.org/3/i8065s/i8065s.pdf>

<sup>167</sup> Entrevistas en República Dominicana.

<sup>168</sup> <https://minpre.gob.do/comunicacion/notas-de-prensa/republica-dominicana-se-prepara-para-la-cumbre-sobre-sistemas-alimentarios-de-las-naciones-unidas/>

<sup>169</sup> Decreto 377-21. ARTÍCULO 3. Objetivos del programa Supérate.

<sup>170</sup> <https://www.elcaribe.com.do/destacado/gobierno-sustituye-programa-comer-es-primero-por-superate-y-duplica-el-monto-a-los-beneficiarios/>

## Institucional y procesos

194. El Componente implica un enfoque integrado y transversal y, por lo tanto, un grupo importante de riesgos se relacionan con la coordinación de múltiples niveles. Estos riesgos podrían mitigarse con el liderazgo de una entidad, incluido un seguimiento cercano, acuerdos y protocolos, y fuerte coordinación. PROSOLI/Supérate es una agencia con una gran transversalidad que mantiene acuerdos con la mayoría del Gobierno, ministerios y entidades.

195. Si bien actualmente la distribución de los insumos de suplementación y las actividades de fortalecimiento son, en gran medida, implementadas directamente por el PMA, las intervenciones se basan en estructuras y procesos gubernamentales y son protagonizadas por ellas, lo cual garantiza su continuidad y es por tanto un factor de sostenibilidad.

196. Al mismo tiempo, muchos de los interlocutores clave consultados, tanto los internacionales como sobre todo los nacionales, señalan que es importante reconocer los desafíos que conoce la República Dominicana en materia de gobernanza y de transparencia. Se observa que ha sido frecuente la referencia a este aspecto y al reconocimiento del valor añadido del PMA respecto a la trazabilidad de los insumos alimentarios y a sus mecanismos de licitación externa y fiscalización de la ayuda. Las capacidades técnicas y administrativas de las administraciones del estado para la implementación de estas distribuciones de alimentos requieren un fortalecimiento que esté igualmente diseñado para transferir esas capacidades, si fuera pertinente, con un horizonte temporal razonable.

## Técnico y operativo

197. La selección de beneficiarios se basa en una base de datos del Gobierno que ha estado en existencia desde 2004, lo cual igualmente es un factor de sostenibilidad.

198. El trabajo comunitario, la red de supervisores de Supérate, y las sinergias con el SNS son activos para la implementación sostenida de las políticas públicas de protección social y nutrición desde la base, inclusiva y cercana a las necesidades.

199. Se ha descrito en el apartado anterior los alcances y limitaciones de las capacitaciones al personal técnico. La alta rotación exige no solo se continúen los esfuerzos, sino que se inscriban en el currículo regular de las categorías profesionales relevantes.

# 3. Conclusiones y recomendaciones

## 3.1. CONCLUSIONES

### Pertinencia

200. El equipo evaluador concluye que el Componente de Nutrición tiene una doble pertinencia: por un lado, responde a las necesidades de la población, mediante un esquema focalizado de lucha contra la desnutrición y anemia, que justifican plenamente actuaciones específicas en el país. Por el otro, el Componente de Nutrición fortalece la estrategia de corresponsabilidad e incentiva las consultas de crecimiento y desarrollo del niño y de la madre lactante. El Componente de Nutrición de PROSOLI y SNS con el apoyo del PMA, es por tanto un buen ejemplo de optimización de un esquema de protección social para incorporar la transversalidad de la nutrición.

201. Adicionalmente, este Componente de Nutrición responde a una brecha notable en las políticas públicas del país hasta entonces, y dota a la República Dominicana de un esquema de actuaciones nutricionales, que han permitido construir una estrategia y finalmente impulsar una política nacional de lucha contra la desnutrición, como traza en particular la hoja de ruta para el logro del ODS2 Hambre Cero.

202. La focalización del Componente de Nutrición a través de los criterios actuales de elegibilidad técnica, bajo el criterio nutricional de los profesionales de la salud en los Centros de Atención Primaria, es apropiada e inclusiva, en la medida en que da cobertura a grupos poblacionales sin documentos, que tienen dificultades de acceso a otros derechos y programas sociales. Se considera un acierto notable permitir la participación por criterios nutricionales a personas que no necesariamente están registradas en el SUIBEN.

203. Sin embargo, no se ha definido en qué medida es una herramienta de lucha contra la obesidad y el sobrepeso, una de las formas más preocupantes de malnutrición en la República Dominicana, a la cual el Componente de Nutrición no está respondiendo, pese a que existen potencialidades que deben ser explotadas.

204. No se evidencia un enfoque de género y de empoderamiento de la mujer específico en las actividades propias del componente, más allá de estar dirigido predominante hacia las mujeres embarazadas y lactantes. Es posible que esto se deba a que el Componente de Nutrición forma parte de otro componente más amplio (el asistencial alimentario) que a su vez forma parte de un Programa superior (PROSOLI SUPERATE), que sí que cuenta con una estrategia de género, en coherencia con lineamientos del gobierno para contribuir a reducir las desigualdades de género.

205. El equipo evaluador concluye que el Componente de Nutrición es instrumental para alcanzar los ODS2 y que su diseño está plenamente alineado con los compromisos adquiridos por la República Dominicana en relación con lucha contra el hambre y la desnutrición.

### Eficacia

206. El equipo evaluador concluye que la distribución ha sido eficaz, pero con una cadencia insuficiente. La capacidad técnica y logística del PMA han sido relevantes en la consecución de los objetivos de distribución. Sin embargo, el sistema de monitoreo y seguimiento no ha sido el adecuado, lo cual limita la medición de su eficacia. Las debilidades del sistema de información limitan no solo el aprendizaje, sino también el entendimiento de la cobertura del programa y por tanto los ajustes que se pudieran realizar para mejorar su alcance y su dimensión.

207. Si bien el PMA ha asumido un rol central en la logística operativa, la combinación de la red de UNAP del SNS, con una adecuada cobertura nacional, y de PROSOLI, ahora Supérate, con un fuerte anclaje comunitario, ha sido exitosa para el desarrollo del Componente. Esto demuestra las sinergias de ambas instituciones para conseguir un doble objetivo que supera las contraposiciones en el debate entre las

estrategias de focalización versus las de universalización: se fortalece el sistema de protección social a través de la focalización y corresponsabilidad, por un lado, y se refuerza el carácter universal y comunitario de la atención primera para mejorar la salud pública, por el otro.

208. Los insumos de ACF y MNP son apreciados por la comunidad, hasta el punto de funcionar como vector de movilización para las actividades de las UNAP, notablemente el seguimiento del crecimiento y desarrollo, y de PROSOLI.

209. Los hábitos alimentarios responden a costumbres y prácticas arraigadas, por lo que los esfuerzos para cambiar esos comportamientos requieren tiempo para obtener resultados. Es el caso del Componente de Nutrición que no ha logrado transformar sustancialmente los hábitos alimentarios de las poblaciones más vulnerables. Sin embargo, sí que se están produciendo resultados esperanzadores respecto a la promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, que se mantiene todavía en tasas muy bajas, que requieren toda la atención de las instituciones para seguir revirtiéndola.

210. Se han obtenido importantes logros en el desarrollo de capacidades institucionales, traducidos en marcos normativos que podrían ofrecer buenos resultados si efectivamente se implementaran. El PMA ha jugado un rol importante como facilitador y propulsor de los procesos necesarios para asegurar el entorno propicio a la consecución del ODS2. Sin embargo, no ha podido alcanzar uno de los objetivos iniciales del desarrollo de capacidades para facilitar el relevo a sus contrapartes nacionales en la ejecución integral de los programas para reducir el hambre.

211. El notable despliegue de actividades realizadas por el Componente de Nutrición para la capacitación técnica del personal de PROSOLI y SNS son muy bien valoradas por sus beneficiarios, aunque haya podido tener un impacto limitado debido a la alta rotación de personal en el terreno.

## **Eficiencia**

212. La vinculación entre las tres instituciones ha funcionado, aunque de forma distinta a nivel nacional, regional y local. A nivel nacional, pese a las dificultades de coordinación que pueden existir entre instituciones de gobierno, se ha conseguido avanzar en la agenda del ODS2 e implementar el programa de forma coordinada. Aun así, es posible que el SNS, de reciente creación, requiera un mayor acompañamiento, protagonismo y apoyo tanto por parte del Gobierno como del PMA. La implementación directa del PMA a nivel local puede que haya dejado de lado el componente regional, que es necesario articular para empoderar el tejido institucional en todo el Estado. La coordinación local funciona igualmente, pero muy dependiente de las relaciones personales, con alta rotación, y por lo tanto requiere una mayor institucionalización en los protocolos para maximizar las sinergias claras entre el personal médico en las UNAP y los supervisores de PROSOLI en las comunidades.

213. El equipo evaluador concluye que los sistemas de monitoreo del Componente y la vigilancia nutricional son muy débiles. La evidencia sobre un monitoreo continuo durante el ciclo de proyecto no es sistemática de manera que facilite la toma de decisiones. Esta carencia se ha suplido parcialmente gracias a la elaboración de informes temáticos sólidos y evaluaciones intermedias de impacto.

214. Las carencias en el sistema de vigilancia nutricional, que de hecho no está alimentando estadísticas nacionales, limitan sustancialmente la medición del impacto del programa y dificulta la visibilización del problema.

215. La inversión en el Componente de Nutrición en República Dominicana parece insuficiente, con un alcance insuficiente en cuanto a volumen de beneficiarios y unos recursos muy limitados para vertebrar una política nutricional de respuesta a la malnutrición.

216. El coste de oportunidad es elevado por cuanto la doble carga de la desnutrición en República Dominicana indica que una mayor inversión generaría unos rendimientos sociales y económicos muy superiores.

## Impacto

217. En el periodo de esta evaluación, la vigilancia nutricional no ha permitido medir el impacto de las actividades. Sin embargo, existen evidencias en importantes estudios intermediarios, de impactos notables en materia de reducción de anemia y desnutrición crónica.

218. La combinación de intervenciones destinadas a la prevención y control de deficiencias de micronutrientes en niñas y niños menores de 5 años y en embarazadas fortalecen las actividades de salud preventiva en las UNAP.

219. Se han identificado importantes efectos multiplicadores que se sitúan i) a nivel de las operaciones entre SNS y UNAP, pero también en los socios locales; y ii) a nivel de las familias -con las actividades de producción y consumo- a nivel de las contribuciones del PMA -que han visibilizado las problemáticas multisectoriales del hambre.

## Sostenibilidad

220. El equipo de evaluación aprecia un fuerte compromiso de las autoridades de la República Dominicana, así como un lineamiento de las políticas públicas con los ODS 2.1 y 2.2., lo que debería permitir la sostenibilidad de los esfuerzos en materia nutricional, independientemente del signo del gobierno.

221. Las acciones nutricionales para luchar contra la desnutrición crónica y contra la anemia seguirán siendo relevantes y necesarias mientras no se resuelvan sus causas subyacentes.

222. La importancia de las actividades de suplementación alimentaria debe ser considerada en su justa medida. Para lograr impactos sostenibles en las familias y reducir la desnutrición debe desarrollarse igualmente el marco de la política de seguridad alimentaria y nutricional establecidos en la nueva Ley de referencia, así como sus mecanismos de implementación y la hoja de ruta hacia la consecución del ODS2, que no solamente contemplan entre sus acciones el suministro de alimentos ACF y MNP, sino adicionalmente, deben trabajar todos los componentes relacionados con la disponibilidad y el acceso efectivo a los alimentos de calidad -incluida su fortificación- así como las normas que aseguren un sistema alimentario sostenible -incluidas las regulaciones necesarias de alimentos que contribuyen al sobrepeso-, los sistemas de información y vigilancia nutricional, el mejoramiento de saneamiento básico, prácticas sanitarias, entre otras.

## 3.2. LECCIONES APRENDIDAS

223. **La lucha contra el hambre, como los problemas de desarrollo con los que va asociada, requieren tiempo**, por lo que es necesario asegurar el compromiso duradero por parte de todos los actores para obtener resultados. El fortalecimiento del marco normativo e institucional existente parece ofrecer las condiciones para la sostenibilidad de las políticas de prevención y lucha contra la desnutrición, pero debe ser implementado a través del desarrollo de la hoja de ruta de lucha contra el hambre y un compromiso consecuente, incluido a nivel presupuestario.

224. La incorporación de un componente de nutrición en los mecanismos de transferencias monetarias condicionados no contributivos es una buena práctica con sinergias cruzadas pero que deben ser facilitadas y reforzadas para que sean relevantes: por un lado las actuaciones nutricionales mejoran la eficacia de la corresponsabilidad, fomentando la vinculación de la población que tiene mayores necesidades, y por el otro, aún con impactos limitados, mejora la situación nutricional de la población objetivo y contribuye a reducir la desnutrición, la anemia y a mejorar los hábitos de lactancia materna. Además, refuerza el sistema de atención primaria al promover la asistencia de forma eficaz. Estos impactos son de alguna forma automáticos en su causalidad. Sin embargo, para explotar plenamente el vínculo entre ayuda, salud y corresponsabilidad debe establecerse un buen vínculo entre personal de salud de las UNAP y los Supervisores de PROSOLI, entre el espacio de salud (UNAP) y las comunidades desfavorecidas. Hasta ahora este vínculo depende en exceso de las personas y debe institucionalizarse más a nivel local.

225. **La desnutrición es multisectorial, sus soluciones también lo son:** la colaboración interinstitucional es fundamental para conseguir el éxito del componente, que se inscribe en un programa de protección social que requiere una vinculación estratégica con los sectores de salud y de seguridad alimentaria. Estos deben reforzarse constantemente evitando que el Componente Nutricional se convierta en una parcela de poder, de éxito de una sola institución, sino que participen y se beneficien todas las instituciones relevantes.

226. **Los sistemas de monitoreo son imprescindibles como herramienta de gestión y planificación y solo funcionan si son realistas.** Deben estar basados en las capacidades técnicas y operativas disponibles y existe un seguimiento constante y armonizado. La multiplicidad de herramientas y formatos pueden resultar ineficaces y sobrecargar al personal de salud. La dispersión de archivos no digitados dificulta la gestión del conocimiento.

227. **Es necesario desarrollar un trabajo constante en los tres niveles de la pirámide de desarrollo de capacidades** para tener un impacto sostenible y efectivo: a nivel entorno político estratégico, nivel institucional y normativo, nivel operativo. Un enfoque únicamente operativo puede generar resistencias o falta de sostenibilidad a nivel del entorno, un enfoque excesivamente político o normativo tendrá pocas posibilidades de transformar la realidad que se pretende cambiar.

228. **Es igualmente necesario abarcar los tres espacios nacional regional y local** con el fin de evitar disfuncionalidades en la coordinación de las actuaciones nutricionales a todos los niveles: comunitario, institucional y de administraciones del estado, incluido y particularmente las alcaldías. Esto requiere evidentemente altos controles de seguimiento y monitoreo.

### 3.3. RECOMENDACIONES

Recomendación	Responsabilidad	Prioridad: Alta/media	Para cuándo
RECOMENDACIONES ESTRATÉGICAS			
<p><b>Recomendación 1 Consolidar y fortalecer el Componente de Nutrición del actual programa ALIMÉNTATE de SUPÉRATE.</b></p> <p>Se recomienda mantener el actual esquema de suplementación y fortalecimiento nutricional, eje principal de la lucha contra la desnutrición y la anemia en la República Dominicana.</p> <p><b>1.1. Dotación de recursos.</b> Considerar un incremento presupuestario consecuente para alcanzar una mayor cobertura de niños y niñas menores de cinco años con desnutrición crónica, mujeres embarazadas de bajo peso y para asegurar la provisión regular de insumos de complementación alimentaria a la actual población meta, tanto de Chispitas como de Progresina, así como de las actividades conexas, en particular para la Comunicación con comunidades así como para el fortalecimiento de las Unidades de Atención Primaria en la materia.</p> <p><b>1.2. Lucha contra la Obesidad y sobrepeso</b> Incorporar en el diseño del Componente de Nutrición actividades específicas que permitan contribuir a la lucha contra la obesidad y el sobrepeso: se sugiere contemplar estos enfoques: i) reforzar estrategias integrales de cambio de comportamiento y comunicación con comunidades con un foco en todas las formas de malnutrición y a hábitos de vida saludables, tanto para la población como a los actores ii) valorar la posibilidad de limitar el uso de los cupones (o vouchers) alimentarios sólo para alimentos saludables. Iii) mejorar los controles de crecimiento para la prevención de obesidad. El conjunto, incluidas nuevas actividades de comunicación, deben ser coordinadas especialmente con el MSP para asegurar sinergias.</p> <p><b>1.3 Reforzar las Unidades de Atención Primaria.</b> incrementando la dotación de las UNAPs, así como el número de promotores de salud y de forma general el refuerzo del SNS en los tres niveles, nacional, regional y local.</p>	<p><u>SUPÉRATE PMA SNS</u></p>	<p><u>ALTA</u></p>	<p><u>2022</u></p>
<p><b>Recomendación 2 Apoyar la implementación de la Hoja de ruta para el logro del Objetivo de Desarrollo Sostenible 2 Hambre Cero, así como el Plan Nacional de Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional.</b></p>	<p><u>SUPÉRATE SNS MSP PMA.</u></p>	<p><u>ALTA</u></p>	<p><u>2022</u></p>

<p>Ambas estrategias son instrumentales para alcanzar los compromisos de la república dominicana en la lucha contra la malnutrición.</p> <p><b>2.1 Apoyar la hoja de ruta y a CONASSAN</b> como ente habilitador, tanto a nivel técnico (PMA) como a nivel político (Gobierno de la República).</p> <p><b>2.2. Implementar las recomendaciones del estudio sobre el Coste de la Doble Carga de la Malnutrición</b> en particular las referidas al desarrollo de los marcos regulatorios apropiados, la educación y la salud, así como las recomendaciones surgidas del proceso de trabajo entorno al estudio “Cerrando la Brecha de Nutrientes” del CONASSAN y el PMA.<sup>171</sup>.</p>			
<p><b>Recomendación 3 Apoyar el desarrollo de un sistema alimentario sostenible</b> que permita luchar contra algunas de las causas subyacentes de la malnutrición.</p> <p><b>3.1 Apoyar/reforzar un análisis de ambientes alimentarios</b>, incluida la red de colmados, para vincular la demanda de los beneficiarios de la Prestación Social con alimentos asequibles y saludables.</p> <p><b>3.2. Reforzar la estrategia de fortificación de alimentos de consumo masivo</b> excluyendo los ultra procesados, incluido el sistema de monitoreo de calidad de la fortificación. y promover el acceso de estos alimentos nutricionalmente mejorados a poblaciones vulnerables. Al mismo tiempo se debe favorecer el compromiso de la empresa privada para la fortificación de alimentos. (Gobierno, PMA).</p> <p><b>3.2. Facilitar el desarrollo normativo necesario</b> para regular los contenidos en azúcar, grasas y sal de los alimentos, y otras acciones, como la regulación de la publicidad de esos alimentos dañinos a la salud. (Gobierno, PMA).</p>	<p><u>SUPÉRATE PMA SNS MSP</u></p>	<p><u>ALTA</u></p>	<p><u>2022</u></p>
<p><b>Recomendación 4 Mejorar los sistemas de información y de vigilancia nutricional.</b></p> <p>El Componente de Nutrición y el apoyo técnico del PMA deben ser instrumentales para alcanzar esta mejora, que permita monitorear sus impactos, en particular: número de personas beneficiarias, número de raciones recibidas por cada una de estas personas.</p> <p><b>4.1 Sistema de vigilancia nutricional funcional:</b> debe ponerse en marcha un sistema de vigilancia nutricional funcional que permita conocer el estado nutricional de la población y monitorear los impactos de los programas nutricionales.</p> <p><b>4.2. Es necesario armonizar las herramientas de monitoreo</b> de salud y seguimiento nutricional a través del liderazgo de SNS y del MSP, apoyando sus capacidades técnicas.</p>	<p><u>PMA SNS MSP</u></p>	<p><u>ALTA</u></p>	<p><u>2021</u></p>

<sup>171</sup> El Consejo para la Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONASSAN) y el PMA han trabajado conjuntamente en los años 2020 y 2021 para realizar el estudio Cerrando la Brecha de Nutrientes (FNG, por sus siglas en inglés). El FNG examina en qué medida las personas tienen opciones respecto a su alimentación y dietas, con énfasis en la asequibilidad de dietas nutritivas y realiza recomendaciones en particular respecto a la fortificación de los alimentos.

<p><b>4.3. Mejorar el monitoreo interno del Componente:</b> revisando el actual plan de monitoreo del PMA para simplificarlo y adaptarlo a las posibilidades operacionales, asegurando que se capta la información básica tanto de desempeño como de resultado, incluida información desagregada por grupo poblacional, categoría profesional y por sexo.</p>			
<p><b>Recomendación 5. Reforzar las actividades encaminadas a contribuir al aumento de la tasa de lactancia materna exclusiva.</b></p> <p>5.1. En coordinación con el MSP y la Comisión Nacional de Lactancia Materna, revisar cómo puede vincularse el Componente de Nutrición y todas las actividades conexas, con la estrategia Nacional.</p> <p>5.2. Realizar un diagnóstico rápido sobre las causas de la persistente baja tasa, así como de los gaps y acciones necesarias para revertirla.</p>	<p><u>SUPÉRATE PMA SNS, MSP</u></p>		
<p><b>Recomendación 6. Implementar las acciones necesarias para asegurar la sostenibilidad de las acciones de nutrición.</b></p> <p>6.1. <b>Desarrollo de capacidades.</b> El PMA elaborar una estrategia suficiente para el desarrollo de capacidades institucionales sostenibles (estructuras, funciones, sistemas) para permitir eventualmente las transferencias operativas al Estado -organismos públicos o privados en los tres niveles nacional, regional y local- elaborando un plan de salida a medio plazo que permitiera la transferencia, si en su tiempo se considerase necesario, de su rol implementador, centrándose en el acompañamiento técnico.</p> <p>6.2. <b>Continuar con la abogacía y visibilizando</b> las problemáticas relacionadas con la malnutrición, sus costos en el desarrollo, incluida las referidas a la lactancia materna.</p>	<p><u>SUPÉRATE PMA SNS</u></p>	<p><u>ALTA</u></p>	<p><u>2022</u></p>
<p>RECOMENDACIONES PROGRAMÁTICAS Y OPERATIVAS</p>			
<p><b>Recomendación 7. Reforzar la comunicación con comunidades.</b></p> <p>7.1 <b>Revisar la estrategia de capacitación comunitaria</b> y de consejería nutricional, utilizando nuevas herramientas y enfoques, incluidos el uso de redes sociales, modelos de jóvenes influencers, educación nutricional en las escuelas, para reforzar este objetivo dentro del actual Componente de Nutrición, junto con el Ministerio de Salud.</p> <p>7.2. <b>Reforzar el enfoque de género:</b> Utilizar modelos de estudios de hábitos alimentarios, prácticas y comportamiento con perspectiva de género y adecuar la comunicación para atraer a mujeres y hombres y fortaleciendo la corresponsabilidad en el hogar.</p>	<p><u>SUPÉRATE PMA SNS</u></p>	<p><u>ALTA</u></p>	<p><u>2022</u></p>
<p><b>Recomendación 8 Revisar los mecanismos de abastecimiento y distribución de productos de ACF y MNP</b></p>	<p><u>PMA</u></p>	<p><u>ALTA</u></p>	<p>2022</p>

<p><b>8.1 Revisar la cadena de suministro</b> dentro de la República Dominicana, junto con programas, para considerar la utilización de centros de acopio regionales dentro de la República Dominicana analizando pros y cons operacionales y programáticos, considerando igualmente la preparación a una eventual transferencia de competencias hacia las administraciones del Estado.</p> <p><b>8.2. Valorar nuevo estudio de mercado:</b> Volver a estudiar en el mercado la pertinencia o no de producir estos productos localmente o de adquirirlos en países de la región, incluido con otra fórmula adecuada de suplementación.</p>	<p><u>PMA</u></p>		
<p><b>RECOMENDACIÓN 9: Mejorar los mecanismos de coordinación entre SUPERATE-SNS-PMA.</b></p> <p><b>9.1 Restaurar reuniones de coordinación</b> regulares a nivel nacional y regional entre los tres actores y asegurar el seguimiento de los compromisos adquiridos en las mesas intersectoriales.</p> <p><b>9.2. Reforzar la vinculación del componente</b> con otras áreas de acción del MSP y otros actores del ámbito nutricional.</p> <p><b>9.3. Aprovechar la oportunidad que se ofrece a SUPÉRATE</b> en el proceso de profesionalización de los supervisores comunitarios (antiguos enlaces comunitarios) para promover las sinergias que se desarrollan localmente, en particular con las UNAP: incluyendo en sus Términos de Referencia la vinculación con las UNAP, reforzando sus conocimientos en consejería nutricional, hábitos saludables, incluida lactancia materna con el fin de que los supervisores sean agentes replicadores, asegurar su participación en los comités de salud locales y formación en identificación de casos vulnerables durante sus entrevistas para ser derivados a los centros de atención médica (en salud y nutrición).</p>	<p><u>PMA SUPERATE SNS</u></p> <p><u>SUPÉRATE</u></p>	<p><u>MEDIA</u></p>	<p>2022</p>
<p><b>RECOMENDACIÓN 10 Reforzar el componente de capacitaciones:</b></p> <p>10.1 <b>A personal de salud:</b> distinguiendo las capacitaciones a médicos, promotores de salud y enfermeros y enfermeras. Incorporando en el currículo educativo y formativa la nutrición y alimentación saludable, como elemento fundamental en la prevención de las diferentes formas de malnutrición y en sus patologías asociadas.</p> <p>10.3 <b>Desarrollar materiales para la formación de formadores</b> y apoyar y desarrollar una estructura suficiente que permita transferir estas actividades a SUPÉRATE y SNS para que puedan liderar las actividades de capacitación a todo su personal a nivel de regiones de salud o provincial según proceda, así como a nivel nacional.</p>	<p><u>PMA</u></p>	<p><u>MEDIA</u></p>	<p>2022</p>

# Anexos

## Anexo 1. Resumen de los TDR

Los Términos de Referencia (TDR) corresponden a la evaluación conjunta de la actividad articulada de Progresando con Solidaridad (en adelante PROSOLI), del Servicio Nacional de Salud (en adelante SNS), y del Programa Mundial de Alimentos (en adelante PMA), para la prevención de la desnutrición y la anemia en población nutricionalmente más vulnerable en la República Dominicana desde 2013 al 2019 ; éstos tienen dos funciones: proveer información clave al equipo de la evaluación y guía a través del proceso de ésta, y proveer información clave a las partes interesadas sobre la evaluación propuesta. El objeto de la evaluación conjunta es contribuir al mejoramiento del estado de seguridad alimentaria y nutricional de los niños y niñas de entre 0 y 5 años, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, así como adultos mayores.

Los principales objetivos de la intervención conjunta son:

1. Contribuir a la prevención y control de las deficiencias de micronutrientes en niños y niñas de 6 a 59 meses, mujeres embarazadas y madres lactantes mediante el suministro de micronutrientes en polvo y un alimento complementario fortificado.
2. Contribuir a la prevención de la desnutrición crónica en niños y niñas de 24 a 59 meses y desnutrición aguda en niños y niñas de 6 a 23 meses mediante el suministro de un alimento complementario fortificado.
3. Contribuir a mejorar la calidad de la dieta en los adultos/as mayores, mediante el suministro de un alimento complementario fortificado.
4. Contribuir al aumento de la tasa de lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes y con alimentación complementaria hasta los dos años.
5. Lograr cambios de actitudes y prácticas de alimentación y nutrición e incrementar los conocimientos de la comunidad sobre una alimentación saludable, mediante acciones de capacitación, comunicación y participación comunitaria.
6. Contribuir a la prevención de la desnutrición aguda en mujeres embarazadas y en periodo de lactancia mediante el suministro de un alimento complementario fortificado.

El objetivo estratégico 2 del PMA en la implementación de su Plan Estratégico de País (PEP) 2019-2023 es mejorar el estado nutricional de los grupos nutricionalmente más vulnerables. El PEP se basa en las prioridades identificadas en el proceso de la Revisión Estratégica y Hoja de Ruta para el logro del ODS 2, liderado por la Vicepresidencia de la República, en el cual se identifican las deficiencias de micronutrientes y las intervenciones para abordarlas como una de las prioridades para alcanzar Hambre Cero en el país.

El proyecto de fortalecimiento del Componente de Nutrición y Alimentación Saludable del Programa PROSOLI ha sido, desde el 2010, uno de los principales ejes de trabajo del PMA, y es la principal estrategia de intervención del Objetivo Estratégico 2 del PEP. El 2020 marca el cierre del convenio plurianual entre el PMA y PROSOLI, lo que representa una oportunidad para evaluar imparcial e independientemente la implementación de la acción conjunta.

La evaluación conjunta ha sido comisionada por las siguientes razones:

Generar evidencia que el PMA, PROSOLI y SNS utilizarán como insumos para la toma de decisiones relacionadas con el diseño e implementación del programa, así como en la estrategia país en materia de seguridad alimentaria y nutricional de la población objetivo de la intervención (niños y niñas entre 0 y 5 años, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, así como adultos mayores).

Apoyar prioridades nacionales de desarrollo y avance al logro del ODS 2. Al ser conjunta, además, contribuirá al fortalecimiento de capacidades nacionales en evaluación.

Las partes, PROSOLI, SNS y PMA, entienden que la evaluación conjunta cumple el objetivo doble de rendición de cuentas sobre resultados y de aprendizaje institucional, los cuales se refuerzan mutuamente. Diseñada para apoyar la toma de decisión en cuanto al rediseño y continuación de la acción, el énfasis de la evaluación será en los aprendizajes. En particular, la Oficina País y el Gobierno dominicano están interesados en entender en qué medida los objetivos planteados y las estrategias implementadas responden a las necesidades de la población meta en la actualidad. De igual forma se espera entender si los objetivos esperados fueron cumplidos; en caso de que sí se cumplieron, cómo y cuáles factores han influido en tales resultados, y qué ajustes podrían realizarse al programa para asegurar su eficacia.

Existe un número de individuos, tanto dentro como por fuera del PMA, que tienen interés en los resultados de la evaluación y a algunos de ellos se les pedirá que tengan un rol dentro del proceso de la evaluación. La responsabilidad frente a las poblaciones afectadas está ligada al compromiso del PMA de incluir a los grupos beneficiarios como partes interesadas. El PMA está comprometido a asegurar la equidad de género y el empoderamiento de las mujeres en el proceso de la evaluación a través de la participación y consulta de las mujeres, hombres, niños y niñas de los diferentes grupos. En este sentido, el diseño metodológico de la evaluación deberá considerar a los beneficiarios y beneficiarias como informantes clave en la etapa de levantamiento y validación de la información, tomando en consideración las distintas limitaciones de estos para participar en espacios de consultas, tales como horarios y responsabilidades domésticas, lenguaje y accesibilidad.

Los usuarios directos principales de la presente evaluación serán la Oficina del PMA de la República Dominicana, PROSOLI, SNS y sus socios en la toma de decisiones, principalmente los relacionados a la implementación o al diseño de programas, a la Estrategias de País, a las asociaciones y a futuras movilizaciones de recursos.

También, debido a las funciones principales de la Oficina regional (OR), se espera que use los hallazgos de la evaluación para suministrar guía estratégica, apoyo a los programas y supervisión.

La sede principal del PMA puede usar las evaluaciones para el aprendizaje y la asunción de responsabilidades por parte de la organización de manera más amplia.

Y, por último, la Oficina de Evaluación del PMA y OR puede usar los hallazgos de la evaluación, según corresponda, para incorporarlos en las síntesis de evaluación, así como en el informe anual a la Junta Ejecutiva.

Las áreas geográficas para considerar incluyen: región Central, el Valle, Distrito Nacional, Enriquillo, región Este (I & II), región Norcentral, región Nordeste, región Noroeste, Santo Domingo Este, Santo Domingo Norte, Santo Domingo Oeste y Valdesia.

Los principales socios del componente conjunto son:

- PROSOLI. Entidad financiadora de la acción, asume la responsabilidad de proveer el listado de beneficiarios a focalizar, de convocarlos y dar seguimiento domiciliario a su desarrollo dentro del Componente y el Programa, además de llevar la coordinación y supervisión general del componente en el marco de las distintas actividades del programa.
- SNS. Recibe, almacena y distribuye los alimentos nutritivos especializados entregados por el PMA a beneficiarios focalizados tras una evaluación y consejería nutricional en el marco de las consultas de salud a través de las UNAP y el sistema de atención primaria de salud.
- PMA. Es responsable de proveer asistencia técnica para el diseño, desarrollo y evaluación de dicho componente, y para fortalecer las capacidades de la estructura operativa de PROSOLI y del personal de salud, en particular en las UNAP. De igual forma, proporciona apoyo en la compra, almacenamiento, logística de distribución y monitoreo de la entrega de insumos.

- Sistema Único de Beneficiarios (SUIBEN). Apoya en la focalización de los beneficiarios partiendo de la base de datos que genera con información relevante del 80% de la población dominicana.
- Ministerio de Agricultura. Lleva a cabo actividades de establecimiento y mantenimiento de huertos comunitarios para promover la seguridad alimentaria y la generación de ingresos.
- Participación comunitaria a través de una red comunitaria para la divulgación y educación en nutrición, alimentación saludable e higiene. La red está compuesta por líderes comunitarios, familiares y puntos focales capacitados por el PMA y PROSOLI, y contribuyen al cambio de comportamiento en las prácticas de nutrición y alimentación de los beneficiarios, ayudan a aumentar el conocimiento de la comunidad y el empoderamiento con respecto a la alimentación saludable.

La evaluación se centrará en la totalidad de la implementación programática y los resultados obtenidos por la acción articulada de PMA, PROSOLI y el SNS para la prevención de la desnutrición y la anemia, y la mejora del estado nutricional de la población participante del programa PROSOLI en la República Dominicana durante el período de 2014 a 2020.

En conjunto con los criterios, la evaluación abordará las siguientes cinco cuestiones principales:

- a) ¿Los objetivos y el diseño de la intervención responden a los beneficiarios? (pertinencia, cobertura);
- b) ¿La intervención logró, o se espera que logre, sus objetivos y sus resultados, incluidos los resultados diferenciales entre los grupos? (eficacia);
- c) ¿La intervención ofrece, o es probable que produzca, resultados de manera económica y oportuna? (eficiencia);
- d) ¿La intervención ha generado o se espera que genere efectos positivos o negativos significativos, intencionados o no, de mayor nivel? (impacto); y
- e) ¿Los beneficios de la intervención continúan, o es probable que continúen, bajo un enfoque de apropiación gubernamental? (sostenibilidad).

A fin de garantizar la independencia e imparcialidad se implementarán los siguientes mecanismos:

- a) Se establecerá un Comité Conjunto de Evaluación (CE) presidido por el director de la Oficina País en su calidad de Representante del PMA, un representante de PROSOLI y un representante de SNS. El CE garantizará el debido proceso en la gestión de la evaluación y a evitar riesgos potenciales de influencia indebida, al tiempo que apoya y brinda asesoramiento al Equipo Evaluador. Será responsable de definir el propósito de la evaluación, el alcance, el cronograma, el presupuesto y la selección del equipo, así como la aprobación de los términos de referencia finales, el informe inicial y el informe de evaluación.
- b) Se establecerá un Grupo de Referencia de Evaluación (GRE) con interesados clave (internos y externos) para dirigir la evaluación, revisar y comentar todos los entregables de la evaluación (TDR, instrumentos, borrador de informe inicial e informe final) y ejercer supervisión sobre la metodología. Contribuirá a la relevancia, imparcialidad y credibilidad de la evaluación.
- c) Todos los productos (TDR, Informe de Inicio, Informe Final) serán revisados de forma externa e independiente por el servicio externalizado e independiente de asesoramiento de apoyo a la calidad de las evaluaciones descentralizadas.

El equipo será multidisciplinario e incluirá miembros con especialidad y conocimiento práctico en las siguientes áreas: Fortalecimiento de capacidades institucionales; Diseño y evaluación de políticas públicas; Desarrollo nutricional; Métodos quasi-experimentales (para revisión documentales de estudios de impacto); Género, empoderamiento de niñas y mujeres y enfoque de derechos humanos. Todo el equipo debe tener sólidas habilidades analíticas y de comunicación; manejo en español (hablado y escrito); experiencia en evaluaciones y conocimiento sobre América Latina y en particular sobre la República Dominicana.

## Anexo 2. Calendario

Etapas, entregables y plazos	Responsable	Fechas clave
<b>Etapa 1 - Preparación</b>		
Revisión bibliográfica, primer borrador de los TDR y aseguramiento de la calidad del Oficial regional de Evaluación	Comité evaluación (CE), Oficina País (OP), Oficina Regional (OR)	3 <sup>a</sup> - 4 <sup>a</sup> sem. feb.
Envío del borrador de los TDR al servicio externalizado de asesoramiento de apoyo a la calidad de las evaluaciones descentralizadas	RBP, HQ	1 <sup>a</sup> sem. marzo
Circulación de los TDR y revisión por parte de Grupo de Referencia de la Evaluación y partes interesadas clave.	CE, OP	2 <sup>a</sup> - 3 <sup>a</sup> sem. marzo
Versión final de los TDR	CE, OP	3 <sup>a</sup> sem. marzo
Aplicación al CEF y decisión sobre fondos disponibles	OP, OR, HQ	3 <sup>a</sup> sem. marzo - 2 <sup>a</sup> sem. abril
<b>Difusión de los TDR</b>	CE, OP	1 <sup>a</sup> sem. julio
Identificación y contratación del equipo de la evaluación	CE, OP, OR, HQ	2 <sup>a</sup> sem. julio - 1 <sup>a</sup> sem. agosto
<b>Etapa 2 - Inicio</b>		
<b>Presentación del equipo de evaluación</b> al comité de evaluación - reunión inicial	CE, OP	3 <sup>a</sup> sem. marzo
<b>Revisión de la documentación, misión preparatoria, entrevistas preliminares</b>	Equipo evaluador (EE)	29 marzo a 23 de abril
Elaboración del <b>borrador del informe de inicio</b> , incluyendo metodología	EE	23 de abril a 26 de mayo
<b>Envío del borrador 1 del informe de inicio</b> a la Gestora de la Evaluación y oficial de evaluación de la Oficina Regional	EE	26 mayo
<b>Primer taller de fortalecimiento</b>		25 mayo

<b>Revisión y retroalimentación</b> del informe inicial por parte de la Gestora de la Evaluación y oficial de evaluación de la Oficina Regional	OP, OR	27 Mayo - 1 de Junio
<b>Envío del borrador 2 del informe de inicio a la OR y OP</b>	EE	10 de junio
<b>Revisión y envío del borrador 2 del informe de inicio</b> al servicio externalizado de asesoramiento de apoyo a la calidad de las evaluaciones descentralizadas	OP, OR	07-14 de junio
<b>Revisión y retroalimentación</b> del servicio externalizado de asesoramiento	HQ	14 - 23 de junio
<b>Ajuste el borrador 2 del informe de inicio</b> de parte del equipo de evaluación	EE	24 – 28 de junio
<b>Envío del borrador 3 del informe de inicio</b> a la OR, OP y Grupo de Referencia.	EE	29 de junio
<b>Revisión y retroalimentación</b> de parte del Grupo de Referencia	Grupo Referencia (GR)	29 de junio – 14 de julio
<b>Primer taller</b> con Grupo de Referencia	EE	1 de julio
<b>Ajuste del borrador 3 del informe de inicio</b>	EE	14-16 de julio
<b>Envío del informe de inicio final</b> al Comité Evaluación y punto focal en Oficina Regional (Oficial Regional en Evaluación)	EE	16 de julio
<b>Reunión con Comité de Evaluación</b> para resolución de dudas y validación de informe de inicio	EE, GE	14 de julio
Aprobación del informe inicial por el Comité de Evaluación	CE	16 de julio
Distribución del informe de inicio a Grupo de Referencia y las partes interesadas para su información	CE, OP	16 de julio
<b>Etapa 3 – Recopilación y análisis de datos</b>		
<b>Preparación de la misión de evaluación</b> (agenda de reuniones, ...)	OP	3ª semana de junio – 3ª semana de julio

<b>Presentación con el equipo, reuniones iniciales, revisión bibliográfica.</b>	EE	21 de julio
<b>Trabajo de campo</b>	EE	21 de julio – 3 de agosto
<b>Restitución/Presentación de avances</b> a Comité Evaluación y Oficina Nacional y partes interesadas en Oficina Regional	EE	2 de agosto
<b>Etapa 4 - Elaboración del informe</b>		
Elaboración de borrador 1 del informe de la evaluación	EE	3 de agosto – 17 de septiembre
<b>Envío del borrador 1 del informe de la evaluación</b> a Gestora Comité Evaluación y punto focal en Oficina Regional de Evaluación	EE	17 de septiembre
<b>Revisión y retroalimentación</b> del informe de evaluación por parte de la Gestora de la Evaluación y oficial de evaluación de la OR	EE, OP, OR	17 – 21 de septiembre
<b>Ajuste del borrador 1 del informe de la evaluación</b>	EE	21 – 23 de septiembre
<b>Envío del borrador 2 del informe de la evaluación, incluido informe ejecutivo</b> , al servicio externalizado de asesoramiento de apoyo a la calidad	CE, OP	24 de septiembre
Retroalimentación de la calidad	HQ	27 de septiembre - 4 de octubre
Corrección del informe de la evaluación	EE	5 – 12 de octubre
<b>Envío del borrador 3 del informe de la evaluación, incluido informe ejecutivo</b> , a la OR, CE y al Grupo de Referencia	EE	13 de octubre
Distribución del informe de la evaluación (nivel interno PMA)	CE, OP	14 - 19 de octubre
<b>Taller de retroalimentación de partes</b>	EE	24 de octubre
Consolidación de los comentarios y ajustes a informe de evaluación	EE	25 - 29 de octubre

<b>Envío del informe final de la evaluación, incluido informe ejecutivo</b> , a Grupo de Referencia y las partes interesadas para su información.	EE	2 de noviembre
<b>Segundo taller de Fortalecimiento Y restitución de Resultados.</b>		3 de noviembre
Aprobación del informe final por el Comité de Evaluación	CE	2ª sem de noviembre
<b>Etapa 5 - Publicación y seguimiento</b>		
Presentación del informe final de la evaluación a las autoridades	PMA OP	3ª sem de noviembre
Edición folleto resumen (2 páginas)	PMA OP	3ª sem de noviembre
Traducción de informe ejecutivo y folleto al inglés	PMA OP	3ª sem de noviembre
Preparación de respuesta de gestión a recomendaciones por la Oficina Nacional, en consulta con Oficina Regional	CE	2ª sem de noviembre – 4ª semana de noviembre
Publicación del informe en Web PMA y difusión	PMA OP	4ª sem de noviembre

## Anexo 3. Metodología

La evaluación utiliza un enfoque de métodos mixtos para dar respuesta a las preguntas clave de la evaluación establecidas en los Términos de Referencia, y con un enfoque teórico basado en el **análisis de contribución** estudiando la relación causa-efecto identificada como crítica y evaluable en los Marco Lógico del componente de nutrición) así como en la Teoría de Cambio (Anexo 12. La evaluación adoptó una perspectiva de **indagación apreciativa**, lo centrándose en las fortalezas más que en las debilidades, en las buenas prácticas y los procesos de aprendizaje existentes para visualizar los valores del Componente de Nutrición de cara a su sostenibilidad en las instituciones.

**Métodos cuantitativos** en relación con los insumos nutricionales, productos generados por las actividades y las características por sexo, edad, localidad de las personas beneficiadas del componente para llegar a un análisis descriptivo de tendencias y movimientos entre 2014 y 2020 y para el análisis de la planificación de los recursos durante esas mismas fechas. También incluye análisis descriptivo de la encuesta dirigida al personal de salud de las UNAP.

**Métodos cualitativos** para generar información primaria durante la fase de campo a través de entrevistas, grupos focales virtuales, visitas a hogares y observación directa. Se utilizará el análisis de datos cuantitativos para triangularla con la información cualitativa primaria recopilada.

**Las dimensiones de género, protección y derechos humanos** siguieron las orientaciones del Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas y han integrado una perspectiva de igualdad de género como parte del análisis general en todo el ciclo de proyecto: esto incluye herramientas del programa, diseño y objetivos del componente e implementación de acuerdo con las políticas internas y externas del SNS, PMA y PROSOLI172 así como los impactos generados. Se buscó igualmente identificar elementos de participación, roles, acceso a los servicios de salud, seguridad alimentaria y nutrición en condiciones de igualdad, inclusión e información suministrada al respecto. En materia de protección, el equipo contrastó igualmente el diseño y ejecución de la intervención con un enfoque basado en derechos y en especial con la política de protección del PMA.

**Los métodos de recopilación de datos** se diseñaron con la intención de minimizar el sesgo debido al periodo de interés de la evaluación. Para recolectar información y opiniones de un máximo de personas que han participado en las actividades del componente desde el año 2014, se desarrollaron herramientas que permiten la participación de personas que ya no trabajan para las tres instituciones a través de participación virtual. La Tabla siguiente detalla las metodologías que se adoptaron con las fuentes de información y los enfoques vinculados a la Matriz de Evaluación.

### Fuentes de información:

Metodología	Fuente	Enfoque	Ventajas y Limitaciones	Fortaleza de la evidencia obtenida
<b>Revisión de documentos</b>	Informes contextuales nacionales y regionales (política, estrategias, contexto, estudios, prensa y comunicación)	Revisión bibliográfica exhaustiva de datos secundarios facilitados por el PMA y documentación adicional disponible por internet (tanto generados por el programa como por otros actores). La colecta de documentos adicional durante entrevistas semiestructuradas	V. Permite un análisis exhaustivo de documentación existente interno y externo a lo largo de la vida del programa. V. Permite identificar tendencias, gaps y temas de investigación que se prestan a la colección de datos con otras metodologías.	

172 Ver Anexo 4 Matriz de evaluación.

		durante la fase de campo y la fase de análisis.	V. Sirve de fuente de triangulación.	
	Informes de diseño	Acuerdos, convenios, presupuestos Organigramas del personal PROSOLI, SNS, PMA Contenido material de capacitaciones en nutrición Contenido material de socialización	L. Es necesario priorizar la lectura de la documentación existente. L. Los documentos suelen ser compartidos poco a poco por informantes clave durante todo el proceso de evaluación. L. Suele haber un sesgo de acceso a documentos más recientes.	
	Informes de monitoreo del programa	Informes de logística - suministro de productos nutricionales, registros, waybills Informes de programa - seguimiento de actividades Informes de capacitaciones Informes de socialización Informes financieros		
	Plantillas de documentos del programa	Revisión de documentos rellenos por las UNAP (SNS) Revisión de documentos rellenos por el PMA Revisión de documentos rellenos por PROSOLI		
<b>Entrevistas cualitativas semiestructuradas con informantes clave</b>	Presenciales - personal directivo de las oficinas nacionales	PROSOLI SNS PMA SIUBEN, NNUU - FAO, UNICEF, PNUD, OIM/ACNUR BID	V. Permite recopilar las opiniones y las experiencias de un grupo de personas con diferentes niveles de participación en el programa para buscar tendencias. V. Permite ajustarse a la experiencia específica de la persona entrevistada. V. Permite descubrir temas no contemplados por el entrevistador a triangular con otras fuentes en entrevistas adicionales.	
	Presencial y remota - personal técnico de nutrición	MSP, INAIPI, INABIE, UNICEF,	V. Permite identificar individuos adicionales que se puedan entrevistar. L. Son intrusivas y demandan mucho tiempo de la persona entrevistada. L. Suele haber un sesgo de acceso a personas aun activas y con más vínculo con el programa.	
	Presenciales y remotas	Representantes de socios de implementación		
	Presenciales Remotas	Representantes territoriales de PROSOLI Oficiales de Programa territoriales del PMA		
<b>Grupos focales de manera virtual</b>	Grupo focal virtual por whatsapp y Zoom	Personal de PROSOLI- voluntarios, Enlaces de familia y Supervisores de Enlaces que han trabajado entre 2014 y 2020 organizados por grupos regionales: Grupo 1. Cibao N. y Cibao Central	V. Permite contactar a un gran número de personas, aunque ya no sean activas en el programa. V. Permite recopilar opiniones y experiencias para un análisis de tendencias.	



		Grupo 2. El Valle y Enriquillo Grupo 3. Este Grupo 4. Metropolitana	V. Permite ajustar la línea de investigación según el nivel de conocimiento de los participantes V. Permite triangular información. L. Riesgo de poca participación por la impersonalidad de esta herramienta. L. Riesgo de exclusión cuando no existe una lista completa de las personas a incluir en el muestreo. L. Riesgo de falta de tiempo para abordar todos los temas previstos.	
<b>Visitas UNAP</b>	Visita presencial UNAP	Entrevistas con personal médico de la UNAP	V. Permite recopilar información directa de personas con contacto directo de las actividades del programa. V. Permite triangulación. L. Requiere mucho tiempo del EE. L. Riesgo de sesgo de representación, ya que solo se entrevista a pocas personas en relación con el número de personas que han participado, y por eso depende de una buena lógica de selección.	
<b>Visitas a los hogares</b>	Visita presencial a personas beneficiadas	Entrevistas semidirigidas con personas beneficiadas por el programa identificadas por los Supervisores de Enlace de PROSOLI o por el personal de salud de la UNAP, incluyendo: 1. Mujeres embarazadas 2. Familias con niñas y niños menores de 2 años 3. Familias con niñas y niños entre 2 y 5 años 4. Personas mayores mujeres 5. Personas mayores hombres	V. Permite contactar a un gran número de personas, aunque ya no estén activas en el programa. V. Es una metodología menos intrusiva y demandante del tiempo de la persona. V. Permite recopilar opiniones y experiencias para un análisis de tendencias. V. Permite triangular información. L. Riesgo de poca participación por la impersonalidad de esta herramienta. L. Riesgo de exclusión cuando no existe una lista completa de las personas a incluir en el muestreo. L. Las preguntas son mayoritariamente de carácter cerrado.	
<b>Encuesta digital al personal de salud de las UNAP</b>	Encuesta digital	Personal de las UNAP – contactados a través de la red de comunicación interna de la SNS central y sus regiones	V. Permite contactar a un gran número de personas, aunque ya no estén activas en el programa. V. Es una metodología menos intrusiva y demandante del tiempo de la persona. V. Permite recopilar opiniones y experiencias para un análisis de tendencias. V. Permite triangular información. L. Riesgo de poca participación por la impersonalidad de esta herramienta. L. Riesgo de exclusión cuando no existe una lista completa de las personas a incluir en el muestreo. L. Las preguntas son mayoritariamente de carácter cerrado.	

**Recopilación de información secundaria:** La recopilación de datos exhaustiva, su validación y análisis se utilizó para aportar elementos de respuesta a cada una de las preguntas y sub-preguntas detalladas en la Matriz de Evaluación. La revisión documental ha sido un proceso continuo ya la fase de recolección de documentos tuvo lugar durante la fase de inceptión, durante la fase de campo y durante la fase de análisis. Se aprovecharon las entrevistas con las personas clave durante la fase de campo para pedir información pertinente que no se había conseguido antes.

**Entrevistas cualitativas semiestructuradas a partes interesadas:** las entrevistas semiestructuradas permitieron al equipo de evaluación contactar con varias de las partes interesadas y obtener un rango de opiniones y experiencias de los diferentes cargos del personal involucrado en el Componente de Nutrición del programa en diferentes tiempos. El anexo 8 contiene la lista de personas entrevistadas. Los informantes clave se dividieron en tres grupos:

- Personal directivo de las agencias de gobierno y de las NNUU
- Técnicos en nutrición
- Personal de PMA, PROSOLI y SNS en los territorios

Esta herramienta contribuye a responder a las preguntas de evaluación 1, 2, 3, 5, 6, 8, 10, 11 y 12. Las entrevistas semiestructuradas se consideraron aptas como herramienta de evaluación en remoto en el caso de que hubiera restricciones de movilidad debido a la pandemia de la COVID-19.

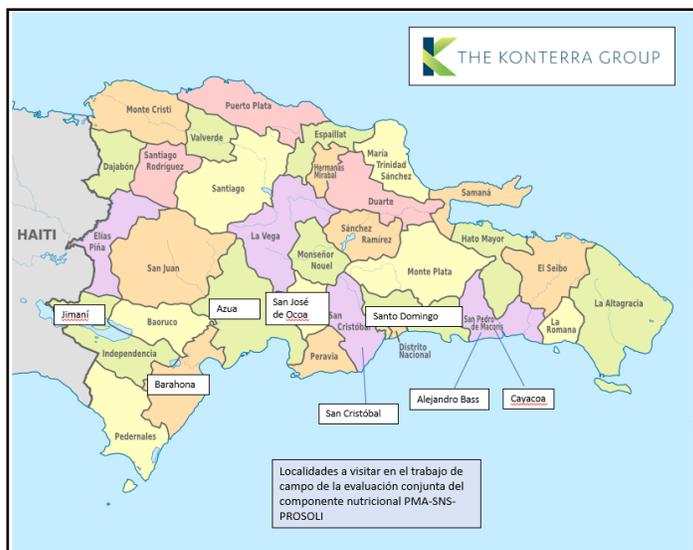
**Visitas a hogares de personas beneficiarias:** se realizaron visitas a 24 hogares de personas beneficiadas, 3 hogares por cada una de las localidades seleccionadas para visitas de campo para entrevistarles. Las personas fueron contactadas a través del personal de salud de las UNAP y a través de los enlaces de familia de PROSOLI. Se entrevistaron 6 mujeres embarazadas, madres y padres de niñas y niños menores de 2 años y madres y padres de niñas y niños entre 2 y 5 años, y a 14 personas mayores de las cuales 10 fueron mujeres y 4 hombres mayores de 65 años. Estas entrevistas semidirigidas han contribuido a responder a las preguntas 3, 4 y 5.

**3 grupos focales virtuales:** En coordinación con PROSOLI/SUPÉRATE, se organizaron 4 grupos de personal territorial de enlace de PROSOLI por WhatsApp por región, con el fin de explicar y convocar a los participantes para las 3 reuniones que tendrían lugar por Zoom. De los 59 que confirmaron su participación en las reuniones virtuales por zoom, participaron 37 (32 mujeres y 5 hombres). La lista de personal de Supervisores y Enlaces Comunitarios de PROSOLI durante el periodo de la evaluación fue proporcionada por PROSOLI a través de su red de Supervisores de Enlace. Se invitaron a más personas que fueron contactadas a través de los contactos de los Implementadores regionales del PMA, para aumentar la participación de personas desvinculadas con el programa, pero con experiencia durante el periodo de esta evaluación (2014-2020). Esta herramienta contribuyó a responder a las preguntas de evaluación 4, 5, 6, 7 y 11. La metodología se consideró apta como herramienta de evaluación en remoto en el caso de que hubiera restricciones de movilidad debido a la pandemia de la COVID-19.

**Encuesta digital:** En coordinación con el SNS, se realizó una encuesta dirigida al personal de salud de las UNAP entre el 27 de julio y 10 de agosto 2021. La SNS difundió el enlace a la encuesta virtual a través de su sistema de comunicación interno con las regiones para divulgación a las UNAP para acceder a un máximo de personal sanitario. La encuesta utilizó la cuenta de Survey Monkey de KonTerra a los que solo tuvieron acceso 3 miembros del equipo KonTerra. La encuesta respetó protocolos de confidencialidad y la participación fue de carácter voluntario. Esta herramienta contribuyó a responder a las preguntas de evaluación 5, 6, y 11 y 12.

### **Mapeo de las localidades a visitar y selección de personas a entrevistar**

Se visitaron las siguientes localidades durante las visitas de campo.



1. Gran Santo Domingo - La Herrera
2. Región Sur Central - San José de Ocoa
3. Región Sur Central - San Cristóbal
4. Región Sur Este - Cayacoa
5. Región Sur Este - Alejandro Bass
6. Región Frontera Sur (Barahona)

Región Frontera Sur - Azua

7. Región Frontera Sur – Jimaní

Las localidades fueron seleccionadas para captar las diferencias entre espacios rurales y urbanos y por otro entender el desarrollo del proyecto en los espacios socioeconómicos más vulnerables y dentro de las regiones seleccionadas en las zonas más deprimidas. Se seleccionaron igualmente zonas con acceso limitado a servicios de salud (como Frontera Sur) en contraste con zonas más accesibles (Santo Domingo). La muestra es de carácter de muestreo deliberado, y no muestreo representativo. El equipo de evaluación busca acercarse a las localidades de donde provienen los beneficiarios y las beneficiarias del programa al igual que a las estructuras territoriales que permiten que las actividades se lleven a cabo. La observación directa permite una mejor comprensión del contexto operacional. Esta herramienta contribuye a responder a las preguntas de evaluación 4 y 5.

## ANÁLISIS DE DATOS

La recopilación de datos cuantitativos y cualitativos se ha documentado para análisis a través de una metodología de **triangulación** para validar y analizar los hallazgos en cuanto a:

- Triangulación de fuentes: comparar la información de diferentes grupos
- Triangulación de métodos: comparar la información recolectada por diferentes metodologías
- Triangulación de investigadores: implica la participación de múltiples evaluadores para los mismos temas de evaluación.

El EE ha designado una valoración de la fortaleza de la evidencia obtenida durante la fase de recopilación de datos para el análisis de hallazgos y conclusiones presentados en el informe final.

## Anexo 4. Matriz de evaluación

I PERTINENCIA					
¿En qué medida el componente de nutrición responde a las necesidades de la población?					
#	Sub-preguntas	Indicadores	Métodos recolección datos	Fuentes de datos e información	Métodos análisis y triangulación de datos
1	¿Los objetivos y el diseño de la intervención responden a las necesidades de la población meta?	<p>1.1 Consistencia del diseño y la lógica de la intervención.</p> <p>1.2 La vigilancia nutricional en la República Dominicana informa el diseño del Componente de Nutrición.</p> <p>1.3 El diseño de la intervención incorpora un análisis de vulnerabilidades, incluido un análisis de Igualdad de Género, inclusión y derechos humanos, y prioriza los grupos más necesitados en el país.</p>	<p>1.1 Revisión de informes.</p> <p>1.2 Revisión documental.</p> <p>1.3 Entrevistas cualitativas semiestructuradas con personal de PROSOLI, SNS y PMA.</p>	<p>1.1 Documentos de proyecto.</p> <p>1.1 Teoría del cambio del componente.</p> <p>1.1 Documentos de estrategia del PMA</p>	<p>Triangulación de información primaria y secundaria disponible con resultados de observación, trabajo de campo, entrevistas, grupos focales y datos recopilados.</p>
II COHERENCIA					
¿En qué medida el componente de nutrición es coherente respecto a las políticas y prioridades nacionales y globales?					
2	¿Las actuaciones nutricionales están alineadas con las prioridades nacionales y con políticas internacionales, incluidas con las prioridades programáticas del PMA y de otros socios?	<p>2.1 Las actuaciones del Componente de Nutrición están alineadas con las políticas e intervenciones del Gobierno, los socios y otros actores relevantes.</p> <p>2.2 Grado de complementariedad, armonización y coordinación con otros agentes que intervienen en materia nutricional y sectores asociados (i.e. protección social y enfoque de igualdad de género, inclusión y derechos humanos).</p> <p>2.3 El apoyo del PMA a la actividad nutricional articulada de PROSOLI y SNS es consistente con las prioridades programáticas del PMA en el país y a nivel global.</p>	<p>2.1, 2.2 y 2.3 Revisión documental.</p> <p>2.1, 2.2 y 2.3 Entrevistas cualitativas semiestructuradas con informadores clave de Ministerio de Salud, SNS, PROSOLI, representantes de las NNUU, y personal del PMA.</p>	<p>2.1 Políticas, estrategias y normas nacionales de nutrición, salud pública y bienestar social.</p> <p>2.2 Políticas y normas internacionales de nutrición, salud pública y bienestar social.</p> <p>2.3 Estrategia Nacional de desarrollo y ODS 2 y 17 de la agenda 2030 y hoja de ruta del ODS2</p>	<p>Triangulación de información primaria y secundaria disponible con resultados de observación, trabajo de campo y datos recopilados.</p>

				2.4 Políticas y estrategias de nutrición y de país del PMA y NNUU.	
<b>III EFICACIA</b>					
<b>¿En qué medida la intervención nutricional ha alcanzado los objetivos y resultados esperados?</b>					
3	¿La distribución de los micronutrientes en polvo y alimento complementario fortificado se produjo de forma adecuada y consideró además las necesidades de la población más vulnerables, en particular las diferencias de género, socioeconómicas y por grupos etarios?	<p>3.1 Número de Personas beneficiadas alcanzadas por modalidad, perfil socioeconómico, género, comparado a lo planificado.</p> <p>3.2 Evidencia de una cobertura del programa suficiente y acorde con la problemática a nivel país.</p> <p>3.3 Frecuencia de distribuciones de micronutrientes en polvo (MNP chispita) y alimento fortificado (Progresina) comparado a lo planificado.</p> <p>3.4 Toneladas métricas/unidades de alimento distribuidos a las UNAP cómo % de lo planificado, por tipo de alimento recibido (Chispitas Solidarias, Progresina), procedencia de proceso de compra y almacenamiento adecuados de los MNP y alimento fortificado.</p> <p>3.5 Evidencia de procesos de entrega de alimentos dignificados y sin barreras de acceso para todos las personas beneficiarias, enfoque de género, inclusión y derechos humanos, en línea con estándares de AAP del IASC y de la política de protección del PMA.</p>	<p>3.1 Revisión documental de monitores.</p> <p>3.2 Entrevistas cualitativas.</p> <p>3.3 Observación durante trabajo de campo.</p>	<p>3.1 Registros de distribución.</p> <p>3.2 Formularios de visita a UNAP elaborados por el PMA.</p> <p>3.3 Waybills de despacho de MNP del PMA</p> <p>3.4 Registros de distribución de Chispitas Solidarias, Progresina embarazadas, Progresina adultos en UNAP</p> <p>3.5 Informes mensuales de sistema logística y consolidados anuales</p> <p>3.6 Informes de desempeño financiero.</p> <p>3.7 Política de Protección del PMA</p>	Triangulación de información primaria y secundaria disponible con resultados de observación, trabajo de campo y datos recopilados.
4	¿En qué medida la población meta prepara y consume adecuadamente los micronutrientes en polvo (MNP,	<p>4.1 Proporción de hogares que preparan adecuadamente el alimento fortificado recibido.</p> <p>4.2 Proporción de hogares que reportan consumo por tipo de alimento.</p>	<p>4.1 y 4.2 Revisión documental del monitoreo.</p> <p>4.1 Taller/Entrevistas cualitativas con personal de PROSOLI (enlaces y supervisores)</p>	<p>4.1. Informes trimestrales de monitoreo y reportes de visitas domiciliarias</p> <p>4.2 Enlaces familiares de PROSOLI Encuestas de hogar de PROSOLI (cada 6</p>	Triangulación de información primaria y secundaria disponible con resultados de observación, trabajo de campo y datos recopilados.

	Chispita) y el alimento complementario fortificado (ACF, Progresina)?		4.1 Entrevistas cualitativas y visitas de hogares beneficiarios.	meses según el plan de monitoreo en los TDR) <ul style="list-style-type: none"> <li>4.3 Entrevistas cualitativas a familias</li> </ul>	
5	¿El programa está generando los cambios en hábitos, prácticas y comportamientos necesarios de los actores intermediarios y de los grupos beneficiarios finales?	<p>5.1 Evidencia de la calidad de las estrategias y actividades de consejería nutricional en los centros de salud y en otros ámbitos relevantes. (Incluyendo elementos de enfoque de género e inclusión).</p> <p>5.2 Número de padres y madres, mujeres embarazadas y madres lactantes, envejecientes capacitados sobre la preparación y el suministro adecuado de alimentos recibidos. (revisión de documentos y taller)</p> <p>5.3 Número de actividades de capacitación realizadas con el personal de salud.</p> <p>5.4 Proporción de personal de salud, PROSOLI y partes interesadas que manifiestan haber incrementado sus conocimientos en materia nutricional y mejorado la aplicación de protocolos (vigilancia nutricional, Normas Técnicas, Inclusión de percepción de roles de género en el ámbito familiar y la nutrición si identificados en los manuales de capacitación y/o sensibilización)</p> <p>5.5 Percepción de los hogares participantes respecto a la incorporación de nuevos hábitos asociados a la nutrición.</p>	<p>5.1 Revisión de material de difusión.</p> <p>5.1 Taller/Entrevistas cualitativas con personal de PROSOLI (enlaces y supervisores)- Visitas de UNAP</p> <p>5.2 Revisión de sistemas de monitoreo.</p> <p>5.2 Informes diagnósticos, de diseño, y de monitoreo.</p> <p>5.3 Entrevistas cualitativas con Oficiales de programa del PMA, personal de salud y personal de PROSOLI</p> <p>5.4 Encuesta a médicos de UNAP participantes.</p> <p>5.4 Taller/Entrevistas cualitativas con personal de PROSOLI (enlaces y supervisores).</p> <p>5.5 Grupos focales. Visitas a hogares de familias beneficiadas.</p>	<p>5.1 Revisión de informes y materiales de campañas realizadas.</p> <p>5.2 Informes diagnósticos</p> <p>5.2 Informes de resultados de la encuesta.</p> <p>5.1, 5.2, 5.3 Informes de monitoreo del PMA</p> <p>Informes de monitoreo de PROSOLI.</p> <p>5.3 y 5.4 Entrevistas cualitativas.</p> <p>5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5 Evaluaciones intermedias.</p> <p>5.3 Listados de participantes de los talleres realizados.</p> <p>Resultados de la encuesta. Hogares participantes.</p> <p>Observación.</p>	Triangulación de información primaria y secundaria disponible con resultados de observación, trabajo de campo y datos recopilados.
6	¿Son adecuados y efectivos los procesos de capacitación y	6.1 Número de capacitaciones realizadas en el marco del programa.	Revisión de material de capacitación	Listados de participantes en los talleres realizados. Resultados de encuesta	Triangulación de información primaria y secundaria disponible

	asistencia técnica del PMA y el resto de los actores?	6.2 Calidad de los contenidos y de los planes de capacitación y asistencia técnica implementados. 6.3 Percepción de los participantes respecto a las capacitaciones.	Entrevistas cualitativas con personal de salud pública, de OSC y de NNUU Taller/Entrevistas cualitativas con personal de PROSOLI (enlaces y supervisores) Encuesta a médicos de UNAP participantes.		con resultados de observación, trabajo de campo y datos recopilados.
<b>IV EFICIENCIA</b>					
<b>¿En qué medida la intervención nutricional se ha desarrollado de forma eficiente y oportuna?</b>					
7	¿En qué medida la coordinación y el protocolo de actuación de PROSOLI, del Servicio Nacional de Salud y el acompañamiento del PMA han sido eficientes?	7.1 Coordinación adecuada a nivel nacional entre PROSOLI, PMA y SNS. 7.2 Coordinación a nivel regional entre PROSOLI, SNS y los distintos actores implementadores del Componente de Nutrición. 7.3 Existencia y grado de aplicación de protocolos (incluyendo protocolos de igualdad de género, inclusión y derechos humanos). •	7.1 Análisis de marcos de cooperación y cartas de entendimiento 7.2 Taller/Entrevistas cualitativas con personal de PROSOLI (enlaces y supervisores) 7.3 Análisis de protocolos.	7.1 Marcos de cooperación entre PMA – SNS y PROSOLI	Triangulación de información primaria y secundaria disponible con resultados de observación, trabajo de campo y datos recopilados.
8	¿La supervisión, monitoreo y sistema de registros de PROSOLI, SNS y PMA está reportando la información necesaria para tomar decisiones sobre la implementación	8.1 Existencia de planes de monitoreo con un diseño adecuado a las necesidades del programa. 8.2 Grado de aplicación de los planes de monitoreo: número de informes producidos en relación con los esperados, número de visitas de supervisión. 8.3 Calidad de la información recolectada (incluyendo desagregación por sexo). 8.4 Grado de utilización de los sistemas de monitoreo del PMA, y PROSOLI en las decisiones operativas y programáticas.	8.1 y 8.2 Revisión de sistemas de monitoreo y de vigilancia nutricional generados por PROSOLI, SNS y PMA 8.4 y 8.5 Entrevistas cualitativas semi estructuradas con “decisión-makers” en PROSOLI, SNS y PMA	8.3 y 8.5 Personal “decisión-makers” en PROSOLI, SNS y PMA	Triangulación de información primaria y secundaria disponible con resultados de observación, trabajo de campo y datos recopilados.

	y ajustes el programa?	8.5 Grado de utilización de la vigilancia nutricional para la prevención de deficiencias nutricionales. 8.6 Identificación de barreras de acceso, inclusión y derechos humanos			
9	¿Cuál ha sido la relación coste/beneficio del Componente de Nutrición a lo largo del periodo evaluado?	9.1 Coste por beneficiario de la intervención por año y estrategia y evolución entre los años 2014 y 2020. 9.2. Proporción de gastos de personal y de soporte en relación con los gastos de los insumos distribuidos. 9.3. Grado de utilización de los recursos. 9.4. Percepción de las partes interesadas sobre la proporcionalidad de los recursos invertidos sobre los resultados obtenidos.	9.1 a 9.3 Revisión de sistemas de monitoreo e información financiera.  9.4 Entrevistas cualitativas semi estructuradas con “decisión-makers” en PROSOLI, SNS y PMA, así como en partes interesadas externas	Personal PMA y “decisión-makers” en PROSOLI, SNS y PMA	Triangulación de información primaria y secundaria disponible con resultados de observación, trabajo de campo y datos recopilados.
<b>V IMPACTO</b>					
<b>¿En qué medida la implementación del Componente de Nutrición ha generado efectos significativos, positivos o negativos, intencionados o no?</b>					
10	¿En qué medida el componente de nutrición del programa está influyendo en la disminución de la desnutrición de los grupos participantes?	10.1 Evidencia de la mejora de la situación nutricional en grupos meta con vulnerabilidad nutricional. 10.2 Evidencia de la mejora en la desnutrición crónica, la obesidad y la carencia de micronutrientes.	10.1 Análisis de informes de vigilancia nutricional por grupos meta: niñas y niños de 0-23 meses, de 24 a 59 meses, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia y adultos mayores.  10.2 Entrevistas con personal nutricional en las agencias del gobierno y las NNUU  9.3. Caso estudio/entrevistas cualitativas realizadas	Reportes de vigilancia y estudios nutricionales disponibles. Estudios de líneas de base de componente de nutrición. Evaluación de impacto 2019 del PMA. Informes FAO y otros actores relevantes.  Personal de nutrición de las agencias del gobierno y las NNUU	Triangulación de información primaria y secundaria disponible con resultados de observación, trabajo de campo y datos recopilados.

			durante el trabajo de campo.		
11	¿Qué otros efectos positivos y/o negativos se están produciendo en la población meta, las comunidades y las instituciones que son parte de la política pública de protección social?	11.1 Evidencia de efectos de alcance más amplio, positivos o negativos, intencionales o no, incluyendo elementos de género, inclusión y derechos humanos.	11.1 y 11.2 Entrevistas cualitativas con personal de PROSOLI, Mds, PMA, NNUU y SIUBEN 11.2 y 11.2 Entrevistas con académicos 11.1 Encuesta a médicos de las UNAP 11.1 Taller/entrevistas cualitativas con personal de PROSOLI (enlaces y supervisores) Revisión documental	Estudios y evaluaciones intermediarios previos. Informes FAO y otros actores relevantes.	
<b>VI SOSTENIBILIDAD</b>					
<b>¿En qué medida los beneficios de la intervención continúan, o es probable que continúen, bajo un enfoque de apropiación gubernamental?</b>					
12	¿Cuáles son los factores clave que influyen en la transferencia y sostenibilidad de las actuaciones?	12.1 Integración de elementos de la intervención nutricional en los sistemas y en los servicios de atención primaria. 12.2 Niveles de apropiación organizacional y fortalecimiento de cada una de las distintas administraciones involucradas son los adecuados para la institucionalización de las actuaciones nutricionales. 12.3 Otras evidencias de cambios institucionales/sistémicos favorables al mantenimiento de los componentes de salud nutricional y de sus beneficios netos a nivel nacional, incluyendo aspectos de género, inclusión y derechos humanos.	12.1, 12.2 y 12.3 Entrevistas cualitativas con personal de PROSOLI, Ministerio de Salud, PMA, NNUU y SIUBEN 12.1 Encuesta a médicos de las UNAP		Triangulación de información primaria y secundaria disponible con resultados de observación, trabajo de campo y datos recopilados.

# Anexo 5. Herramientas de recopilación de datos

1. Entrevistas cualitativas semidirigidas con personal directivo de agencias del gobierno y de las SNU
2. Entrevistas cualitativas semidirigidas con personal técnico de nutrición
3. Entrevistas con el personal en los territorios (UNAP, PROSOLI, PMA)
4. Visitas a hogar de personas que se han beneficiado de las actividades nutricionales del programa PROSOLI (entre 2014-2020)
5. Grupos focales virtuales con personal de PROSOLI (voluntarios y enlaces de familia y supervisores de enlaces)
6. Encuesta conjunta a personal de salud de UNAP sobre Componente de Nutrición

## 1. Entrevistas con personal directivo (cargos entre 2014- 2020) de agencias de gobierno y de las SNU

*Según los protocolos contra la COVID-19 en vigor, las entrevistas se pueden hacer presenciales o virtuales.*

### Diseño

1. ¿Cuál ha sido su función con respecto a las actividades del Componente de Nutrición y Alimentación Saludable del Programa PROSOLI desde 2014?
2. ¿Cómo valora el diseño de este Componente de Nutrición?
3. ¿Cómo están alineadas las actividades nutricionales de este programa con las prioridades nacionales?
4. ¿Cómo están alineadas las actividades nutricionales de este programa con las prioridades de [nombrar agencia]?
5. ¿En su opinión, como se sabe si el programa prioriza los grupos más vulnerables del país? ¿Qué grupos quedan excluidos y por qué? (indague en particular temas de género, inclusión y protección)
6. ¿Cómo complementa este programa las actividades de otros agentes que intervienen en la seguridad nutricional? ¿Qué otros agentes intervienen?

### Implementación

7. ¿Cómo valora la implementación de este programa por los tres actores principales (PROSOLI, PMA, SNS)?
8. ¿Qué mejoras se han introducido durante la implementación y que mejoras faltarían por poner en práctica? ¿Hay ejemplos de tomas de decisiones para mejorar los programas en base a la vigilancia nutricional en el país? (indague en particular en aspectos de género, inclusión y protección)
9. ¿Cuáles han sido los retos más destacados en la implementación y cómo se han abordado buscar soluciones?
10. ¿Cuál ha sido el valor añadido del rol del PMA en este programa? ¿Y el de su agencia (SNS/PROSOLI)?

### Estrategia futura

11. ¿En su opinión como se puede ver el impacto de este programa - hay evidencia de la mejora en la desnutrición crónica, la obesidad y la carencia de micronutrientes?
12. ¿Hasta qué punto se han integrado los elementos de la intervención en los sistemas y servicios de atención primaria para asegurar la sostenibilidad?
13. ¿En su opinión, cómo se puede conseguir el mantenimiento de los componentes de salud nutricional y de sus beneficios netos a nivel nacional? (CONAVIHSIDA, CONAPE, CONADIS, INAIPI, CONANI, otro).

## **2. Entrevistas con técnicos de nutrición (PMA, UNICEF, Ministerio de Salud Pública, SNS, otros)**

*Según los protocolos contra la COVID-19 en vigor, las entrevistas se pueden hacer presenciales o virtuales.*

1. ¿Cuáles son las prioridades en cuanto a la prevención y control de los diferentes tipos de desnutrición en el país? ¿Cuáles son las poblaciones priorizadas? ¿Cuáles son los logros y los retos?
2. ¿Qué colaboraciones existen entre los técnicos de nutrición de diferentes entidades en el país para prevenir y controlar los diferentes tipos de desnutrición? ¿Cómo se complementan sus actividades?
3. ¿Cómo valora el diseño de las actividades del Componente de Nutrición y Alimentación Saludable del Programa PROSOLI? ¿Cómo se podría mejorar? ¿Existen efectos negativos sobre la población atendida?
4. ¿Cómo están alineadas las actividades nutricionales de este programa con las prioridades nacionales y los protocolos y normas internacionales? (indague en particular en aspectos de género, inclusión y protección)
5. ¿En su opinión, como se sabe si el programa prioriza los grupos más vulnerables del país? ¿Qué grupos quedan excluidos y como podrían ser incluidos para mejorar la cobertura? (indague en particular en aspectos de género, inclusión y protección)
6. ¿Cómo valora los sistemas de vigilancia nutricional que existen en este momento en el país y cómo se pueden mejorar?
7. ¿Hay ejemplos de tomas de decisiones para mejorar los programas en base a la vigilancia nutricional en el país?
8. ¿Cuál es el valor añadido del PMA en el ámbito de la nutrición? (rol hasta ahora en alimentación complementaria y capacitación, estudios, y rol futuro)
9. ¿En su opinión, en qué medida el componente de nutrición del programa está influyendo en la disminución de la desnutrición de los grupos participantes - hay evidencia de la mejora en la desnutrición crónica, la obesidad y la carencia de micronutrientes?
10. ¿Cómo se lograría la integración de las actividades de prevención y control de desnutrición de manera sostenible?

## **3. Entrevistas con el personal en los territorios (UNAP, PROSOLI, PMA)**

1. ¿Cuál ha sido su función con respecto a las actividades del Componente de Nutrición y Alimentación Saludable del Programa PROSOLI desde 2014?
2. ¿Cómo valora el diseño de este Componente de Nutrición?
3. ¿Qué mejoras propondría?
4. ¿Cómo se coordinan a nivel territorial las distintas instituciones?; ¿Cómo funciona el sistema de seguimiento de este componente de nutrición en su institución?

5. ¿Cuáles son los retos que ha vivido durante la implementación y cómo se han solucionado?
6. ¿El programa prioriza los grupos más vulnerables del país? ¿Qué grupos quedan excluidos y cómo se podrían incluir? (indague en particular en aspectos de género, inclusión y protección)
7. ¿Cuáles son los efectos de los productos nutricionales (Chispitas Solidarias y Progresina) en las poblaciones atendidas? ¿Existen efectos negativos en el suministro de estos productos?
8. ¿Cuáles son los efectos del sistema de referencia a las UNAP en los hábitos y las prácticas de las poblaciones atendidas? ¿Existen efectos negativos?
9. ¿Cómo valora su participación en las actividades de capacitación en temas de nutrición por parte del PMA? ¿Cómo le ha ayudado en su trabajo? (indague en aspectos de género, inclusión y protección)
10. ¿Cómo se puede lograr la sostenibilidad de los logros hasta ahora?

#### 4. Visitas de hogar con personas que se han beneficiado de las actividades nutricionales del programa PROSOLI (entre 2014-2020)

##### Consentimiento:

*Usted y su familia han sido seleccionadas para una entrevista con el equipo de evaluación del **Componente de Nutrición y Alimentación Saludable del Programa PROSOLI**. Un Equipo de Evaluación Externo ha sido contratado para identificar los logros, los retos y las mejoras de este programa. Están entrevistándose con familias, médicos de las UNAP, oficiales de PROSOLI, y funcionarios de las administraciones para poder escuchar los varios puntos de vista. Su experiencia y opinión es de gran valor para esta evaluación.*

*Su participación en esta entrevista **es completamente voluntaria** y no afectará de ninguna manera las asistencias que recibe su familia.*

*Nos interesa hablar con:*

1. *La mujer en esta familia que ha sido referida a la UNAP para **SU** atención nutricional (vigilancia nutricional y alimentación complementaria)*
2. *La persona en esta familia que se ha encargado de llevar a la niña/niño/niños y/o adultos mayores referidos a la UNAP para la atención nutricional de los niños.*

*¿Consiente a ser entrevistado/entrevistada? SI ..... NO .....*

*¿Le gustaría tener a su pareja presente durante la entrevista? SI ..... NO .....*

##### **SECCION 1.**

1. ¿Quién en su familia se benefició del programa de PROSOLI? (puede haber más de una respuesta)
  - Niña 6-23 meses
  - Niño 6-23 meses x 11 meses
  - Niña 2 a 5 años
  - Niño 2 a 5 años x 4 años
  - Otra niña, especifique edad
  - Otro niño, especifique edad
  - Adolescente embarazada menor de 18 años
  - Mujer embarazada 18+ años
  - Mujer 65+ años

- Hombre 65+ años
  - Otro, especifique \_\_\_\_\_
2. ¿Ha recibido visitas a domicilio de representantes de alguna de estas instituciones relacionadas al componente de nutrición de Solidaridad? (quién)
    - PROSOLI – Enlace / Supervisor de participantes
    - PMA – Monitor / implementador
    - SNS – promotor de salud
    - Otro, especifique \_\_\_\_\_
  3. ¿Qué temas se hablaron durante las visitas (especificar de qué institución se habla ? (indagar capacitación / demostración en el hogar preparación de Progresina y uso de chispitas); invitación a actividades de sensibilización en grupo, temas de género, inclusión y protección, corresponsabilidad?
  4. ¿Cuántas veces tuvo control (*mencionar la(s) persona(s) beneficiada(s) asegurarse de que persona beneficiada sabe de quien se está hablando*) nutricional en la UNAP designada?
  5. A cuál la CPN/UNAP ha ido (*indagar si más de una*).
  6. A qué distancia le queda? ¿usa o necesita transporte para ir o si tiene necesidades especiales para llegar, la lleva alguien?.
  7. ¿En las visitas a la UNAP en general la atendió?
    - el / la médico/a
    - el / la enfermero/a
    - otro agente sanitario, especifique
    - no me acuerdo
  8. Cómo es el proceso desde que sabe que tiene que acudir sale de su casa al CPN/UNAP hasta que regresa. ¿Qué es lo que más le gustó de las visitas a la UNAP y por qué?
  9. ¿Qué es lo que menos le gustó de las visitas a la UNAP y por qué?
  10. ¿Qué se acuerda de los consejos nutricionales que le dieron?
  11. ¿De qué forma prepara las Chispitas Solidarias / Progresina? (detalles, agua, recipiente)
  12. ¿Qué es lo que más le gustó de su uso (fácil y difícil)?
  13. ¿Qué es lo que más / menos le gustó sabor? La compraría si la vendieran en el colmado.
  14. ¿Qué es lo que más le gustó de las visitas a domicilio de los agentes de enlace comunitario de PROSOLI?
  15. ¿Qué es lo que menos le gustó de las visitas a domicilio de los agentes de enlace comunitario de PROSOLI? ¿Qué le gustaría que se agregara.
  16. ¿Cómo valoraría la facilidad con la que pudo participar en el programa de nutrición de PROSOLI? – Encontró dificultades -
  17. ¿Cómo valoraría la utilidad del programa para mejorar la nutrición de su familia?
    - Nada útil
    - Poco útil
    - Bastante útil
    - Muy útil
    - No lo sé

18. ¿Qué más le ayudaría a usted y a su familia asegurar una buena nutrición? (recetas, dinero, facilidad de compra, otros suplementos)

**MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN.**

**5. Grupos focales virtuales con personal de PROSOLI por whatsapp  
(voluntarios y enlaces de familia y supervisores de enlaces)**

Las reuniones de grupo focal buscarán las contribuciones de todos los participantes. Se buscará la participación de mujeres y de hombres para un mejor análisis de las contribuciones por género, zona geográfica y tiempo en el programa.

**Duración de las reuniones:** aproximadamente 90 minutos

Preguntas semidirigidas después de abrir la reunión pidiendo a cada participante que comparta como fue la experiencia de su primera visita de hogar en el marco de este programa.

8. ¿La población meta prepara y consume adecuadamente los micronutrientes en polvo (MNP, Chispita) y el alimento complementario fortificado (ACF, Progresina)? ¿Cómo lo saben?
9. ¿Cómo valoran el componente de fortalecimiento de capacidades del programa – las capacitaciones del PMA? (utilidad para la aplicación al trabajo; facilidad de absorción de conocimientos nuevos, oportunidad de tener respuestas a dudas y apoyo en temas de nutrición, género, inclusión y protección);
10. ¿Cómo ha sido la coordinación con las UNAP y el PMA para este programa? ¿Qué actividades han hecho conjuntamente? ¿Han hecho visitas de seguimiento a las personas beneficiadas con los agentes de salud de la UNAP?
11. ¿Qué efectos positivos y/o negativos del programa han visto y como han superado los retos?
12. ¿Desde su punto de vista, como se podría mejorar el componente de nutrición del programa?

### 3. Encuesta conjunta a personal de salud de UNAP sobre Componente de Nutrición

#### Bienvenido a la Encuesta conjunta a personal de salud de UNAP

La presente encuesta está dirigida al **personal sanitario médicos de las UNAP** que han participado en el Componente de Nutrición del programa *Progresando con Solidaridad* implementado por el *Servicio Nacional de Salud con el apoyo del Programa Mundial de Alimentos*, enmarcados en el acuerdo interinstitucional entre el PMA y la Vicepresidencia, y entre el SNS y la Vicepresidencia.

La encuesta le llega a través de la coordinación del SNS, pero las respuestas serán recibidas y analizadas únicamente por el Equipo Externo de Evaluación, *KonTerra*. El propósito único de contribuir a la evaluación del Componente de Nutrición.

La encuesta consta de **38** preguntas y se estima que tardara **entre 10 y 15 minutos** para completarla. Para enviar llene todos los campos y haga click en el botón fin, este vínculo estará habilitado hasta **el 10 de agosto del 2021**.

#### CONSENTIMIENTO

La participación en esta encuesta *es voluntaria*.

Las respuestas individuales serán *anónimas* y **confidenciales**. Las personas que participan no pueden ser identificadas.

Gracias por participar en nuestra encuesta.

Sus comentarios son importantes.

---

#### SECCION I. INFORMACIÓN GENERAL

1. ¿Es usted?
  - Mujer
  - Hombre
  
2. ¿Cuál es su cargo profesional?
  - Médico/a
  - Médico/a pasante
  - Médico/a asistente
  - Enfermero/a
  - Auxiliar de salud
  - Promotor/a de salud
  - Otro: especifique
  
3. ¿Cuántos años de experiencia laboral tiene en ese cargo profesional?
  - Menos de 5 años
  - Entre 5 y 9 años y 11 meses
  - Entre 10 y 20 años
  - Más de 20 años
  
4. ¿Tiene experiencia directa trabajando con el Componente de Nutrición (Chispitas y Progresina) y Alimentación Saludable del Programa PROSOLI que se implementa a través de las UNAP del SNS?
  - Si
  - No
  - No lo sé

*Si ha respondido NO, le agradecemos su participación. Ha acabado la encuesta.*

---

#### SECCION 2. PREVENCIÓN Y CONTROL DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA, OBESIDAD Y DEFICIENCIAS DE MICRONUTRIENTES

5. ¿Qué tipos de desnutrición ha detectado usted en las personas que asisten a la UNAP beneficiarias por el programa PROSOLI? (marque todas las respuestas que correspondan) *(marque todas las respuestas que correspondan)*
- Anemia
  - Deficiencia de otros micronutrientes (excluyendo hierro)
  - Retraso de crecimiento en niñas/niños entre 6 y 23 meses
  - Retraso de crecimiento en niñas/niños entre 2 y 5 años
  - Sobrepeso
  - Obesidad
  - Otro: especifique por favor
  - Ninguna de las anteriores
6. ¿Cuáles de los siguientes suplementos de micronutrientes ha entregado usted en las personas que asisten a la UNAP beneficiarias por el programa PROSOLI? *(marque todas las respuestas que correspondan)*
- Hierro
  - Acido fólico
  - Calcio
  - Vitamina A
  - Vitamina D
  - Otro: especifique por favor
  - Ninguna de las anteriores
7. ¿Cuáles de los siguientes productos nutricionales ha entregado usted en las personas que asisten a la UNAP beneficiarias por el programa PROSOLI? *(marque todas las respuestas que correspondan)*
- Chispitas Solidarias
  - Alimento Complementario Fortificado (Progresina)
  - Plumpy-nut
  - Otro: especifique por favor
  - Ninguna de las anteriores
8. ¿Cuáles de las siguientes actividades nutricionales forman parte de su trabajo cuando atiende a las personas beneficiarias del programa PROSOLI ? *(marque todas las respuestas que correspondan)*
- Control crecimiento del niño/niña menor de 5 años
  - Control índice masa corporal adultos
  - Control peso embarazadas
  - Consejería sobre la lactancia materna
  - Consejería sobre la alimentación complementaria del niño/niña menor de 2 años
  - Consejería sobre la alimentación para bajar de peso
  - Otro: especifique por favor
  - Ninguna de las anteriores

### **SECCIÓN 3. DISEÑO DEL PROGRAMA**

---

9. ¿A qué personas entrega, o ha entregado en el pasado, en la UNAP las Chispitas Solidarias?
- Solo a personas con tarjeta solidaridad (tarjeta de PROSOLI ahora SUPERATE)
  - A todas las personas que identifico que lo requiere según los criterios nutricionales o sociales, incluso si no tienen tarjeta solidaridad.
  - Otros criterios: especifique por favor.
10. ¿A qué personas entrega, o ha entregado en el pasado, en la UNAP alimentación complementaria fortificada (Progresina)?
- Solo a personas con tarjeta solidaridad (tarjeta de PROSOLI ahora SUPERATE)

- A todas las personas que identifico que lo requiere según los criterios nutricionales o sociales, incluso si no tienen tarjeta solidaridad.
  - Otros criterios: especifique por favor.
11. ¿Siempre ha tenido a su disposición en el consultorio Chispitas Solidarias para atender a las personas que asisten a la UNAP beneficiarias del programa PROSOLI?
- Sí, siempre
  - Casi siempre
  - A veces no tenía
  - Nunca he tenido
12. ¿Siempre ha tenido a su disposición en el consultorio alimentación complementaria fortificada (Progresina) para atender a las personas que asisten a la UNAP beneficiarias del programa PROSOLI?
- Sí, siempre
  - Casi siempre
  - A veces no tenía
  - Nunca he tenido
13. ¿Cómo valora **el diseño del programa en cuanto a la posibilidad de hacer un seguimiento nutricional adecuado** de las personas beneficiarias del programa PROSOLI?
- Muy apto
  - Bastante apto
  - Poco apto
  - Nada apto, especifique porque
14. ¿En qué aspecto se podría mejorar el sistema de seguimiento nutricional de las personas beneficiadas del componente de nutrición del programa PROSOLI?
15. ¿Cómo valora **el sistema de referencia de PROSOLI** de las personas beneficiarias hacia las UNAP para el componente de nutrición?
- Muy eficaz
  - Bastante eficaz
  - Poco eficaz
  - Nada eficaz, especifique porque
16. ¿En qué aspecto se podría mejorar el sistema de referencia de personas beneficiarias hacia las UNAP por el programa PROSOLI?

#### **SECCION 4. CAPACITACIÓN NUTRICIONAL POR PARTE DEL PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS**

---

17. ¿Ha recibido información/orientación por parte del PMA para el uso adecuado de los insumos nutricionales (Chispitas Solidarias y/o Progresina)?
- Si
  - No
18. ¿Cómo valora la información y material de orientación impartida por el PMA sobre el uso adecuado de los insumos nutricionales (Chispitas Solidarias y/o Progresina) para llevar a cabo la atención a la persona beneficiaria?
- Muy aptos
  - Bastante aptos
  - Poco aptos
  - Nada aptos, especifique porque

- No aplica, no recibí orientación ni material

19. ¿Ha recibido capacitación por parte del PMA en materia de nutrición y alimentación saludable?

- Si
- No

*Si ha respondido NO, salta a la sección 5*

20. ¿Cómo valora el *contenido de la formación* de nutrición recibida por el PMA?

Rango : 0 Nada útil a 100 muy útil

21. ¿Cómo valora **el incremento en sus conocimientos** en materia nutricional a raíz de las formaciones recibidas por el PMA?

Rango : 0 Ningún incremento a 100 mucho incremento

22. ¿Cómo valora **la mejora en su aplicación de protocolos de vigilancia nutricional** a raíz de las formaciones recibidas por el PMA?

Rango : 0 Ninguna mejora a 100 mucha mejora

23. ¿En qué se puede mejorar *las actividades de capacitación nutricional* para el personal de las UNAP para una mejor aplicación del conocimiento nutricional necesario para el programa PROSOLI?

## SECCIÓN 5. IMPACTOS DEL COMPONENTE DE NUTRICIÓN

---

24. ¿En su opinión, cuál de estos elementos del programa tiene **más éxito**?

- Prevención y control de las deficiencias de micronutrientes en niñas y niños menores de 5 años
- Prevención de la Desnutrición Aguda y Crónica en niños y niñas
- Alimentación Complementaria para la mujer embarazada y en periodo de lactancia
- Alimentación Complementaria para los y las adultos mayores
- Educación Nutricional para el Cambio de Comportamientos en Nutrición.
- Participación Comunitaria y Vigilancia Nutricional.
- Fortalecimiento de capacidades institucionales en nutrición
- No lo sé.

25. ¿En su opinión, cuál de estos elementos del programa tiene **menor éxito**?

- Prevención y control de las deficiencias de micronutrientes en niñas y niños menores de 5 años
- Prevención de la Desnutrición Aguda y Crónica
- Alimentación Complementaria para la mujer embarazada y en periodo de lactancia
- Alimentación Complementaria para los y las adultos mayores
- Educación Nutricional para el Cambio de Comportamientos en Nutrición.
- Participación Comunitaria y Vigilancia Nutricional.
- Fortalecimiento de capacidades institucionales en nutrición

26. ¿Cómo valora **la contribución del componente de Nutrición y Alimentación Saludable** del Programa Prosoli para generar cambios en hábitos, prácticas y comportamientos necesarios en las personas referidas a las UNAP?

Rango: 1 a 5 estrellas

27. ¿Cómo valora **la contribución Chispitas Solidarias** para la Prevención y control de las deficiencias de Micronutrientes en niños y niñas de 6 a 59 meses?

Rango : 0 Nada eficaz a 100 muy eficaz

28. ¿En qué basa su respuesta a la pregunta anterior?
- Observación personal de casos atendidos
  - Estadísticas mensuales de sistemas de vigilancia nutricional de las UNAP
  - Protocolos de nutrición nacionales
  - Información académica
  - No aplica, no tengo experiencia en este tema
  - Otro: especifique por favor
29. ¿Cómo percibe **la aceptación** de las Chispitas Solidarias por parte de las personas beneficiadas?  
Rango: 0 Nada valorada a 100 Muy valorada
30. ¿Cómo valora la contribución del Alimento Complementario Fortificado (Progresina) para la **prevención de la desnutrición (aguda o crónica) en niñas y niños?**  
Rango: 0 Nada eficaz a 100 Muy Eficaz
31. ¿En qué basa su respuesta a la pregunta anterior?
- Observación personal de casos atendidos
  - Estadísticas mensuales de sistemas de vigilancia nutricional de las UNAP
  - Protocolos de nutrición nacionales
  - Información académica
  - No aplica, no tengo experiencia en este tema
  - Otro: especifique por favor
32. ¿Cómo valora la contribución del Alimento Complementario Fortificado (Progresina) para la **prevención de la desnutrición en mujeres embarazadas y en período de lactancia?**  
Rango: 0 Nada eficaz a 100 Muy Eficaz
33. ¿En qué basa su respuesta a la pregunta anterior?
- Observación personal de casos atendidos
  - Estadísticas mensuales de sistemas de vigilancia nutricional de las UNAP
  - Protocolos de nutrición nacionales
  - Información académica
  - Otro: especifique por favor
  - No aplica, no tengo experiencia en este tema
34. ¿Cómo percibe **la aceptación** de la Progresina por parte de las personas beneficiadas?  
Rango: 0 Nada valorada a 100 Muy valorada
35. ¿En su opinión, hay **efectos negativos** que se están produciendo en la población atendida a través del componente de Nutrición y Alimentación Saludable del Programa PROSOLI?
- No
  - No lo sé
  - Sí, especifique por favor
36. ¿En su opinión, se deberían incluir los datos de vigilancia, prevención y tratamiento nutricional que se lleva a cabo en las UNAP en el sistema de información de salud del país?
- Si
  - No
  - No lo sé
37. ¿En qué región sanitaria trabaja actualmente?

38. Si tiene algún comentario u observación adicional sobre su experiencia en la implementación del componente de Nutrición Saludable del Programa PROSOLI en los servicios y sistemas de atención primaria, por favor escriba en esta casilla. **Gracias por su participación en esta encuesta. Valoramos el tiempo que le ha dedicado. El equipo KonTerra analizará sus respuestas.**

## Anexo 6. Agenda del trabajo en el terreno

Del martes 20 de Julio a viernes 6 de agosto

Equipo de Evaluación completo (EE)

Equipo de Evaluación 1 (EE1): Íñigo Torres

Equipo de Evaluación 2 (EE2): Jacqueline Frize

Equipo de Evaluación 3 (EE3): Marsie González

DÍA 0 ENTREVISTAS PRELIMINARES				
Lunes 19 de julio				
Hora	Estado	Interlocutor / Actividad	Lugar / Notas de preparación / herramienta	Equipo de Evaluación responsable
14:30	Confirmado	Llegada de Jacqueline Frize – Vuelo Iberina 6503. Traslado Aeropuerto – Alojamiento	AILA - Alojamiento	EE2
18:00-19:00	Confirmado	Bienvenida	Santo Domingo	EE2 y EE3

DÍA 1				
MARTES 20 de julio				
Hora	Estado	Interlocutor / Actividad	Lugar / Notas de preparación / herramienta	Equipo de Evaluación responsable
09:00-16:30	Confirmado	Reunión Equipo de Evaluación, revisión de agenda y herramientas.		EE2 y EE3
17:00	Confirmado	Viaje y llegada de Equipo Evaluador al país. Traslado Aeropuerto - Hotel	AILA – Alojamiento Santo Domingo	EE1

DÍA 2				
MIÉRCOLES 21 de julio				
Hora	Estado	Interlocutor / Actividad	Lugar / Notas de preparación / herramienta	Equipo de Evaluación responsable
07:30-11:00	Confirmado	Reunión equipo evaluador. Coordinación de actividades, confirmación de citas. Revisión de Documentos	Centro de Operaciones ciudad Santo Domingo	EE
11:30-12:30		Reunión REP PMA	PMA Casa de las Naciones Unidas	EE
12:30-13:30		Almuerzo		
15:00-16:15	Confirmado	Reunión con M&E PMA – Amalia de la Cruz	PMA	EE
16:15-17:00	Confirmado	Reunion Lucila de Ramon -		
16:30-17:45	Confirmado	Reunión con Altagracia Fulcar y Lucila Ramón Programas	PMA	EE

DÍA 3				
JUEVES 22 de julio				
Hora	Estado	Interlocutor / Actividad	Lugar / Notas de preparación / herramienta	Equipo de Evaluación responsable
8:30-9:45	Confirmado	Reunión PROTOCOLAR REP PMA (+SNS, + PROSOLI)	OFICINAS DE SUPERATE	EE
9:45-11:00	Confirmado	Entrevista a personal técnico SNS – Amelia de León	SNS Presentación de trabajo y credenciales a SNS. Av. Leopoldo Navarro. <a href="https://goo.gl/maps/pvSFQTBs9RPxAUAg8">https://goo.gl/maps/pvSFQTBs9RPxAUAg8</a>	EE
13:30-14:00		Traslado – Almuerzo		EE

14:30-15:45	Cancelada	<del>Entrevistas personal técnico SUPÉRATE</del> <del>– Siria Frías</del>	Presentación de trabajo y credenciales a PROSOLI. Av. México. Oficinas Administrativas El Huacal.  <a href="https://goo.gl/maps/mVetxkHMJdhXSGR8Z">https://goo.gl/maps/mVetxkHMJdhXSGR8Z</a>	EE
14:45-16:30	Confirmada	Entrevistas personal técnico SUPÉRATE – Yanuel Cordero - Edgar Santana - Coordinador de enlaces y supervisores comunitarios	SUPERATE	EE
16:45- 18:00	Cancelada	<del>Entrevistas personal técnico SUPÉRATE</del> <del>– Madelen Díaz</del>	SUPERATE	EE

DÍA 4				
Viernes 23 de julio				
Hora	Estado	Interlocutor / Actividad	Lugar / Notas de preparación / herramienta	Equipo de Evaluación responsable
09:00 -09:30	Confirmado	Registro de participantes TALLER EVALUACIÓN	Casa De Las Naciones Unidas.	EE1
09:30 -10:00	Confirmado	Palabras de apertura de taller. SR ROMAIN SIROIS, Representante de PMA en RD e introducción del evento Iñigo Torres & Amalia de la Cruz (09h30-10h00)	Casa De Las Naciones Unidas.	EE1
10:00 -13:00	Confirmado	Taller de fortalecimiento de capacidades evaluativas, PMA, SNS, PROSOLI.	Casa De Las Naciones Unidas.	EE1
13:00-14:00	Confirmado	Almuerzo participantes	Casa De Las Naciones Unidas.	
14:00 -16:00	Propuesta reprogramada para el 28.07	<del>UNICEF – Sara Menendez – Desarrollo Infantil y VIH/SIDA</del> <del>UNICEF – Leticia Mera – Coordinadora desnutrición aguda</del> <del>FAO – Roberto González y Mariela Ortega – Especialista de Nutrición</del>	UNICEF – Casa de las Naciones Unidas	EE2

14:00-14:45		Traslado		EE1 y EE3
14:45-16:15 (simultáneo)	Cancelada	<del>Entrevistas personal técnico SUPÉRATE – Siria Frías</del>	SUPERATE	EE1 Y EE3
16:30-17:30	Cancelada	<del>Entrevistas personal técnico SUPÉRATE – Amauri Rodríguez</del>	SUPERATE	EE1 Y EE3
14:00-17:00	Confirmada	Trabajo Equipo de Evaluación		EE

DÍA 5 Sábado 24 de julio				
Hora	Estado	Interlocutor / Actividad	Lugar / Notas de preparación / herramienta	Equipo de Evaluación responsable
09:30–10:00	Confirmado	<b>SALIDA 1</b> <b>Entrevistas personas beneficiarias</b> Traslado – Zona Industrial de Herrera Oficina Regional SUPERATE	Herrera	EE2 y EE3
	Cancelado	<del>UNAP, Zona Herrera. <b>SaluDom Red de Atención Primaria.</b> Entrevistas a personal médico del centro de salud.</del>	<del>Herrera / Guía de entrevistas. A confirmar con SUPÉRATE</del>	
10:30-13:00	Confirmado	Entrevistas personas beneficiarias.	Herrera / Guía de entrevistas. Apoyo de SUPÉRATE	EE2 y EE3
13:00 – 13:30		Traslado		
13:30 – 14:30		Almuerzo	A determinar	EE2 y EE3
14:30 - 17:00	Confirmado	Reunión equipo de evaluación. Debrief. Validación de preguntas / actualización.	Centro de operaciones	EE

DÍA 6				
Domingo 25 de julio				
Hora	Estado	Interlocutor / Actividad	Lugar / Notas de preparación / herramienta	Equipo de Evaluación responsable
09:00-13:30	Confirmado	Reunión Equipo de Evaluación. Trabajo análisis hallazgos. Bajada de datos y sistematización.	Centro de Operaciones	EE
13:30-14:30		Almuerzo	Centro de Operaciones	
14:30-15:30	Confirmado	Trabajo EE	Centro de Operaciones	EE

DÍA 7				
Lunes 26 de julio				
Hora	Estado	Interlocutor / Actividad	Lugar / Notas de preparación / herramienta	Equipo de Evaluación responsable
7:30-09:30		<b>SALIDA 2 – SUR CENTRAL Región de Salud: Valdesia.. Provincia San José de Ocoa.</b>  Traslado Santo Domingo - San José de Ocoa		EE2 + 3
09:30-11:00	Confirmado	<b>UNAP/CPN (1). Pueblo Abajo. San José de Ocoa.</b>  Entrevista personal médico centro de salud.  Contacto Dr. Francis González 8099019735	San José de Ocoa  / Guía de preguntas entrevistas a personal de salud.	EE2 + EE3
11:00-13:30	Confirmado	Entrevista personas beneficiarias.	San José de Ocoa / SUPERATE y SNS apoyan en identificación de familias beneficiarias / Guía de entrevistas	EE2 + EE3

13:30-14:30	Por identificar	Almuerzo		
14:30-16:30		Traslado Santo Domingo		
17:00-18:00	Confirmado	Reunión Equipo de Evaluación. Debrief		

Simultáneo

09:00-10:30	cancelado	ACNUR – Daniela Bárcenas o Juan Carlos González	Santo Domingo	E1
10h30-12h00	Confirmado	BID - Carolina González Especialista división de protección y salud	Santo Domingo	E1
12:00-13:30		Almuerzo	Santo Domingo	E1
13:30- 15:00	Confirmado	PNUD - Protección Social Sócrates Barinas o Edwin Gómez o Patricia Reyes - Desarrollo Humano Sostenible	Santo Domingo	E1
16:30- 18:00	Confirmado	Entrevista socio IDDI – Director David Luther (persona encargada de nutrición del programa - Director de Salud)	Santo Domingo	E1

DÍA 8				
Martes 27 de julio				
Hora	Estado	Interlocutor / Actividad	Lugar / Notas de preparación / herramienta	Equipo de Evaluación responsable
08:00-9:30		<b>SALIDA 3. Región Este de salud</b> Provincia: San Pedro de Macorís Traslado a San Pedro de Macorís		EE1 + EE3
9:45-11:00	Confirmado	<b>UNAP/CPN (2). Cayacoa</b> Entrevista a personal médico.	Cayacoa <a href="https://goo.gl/maps/QXbmjbCLzPznaTrv9">https://goo.gl/maps/QXbmjbCLzPznaTrv9</a> / SNS identifica/cita personal médico / Guía de entrevista.	EE1
	Confirmado	Entrevista a personas beneficiarias.	Cayacoa / SNS identificó familias beneficiarias a	EE3

			entrevistar / Guía de entrevista	
11:00-11:15		Traslado		
11:15-12:35	Confirmado	Reunión con Directora Regional de SUPÉRATE ZONA ESTE 1. Reunión con Supervisoras de Enlace San Pedro de Macorís de SUPÉRATE.	San Pedro de Macorís	
13:00-14:00		Almuerzo	San Pedro	
14:00-16:30	Confirmado	<b>UNAP/CPN (3). Alejandro Bass.</b> Entrevista a personal médico.	SNS identifica/cita personal médico.	EE2
	Confirmado	Entrevista a personas beneficiarias.	PMA / PROSOLI pre identifican y contactan personas beneficiaria	EE1 + EE3
	Cancelado (pospuesta a lunes 2 de agosto-virtual)	<del>Entrevista ASCALA socio. PMA proporcionará persona de contacto.</del>	PMA Contacto preliminar.	EE3
16:45-18:15		Traslado a centro de operaciones cierre del día.-		

#### Simultáneo

08:30-17:00	Confirmado	Finalización y lanzamiento de encuesta en línea para el personal de salud de las UNAP de SNS en coordinación con equipo técnico SNS. Organización y confirmación participación de grupos focales en remoto		EE2
18:00-20:00	Confirmado	Grupo Focal PROSOLI 1 - Regiones Cibao Central y Cibao Occidental.	Virtual.	EE2 Y EE3

DÍA 9				
Miércoles 28 de julio				
Hora	Estado	Interlocutor / Actividad	Lugar / Notas de preparación / herramienta	Equipo de Evaluación responsable

09:00-10:30	Confirmado	Gabinete de Políticas Sociales - Técnico de Protección - Van Elder Espinal y Diandra Peña	Oficinas Gubernamentales, Santo Domingo	EE 1
	Confirmado	INAPI - María Castro - Técnico Nacional de Salud	INAPI, Santo Domingo	EE2
10:30-11:00	Confirmado	SUPÉRATE - Madelen Díaz - Encargada de Vinculación	Virtual	EE3
11:00-12:30	Confirmado	CONANI - Nutricionista - Fanny Garrobo	CONANI - Santo Domingo	EE1
	Reprogramado del 23.07	UNICEF - Leticia Mera Ausentes: UNICEF Sara Menendez Desarrollo Infantil FAO - Roberto González FAO - Mariela Ortega Encargada nutrición	Virtual	EE2
12:30-13:30		Almuerzo		
14:00-15:30	Confirmado	Ministerio de Salud Pública - Patricia Grullón	MSP - Santo Domingo	EE2
		INABIE - Dra. Nereida De León, Directora de la Dirección de Alimentación y Nutrición.	Virtual	EE3
15:30-17:00	Confirmado	SIUBEN - Encargado de Targeting Directora de Planificación - Susana Doñé	Virtual	EE1
15:30-20:00	Confirmado	Grupo Focal PROSOLI 2 - Regiones Este y Nordeste.	Virtual	EE2 Y EE3

DÍA 10				
Jueves 29 de julio				
Hora	Estado	Interlocutor / Actividad	Lugar / Notas de preparación / herramienta	Equipo de Evaluación responsable
07:00-10:00	Confirmado	<b><u>SALIDA 4. Región Sur Región de salud El Valle</u></b> Región El Valle. Provincia Azua.		EE1+ EE3

		Traslado Santo Domingo - Azua		
10:00-12:00	Confirmado	<b>UNAP/CPN (4). Azua "Bombita".</b>	Azua / Guía de entrevista	EE1
	Confirmado	Entrevista a personas beneficiarias.	Azua / Guía de entrevista	EE3
12:30-14:30		Traslado - Almuerzo - Traslado <b>Región Enriquillo. Provincia Barahona.</b>	Barahona	
14:30-16:30	Confirmado	<b>UNAP/CPN (5). Clínica Rural La Ciénaga.</b> Entrevista personal médico.	La Ciénaga / SNS contacta UNAP/ Guía de entrevista	EE1
	Confirmado	Entrevistas a personas beneficiarias.	La Ciénaga / Guía de entrevista	EE3
17:30-18:00		Traslado a hotel. Pernocta.		EE1 y EE3

#### Simultáneo

08:30-17:00	Confirmado	Organización y confirmación participación de grupos focales en remoto.	Centro de operaciones	EE2
16:00-18:00	Confirmado	Grupo Focal PROSOLI 3 Regiones El Valle, Enriquillo, Metropolitana, Este, Nordeste, Valdesia.	Virtual	EE2
18:00-20:00	Confirmado	Grupo Focal PROSOLI 4 Regiones El Valle, Enriquillo, Metropolitana, Valdesia.	Virtual.	EE2

DÍA 11				
Viernes 30 de julio				
Hora / Status		Interlocutor / Actividad	Lugar / Notas de preparación / herramienta	Equipo de Evaluación responsable
07.30-09:30	Confirmado	<b><u>SALIDA 5 Zona fronteriza.</u></b> <b><u>Región de salud Enriquillo.</u></b> <b><u>Provincia Independencia.</u></b> Traslado Barahona – Jimaní		
10:00-11:30	Confirmado	<b>UNAP/CPN (6).</b> Viejo Jimaní Entrevistas a personal de salud.	Jimaní Viejo / Guía de entrevista	EE1

	Confirmado	Entrevistas a personas beneficiarias.	Jimaní Viejo / Guía de entrevista	EE3
	Confirmado	Entrevistas a socio: Visión Mundial.	Jimaní / Guía de entrevista	EE1 y EE3
11:30-12:00		Traslado		
12:00-13:00	Confirmado	<b>UNAP/CPN (7)</b> . El Limón Entrevistas a personal de salud.	Jimaní / Guía de entrevista	EE1 y EE3
14:30-17:30		Almuerzo - Traslado - Jimaní - Santo Domingo		EE1 y EE3

#### Simultáneo

08:30-17:00	Confirmado	Recopilación de documentación, lectura y seguimiento grupos focales y encuesta UNAP	Centro de operaciones	EE2
11:00 - 12:45	Confirmado	<p>Reunión Implementadores de Programa PMA:</p> <p>Mireya SEPOYE nutricionista / Implementadora zona Este</p> <p>Alejandrina CORPORAN Implementadora zona Enriquillo</p> <p>Jonathan SANCHEZ – dept programas funciones SO2 Este y Distrito nacional</p> <p>Merari DUARTE - SO2 Implementadora Sur El Valle y Enriquillo (rumbo Azua)</p> <p>Ausentes:</p> <p>Alberto SUAREZ - Implementador zona Cibao Central y Cibao norte</p> <p>Lisa MENDEZ - Implementadora zona Santo Domingo/Valdesia</p>	virtual	EE2

DÍA 12

Sábado 31 de julio

Hora	Estado	Interlocutor / Actividad	Lugar / Notas de preparación / herramienta	Equipo de Evaluación responsable
10:00–16:30	Confirmado	Trabajo de EE preparación conclusiones preliminares. Unificación de resultados.	Centro de operaciones	EE

		Preparación de presentación de restitución de hallazgos		
17:00-18:00	Confirmado	Traslado	Centro de operaciones	EE2
21:40		Salida de Jacqueline Frize (9:40pm vuelo de Jacqueline)		EE2

DÍA 13				
Domingo 01 de agosto				
Hora	Estado	Interlocutor / Actividad	Lugar / Notas de preparación / herramienta	Equipo de Evaluación responsable
10:00-16:30	Confirmado	Unificación de resultados. Preparación de presentación de restitución de hallazgos. (Validación).	Centro de operaciones	EE1

DÍA 14				
Lunes 02 de agosto				
Hora	Estado	Interlocutor / Actividad	Lugar / Notas de preparación / herramienta	Equipo de Evaluación responsable
09:00-10:30	Confirmado	Restitución PMA – PMA REP	PMA	EE1 y EE3 EE2 virtual
10:30-12:00	Confirmado	<b>Presentación Restitución hallazgos</b> <b>Equipo de Evaluación +</b> <b>PMA/PROSOLI/SNS</b>	Virtual (desde PMA)	EE1 y EE3 EE2 virtual
12:00-12:30		Almuerzo		
12:30-13:30	Confirmado	PMA M&E Amalia de la Cruz	PMA	EE1
14:00-15:30	Confirmado	ASCALA (Socio) Hna. María Eugenia	Virtual	EE3
	Confirmado	Restitución Grupo de Referencia	Virtual	EE1
15:30-17:00	Confirmado	Reunión con Miguel Fuentes, Logística PMA	PMA	EE1

DÍA 15				
--------	--	--	--	--

Martes 03 de agosto				
Hora	Estado	Interlocutor / Actividad	Lugar / Notas de preparación / herramienta	Equipo de Evaluación responsable
9:00-10:00	Confirmado	PMA – Administración y finanzas Claudia Espinal y Josefina Mercado	PMA	EE1
10:30-11:00	Confirmado	Cierre de misión Director SNS – Dr. Lama	SNS	EE1
16:00-17:00		Traslado a Aeropuerto		EE1
8:25PM	Confirmado	Salida del Equipo Evaluador AF741		EE1

DÍA 16 Jueves 05 de agosto				
Hora	Estado	Interlocutor / Actividad	Lugar / Notas de preparación / herramienta	Equipo de Evaluación responsable
9:30-11:00	Confirmado	OIM – Miguel Román	Virtual	EE1
15:00-16:00	Confirmado	UNICEF – REP – Rosa Elcarte	Virtual	EE1

Martes 10 de Agosto				
24:00	Confirmado	Cierre encuesta en línea para el personal de salud de las UNAP de la SNS	Virtual	EE2

# Anexo 7. Mapeo de las conclusiones y recomendaciones

Recomendación	Conclusiones	Hallazgos
<p><b>Recomendación 1. Consolidar y fortalecer el Componente de Nutrición del actual programa ALIMÉNTATE de SUPÉRATE.</b></p>	<p>El Componente de Nutrición responde a las necesidades de la población mediante un esquema focalizado de lucha contra la desnutrición y anemia, que justifican plenamente actuaciones específicas en el país.</p> <p>Componente de Nutrición y dota a la República Dominicana de un esquema de actuaciones nutricionales, que han permitido construir una estrategia y finalmente impulsar una política nacional de lucha contra la desnutrición</p> <p>No se ha definido en qué medida es una herramienta de lucha contra la obesidad y el sobrepeso, una de las formas más preocupantes de malnutrición en la República Dominicana</p> <p>Las acciones nutricionales para luchar contra la desnutrición crónica y contra la anemia seguirán siendo relevantes y necesarias mientras no se resuelvan sus causas subyacentes.</p> <p>La inversión en el Componente de Nutrición en República Dominicana parece insuficiente, con un alcance insuficiente en cuanto a volumen de beneficiarios y unos recursos muy limitados para vertebrar una política nutricional de respuesta a la malnutrición.</p> <p>El coste de oportunidad es elevado por cuanto la doble carga de la desnutrición en República Dominicana indica que una mayor inversión generaría unos rendimientos sociales y económicos muy superiores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existen una problemática de desnutrición en el país.</li> <li>• Las cantidades y calidad de los productos distribuidos son adecuados para luchar contra la desnutrición y anemia.</li> <li>• El país se ha dotado de un marco normativo en línea con los compromisos del ODS2</li> <li>• El Componente nutricional tiene un claro énfasis en desnutrición y anemia.</li> <li>• EL presupuesto se ha mantenido estable desde el año 2014 y las distribuciones ofrecen una cobertura limitada a todas las personas por motivos presupuestario.</li> </ul>
<p><b>Recomendación 2. Apoyar la implementación de la Hoja de ruta para el logro del Objetivo de Desarrollo Sostenible 2 Hambre Cero así como el Plan</b></p>	<p>La combinación de la red de UNAP del SNS, con una adecuada cobertura nacional, y de PROSOLI, ahora Supérate, con un fuerte anclaje comunitario, ha sido exitosa para el desarrollo del Componente. Esto demuestra las sinergias de ambas instituciones para conseguir un doble objetivo que supera las</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe una red amplia de enlaces comunitarios que colaboran con las UNAP</li> </ul>

<p><b>Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.</b></p>	<p>contraposiciones en el debate entre las estrategias de focalización versus las de universalización: se fortalece el sistema de protección social a través de la focalización y corresponsabilidad, por un lado, y se refuerza el carácter universal y comunitario de la atención primera para mejorar la salud pública, por el otro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las UNAP tienen una presencia territorial importante.</li> <li>• El número de promotores de salud es limitado, pero es completado por los supervisores de PROSOLI para el anclaje comunitario</li> <li>• EL componente ofrece un número significativo de formaciones, capacitaciones y difusiones a nivel comunitario</li> </ul>
<p><b>Recomendación 3. Apoyar el desarrollo de un sistema alimentario sostenible.</b></p>	<p>La importancia de las actividades de suplementación alimentaria debe ser considerada en su justa medida. Para lograr impactos sostenibles en las familias y reducir la desnutrición debe desarrollarse igualmente el marco de la política de seguridad alimentaria y nutricional establecidos en la nueva Ley de referencia, así como sus mecanismos de implementación y la hoja de ruta hacia la consecución del ODS2, que no solamente contemplan entre sus acciones el suministro de alimentos ACF y MNP, sino adicionalmente, deben trabajar todos los componentes relacionados con la disponibilidad y el acceso efectivo a los alimentos de calidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las actividades destinadas a promover hábitos alimentarios saludables y en particular a alimentarse de forma saludable para evitar sobrepeso son limitadas.</li> <li>• Las actividades encaminadas a favorecer el acceso a la comunidad de alimentos de calidad son limitadas.</li> </ul>
<p><b>Recomendación 4. Mejorar los sistemas de información y de vigilancia nutricional.</b></p>	<p>El sistema de monitoreo y seguimiento no ha sido el adecuado, lo cual limita la medición de su eficacia. Las debilidades del sistema de información limitan no solo el aprendizaje, sino también el entendimiento de la cobertura del programa y por tanto los ajustes que se pudieran realizar para mejorar su alcance y su dimensión</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No existe un registro de las entradas, bajas y recuperaciones del programa nutricional.</li> <li>• No existe un sistema efectivo de vigilancia nutricional</li> </ul>
<p><b>Recomendación 5. Reforzar las actividades encaminadas a contribuir al aumento de la tasa de lactancia materna exclusiva.</b></p>	<p>Se ha realizado un gran esfuerzo en el marco del Componente nutricional para promover la lactancia materna, lo cual ha podido contribuir al aumento modesto de la tasa de lactancia materna en el país.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La lactancia materna exclusiva sigue en parámetros insuficientes.</li> </ul>

<p><b>Recomendación 6. Implementar las acciones necesarias para asegurar la sostenibilidad de las acciones de nutrición.</b></p>	<p>Pese a las dificultades de coordinación que pueden existir entre instituciones de gobierno, se ha conseguido avanzar en la agenda del ODS2 e implementar el programa de forma coordinada. Aún así, es posible que el SNS, de reciente creación, requiera un mayor acompañamiento, protagonismo y apoyo tanto por parte del Gobierno como del PMA. La implementación directa del PMA a nivel local puede que haya dejado de lado el componente regional, que es necesario articular para empoderar el tejido institucional en todo el Estado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existen reuniones de coordinación, pero no hay seguimiento.</li> <li>• A nivel regional el PMA tiene menos presencia, los técnicos trabajan sobre todo a nivel local.</li> </ul>
	<p>El PMA no ha podido alcanzar uno de los objetivos iniciales del desarrollo de capacidades para facilitar el relevo a sus contrapartes nacionales en la ejecución integral de los programas para reducir el hambre.</p>	
	<p>El equipo de evaluación aprecia un fuerte liderazgo de las autoridades de la República Dominicana así como un lineamiento de las políticas públicas con los ODS 2.1 y 2.2., lo que debería permitir la sostenibilidad de los esfuerzos en materia nutricional, independientemente del signo del gobierno.</p>	
<p><b>Recomendación 7. Reforzar la comunicación con comunidades.</b></p>	<p>Los hábitos alimentarios responden a costumbres y prácticas arraigadas, por lo que los esfuerzos para cambiar esos comportamientos requieren tiempo para obtener resultados. Es el caso del Componente de Nutrición que no ha logrado transformar sustancialmente los hábitos alimentarios de las poblaciones más vulnerables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existen materiales de calidad en folletos y dípticos.</li> <li>• Se ofrecen iniciativas innovadoras como los chefs de progresina.</li> <li>• No hay trabajo en redes sociales suficiente.</li> <li>• Las comunidades no están cambiando los hábitos alimentarios</li> </ul>
	<p>No se evidencia un enfoque de género y de empoderamiento de la mujer específico en las actividades propias del componente, más allá de estar dirigido predominante hacia las mujeres embarazadas y lactantes.</p>	
<p><b>Recomendación 8. Revisar los mecanismos de abastecimiento y distribución de productos de ACF y MNP</b></p>	<p>La Evaluación concluye que la distribución ha sido eficaz, pero con una cadencia insuficiente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se presentan gaps en las UNAP con varios meses de ruptura de stock de PROGRESINA al año</li> <li>• La distribución se hace desde la capital a las miles de UNAP sin pasar por centros de acopio regionales</li> </ul>
	<p>la limitación del sistema centralizado de logística del PMA hace que en la práctica la planificación de entrega esté basada en el calendario de logística y no en los requerimientos de las UNAP en función de las necesidades.</p>	

<p><b>Recomendación 9. Mejorar los mecanismos de coordinación entre SUPERATE-SNS-PMA.</b></p>	<p>A nivel nacional, pese a las dificultades de coordinación que pueden existir entre instituciones de gobierno, se ha conseguido avanzar en la agenda del ODS2 e implementar el programa de forma coordinada. Aún así, es posible que el SNS, de reciente creación, requiera un mayor acompañamiento, protagonismo y apoyo tanto por parte del Gobierno como del PMA.</p> <p>La implementación directa del PMA a nivel local puede que haya dejado de lado el componente regional, que es necesario articular para empoderar el tejido institucional en todo el Estado.</p> <p>La coordinación local funciona igualmente, pero muy dependiente de las relaciones personales, con alta rotación, y por lo tanto requiere una mayor institucionalización en los protocolos para maximizar las sinergias claras entre el personal médico en las UNAP y los supervisores de PROSOLI en las comunidades</p>	
<p><b>Recomendación 10. Reforzar el componente de capacitaciones,</b></p>	<p>El notable despliegue de actividades realizadas por el Componente de Nutrición para la capacitación técnica del personal de PROSOLI y SNS tiene un impacto limitado debido a la alta rotación de personal en el terreno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El PMA sigue haciendo las capacitaciones, sin que existan actividades de formación de formadores.</li> <li>• Existe una alta rotación que exige un esfuerzo constante en capacitaciones</li> <li>• La nutrición en la currículum de los profesionales sociales y de salud está integrada de forma muy limitada.</li> </ul>

## Anexo 8. Lista de personas entrevistadas

NOMBRE	CARGO	ORGANIZACIÓN	FECHA
Madelen Díaz	Directora de Vinculación	PROSOLI	4/22/2021
Emilia Attias	Asoc. De Presupuesto	PMA	4/23/2021
Gisselle Pérez	Asist. Administrativa	PMA	4/23/2021
Elkin Riveras	Asoc. De Programas	PMA	4/26/2021
Giulia Baldi	Protección Social	PMA OR	4/20/2021
Ana Solórzano	Protección Social	PMA OR	4/20/2021
Miguel Fuentes	Asoc. De Logística	PMA	4/26/2021
Luis Yanuel Cordero	Coord. Operativo	PROSOLI	4/26/2021 / 7/22/21
Carla Mejía	Asesora Nutrición	PMA PR	4/21/2021
Elena Ganan	Especialista en Género	PMA OR	4/20/2021
Rossella Botone	MyE	PMA Regional	4/27/2021
María Altagracia Fulcar	Coord. De Nutrición	PMA	4/27/2021
Humberto Arvelo	Direc. Operativa	PROSOLI	4/28/2021
Ana Urgoiti	Oficial de M&E Regional	PMA OR	4/30/2021
Dra. Nereida Antonia De Leon Sanchez y Wanda Jimenez Luis	Subdirectora de la institución y Directora de alimentación y nutrición.	INABIE	7/28/2021
Adela Matos	Coordinadora de programas	World Vision	4/28/2021
Frorida Melo	Gestora	World Vision	4/28/2021
Pilar Palomino	Coordinadora programas	OCR SNU	4/4/2021
José Gómez Gregory	Oficial de programas	IDDI	7/26/2021
Cithya Gómez	Gestora	IDDI	7/26/2021
Rafael mora	Coordinador de Programas	IDDI	7/26/2021
Carlos Abad	Dirección	IDDI	7/26/2021
Amelia de León y Elayne Janet Peña Hasbun	Dirección de Primer Nivel de Atención	SNS	Varias fechas
Dr. Lama	Director	SNS	4/28/2021
Lucila Ramón	Asociada de programas	PMA OR	4/20/2021
Romain Sirois	Representante País	PMA OP	4/7/2021
Michala Assakpon	Oficial de Evaluación	PMA OR	Varias fechas
Amalia de la Cruz	Oficial de Evaluación	PMA OP	Varias fechas
Elena Ganan	Oficial de Género	PMA OP	4/20/2021
Angel Camacho	oficial de Programas	PMA OP	4/22/2021
Silvia Cepeda	Direc. Operativa	PROSOLI	4/28/2021
Leticia Mera	Coordinadora Programa Desnutrición Aguda y Sistema de Vigilancia Nutricional	UNICEF	07/08/2021

Mario CASTO	Encargado de Salud	INAIPI	07/28/2021
Patricia GRULLON	Directora de la Dvisión de Nutrición del MSP	MSP	07/28/2021
María Altagracia FULCAR	Coordinadora de Nutrición	PMA	07/30/2021
Lucila RAMON	Asociada de programas	PMA	07/30/2021
Carolina GONZALEZ	Especialista de Protección Social	BID	07/26/2021
Alejandrina CORPORAN	Implementadora zona Enriquillo	PMA	07/30/2021
Yolari CAROLINA		SUPERATE	07/26/2021
Rosa ALCARTE	Representante País	UNICEF	08/05/2021
Sócrates BARINAS	Economista Senior	PNUD	07/26/2021
Román SANTOS	Responsable Programas Fronteras	IOM	06/08/2021
Miguel GARCÍA	Logista	PMA	07/29/2021
Claudia Espinal	Coordinadora Adminitrativa	PMA	07/29/2021
Marcel RODRIGUEZ	Comunicación	PMA	08/06/2021
Josefina MERCADO	Adminitración y Finanzas	PMA	07/29/2021
Ewin GOMEZ	Economista	PNUD	7/26/2021
Mireya SEPOYE	Implementadora zona Este	PMA	30.07.21
Merari DUARTE	Implementadora Sur El Valle y Enriquillo	PMA	30.07.21
Jonathan SANCHEZ	Implementador Este y Distrito Nacional	PMA	30.07.21
Edgar Santana	Coordinación operativa	SUPERATE	7/22/2021

# Anexo 9. Bibliografía

#	Tipo de documento
<b>Documentos relacionados con el proyecto [si procede]</b>	
<b>Informe de la misión de evaluación preliminar</b>	
1.	Línea de base sobre el estado nutricional de niños y niñas entre 6 y 59 meses beneficiarios del Programa
2.	Estudio Cualitativo Análisis de Estrategias PMA. Chispitas Solidarias y Progresina. (Programa Mundial de Alimentos)
3.	Dominican Republic - Leveraging social protection platforms for improved nutrition. (World Food Program, 2013)
4.	Términos de Referencia: Evaluación conjunta de la actividad articulada de Progresando con Solidaridad y el Servicio Nacional de Salud, con apoyo del Programa Mundial de Alimentos, para la prevención de la desnutrición y la anemia en población nutricionalmente vulnerables de la República Dominicana desde 2013 hasta 2019. (Programa Mundial de Alimentos - PROSOLI - SNS, 2020)
5.	RESUMEN DE PROYECTO - MARCO LOGICO Propuesta de Extensión de las acciones en nutrición y alimentación saludable del Programa Progresando con Solidaridad / 2013-2014. (Programa Mundial de Alimentos, 2013) <sup>173</sup>
6.	2017. Dominican Republic - Leveraging social protection platforms for improved nutrition. (World Food Programme WFP).
<b>Documento del plan estratégico para el país (incluida la línea de mira)</b>	
7.	Dominican Republic country strategic plan (2019–2023). (World Food Program, 2019)
8.	Dominican Republic Annual Country Report 2019 Country Strategic Plan 2019 – 2023. ACR Reading Guidance. (World Food Program, 2019)
9.	2018. Draft Dominican Republic country strategic plan (2019–2023). (World Food Programme WFP).
10.	2019. Dominican Republic country strategic plan (2019–2023). Executive Board First regular session, Rome, 25–27 February 2019. (World Food Programme WFP).
11.	2018 - Revised Corporate Results Framework (2017–2021) Draft Decision. Executive Board, second regular session, Rome, 26–29 November 2018. (World Food Programme WFP).
<b>Informes anuales del país</b>	
12.	Dominican Republic Annual Country Report 2019 Country Strategic Plan 2019 – 2023. ACR Reading Guidance. (World Food Program, 2019)
13.	Dominican Republic Annual Country Report 2020. Country Strategic Plan. 2019 – 2023.
14.	Plan anual de rendimiento. Programa Mundial de Alimentos 2020. (Fadul & Peña, 2020)
15.	2015. Reunión Ministerio de Salud. Resumen de Informe Anual 2015 – Metas 2016. (Progresando con Solidaridad PROSOLI, Ministerio de Salud Pública MSP, Programa Mundial de Alimentos PMA).
16.	2015. Informe Anual 2015 - Componente de Nutrición del Programa Progresando con Solidaridad. Informe realizado por el Programa Mundial de Alimentos (PMA) dentro del marco

<sup>173</sup> Incluye presupuesto.

	de ejecución Proyecto no. DOCO 200657. Periodo reporte: Enero-Diciembre 2015. (Progresando con Solidaridad PROSOLI, Programa Mundial de Alimentos PMA).
17.	2015. Resumen de Informe Anual 2015. Componente de nutrición del programa Progresando con Solidaridad PROSOLI. (Progresando con Solidaridad PROSOLI, World Food Programme WFP).
18.	2018. Dominican Republic Annual Country Report 2019, Country Strategic Plan 2018 – 2018. Financial Section. (World Food Programme WFP).
19.	2018. Dominican Republic Annual Country Report 2018, Country Strategic Plan 2018 – 2018. ACR Reading Guidance. (World Food Programme WFP).
20.	Revisiones presupuestarias del plan estratégico para el país
21.	Nota para las actas de la reunión del comité de examen de los programas (para el plan estratégico para el país y las revisiones presupuestarias, si procede)
22.	Presupuesto de la cartera nacional y revisiones presupuestarias aprobados, si procede
23.	Planes de administración de las oficinas en el país
24.	Otros
25.	2019. Calendario de Procesos Operativos – Santo Domingo Norte. (PROSOLI).
26.	Listado de CPN y UNAP Gerencia de Area Barahona. (Servicio regional de Salud Enriquillo).
27.	Listado de CPN y UNAP, Gerencia de Area Independencia. (Servicio Regional de Salud Enriquillo).
28.	2021. Survey. PDM_PMA_CIDCA_v2021.
29.	2021. Survey. 2021 - Cuestionario DMV1
<b>Informes de evaluación</b>	
<b>Informes exhaustivos de evaluación sobre vulnerabilidad y seguridad alimentaria</b>	
30.	Estudio Cualitativo Hábitos y Actitudes sobre alimentación y suplementación. (Programa Mundial de Alimentos, 2017)
31.	El Costo de la Doble Carga de la Malnutrición. Impacto Social y Económico. República Dominicana. (Programa Mundial de Alimentos - CEPAL, 2019)
32.	Protección social reactiva frente a emergencias en América Latina y el Caribe. La respuesta de República Dominicana a la pandemia COVID-19. (Programa Mundial de Alimentos, 2020)
33.	Q1 Emergency Food Assistance Project Update - Dominican Republic_Final 2021.doc SSCAF Project Update (quarterly)- Dominican Republic: Emergency nutritious food assistance is response to the drought in the Dominican Republic. (Programa Mundial de Alimentos, 2021)
34.	Q3 Emergency Food Assistance Project Update - Dominican Republic-comments-co reply (002) - SSCAF Project Update (quarterly)- Dominican Republic: Emergency nutritious food assistance is response to the drought in the Dominican Republic. (Programa Mundial de Alimentos, 2021)
35.	Q4 Emergency Food Assistance Project Update - Dominican Republic_Weiran Review - SSCAF Project Update (quarterly)- Dominican Republic: Emergency nutritious food assistance is response to the drought in the Dominican Republic. (Programa Mundial de Alimentos, 2020)
36.	2021. Post Distribution Monitoring Report. Emergency nutritious food assistance in response to the drought in the Dominican Republic. (World Food Program, 2021)
37.	2020. Análisis de las capacidades de los comercios frente al COVID-19 en la República Dominicana. Índice de funcionalidad de Mercados. Reporte de Resultados Agosto 2020. (Programa Mundial de Alimentos PMA, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura FAO, Administradora de Subsidios Sociales ADESS, COVID-19 RESPUESTA).

38.	2020. Análisis del Sistema de Mercado y plan de mejoramiento, Agosto 2020. (World Food Programme WFP).
	<b>Evaluaciones de los cultivos y la seguridad alimentaria (FAO/PMA)</b>
39.	2018. Resumen de la Ley 589-16 sobre soberanía, seguridad alimentaria y nutricional en la República Dominicana. (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura FAO, Programa Mundial de Alimentos PMA, Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo AMEXCID).
40.	2014. Second technical visit to a potential manufacturer of Super Cereal and Super Cereal plus (MERCASID) in Dominican Republic. (Programa Mundial de Alimentos PMA-WFP).
41.	Cómo aumentar la seguridad alimentaria y la inversión en agricultura atenta a los pequeños productores. (Comité de Seguridad Alimentaria Mundial CSA).
42.	Desarrollo agrícola sostenible para la seguridad alimentaria y la nutrición: ¿Qué función desempeña la ganadería? (Comité de Seguridad Alimentaria Mundial CSA).
	<b>Evaluaciones interinstitucionales</b>
43.	Evaluación de impacto al Programa Progresando con Solidaridad (PROSOLI): Evidencia para la innovación en la protección social. Nota política. (Gertler, Garz, Rodríguez, & Polanco, Evaluación de impacto al Programa Progresando con Solidaridad (PROSOLI): Evidencia para la innovación en la protección social. Nota política., 2019)
44.	How the Government of the Dominican Republic Reduced Anemia by 50% in Vulnerable Children, with support from WFP. A Case Study on Nutrition-Sensitive Programming in a Middle Income Country. (World Food Program, 2014)
45.	Impacto del componente de nutrición del programa Progresando con Solidaridad en el Estado Nutricional de los niños y niñas entre 6 y 59 meses de hogares participantes. (Then Paulino & Ford, Impacto del componente de nutrición del programa Progresando con Solidaridad en el Estado Nutricional de los niños y niñas entre 6 y 59 meses de hogares participantes, 2018)
46.	Resultados de la Evaluación de Impacto del Programa Progresando con Solidaridad. (Gertler, Garz, Rodríguez, & Laura, Resultados de la Evaluación de Impacto del Programa Progresando con Solidaridad, 2019)
47.	Estado nutricional en niños y niñas suplementados con micronutrientes. Componente Nutricional del Programa Solidaridad en Región el Valle y Metropolitana. (Then Paulino & Peguero, 2018)
48.	2018. Informe de avances del componente de nutrición del programa Progresando con Solidaridad Mayo-Junio 2018. (Programa Mundial de Alimentos).
49.	2019. Informe semestral componente de nutrición del programa Progresando con Solidaridad Enero-Junio 2019. (Programa Mundial de Alimentos).
50.	2020. Informe semestral componente de nutrición del programa Progresando con Solidaridad Julio 2020. (Programa Mundial de Alimentos).
51.	2020. Propuesta Programa Mundial de Alimentos, PMA. (PROSOLI).
52.	2016. Latin America and the Caribbean: Supporting national priorities on nutrition through multiple platforms. (World Food Programme WFP).
53.	2020. Informe del Análisis Común sobre el país. (Naciones Unidas, República Dominicana).
54.	2013. Encuesta Demográfica y de Salud. (Ministerio de Salud Pública MSP, USAID, CESDEM, CONAVIHSIDA, MSP-PNCT, El Fondo Mundial de lucha contra el Sida y la Malaria, Centers for Disease, Control and Prevention).
55.	2016. Panorama de la seguridad alimentaria y Nutricional. Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición. (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura FAO, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud OMS).

56.	2016. La Transición hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Identificando Prioridades para la Programación 2018-2022 del SNU-RD. (Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo MEPyD, Sistema de Naciones Unidas República Dominicana).
57.	2019. Indicadores Básicos de Salud 2016. (Ministerio de Salud Pública MSP, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud OMS).
58.	2020. Anuario de Estadísticas Sociodemográficas 2019. (Oficina Nacional de Estadística ONE).
59.	2017. Estudio Cualitativo. Hábitos y Actitudes sobre alimentación y suplementación, Diciembre, 2017. (World Food Programme WFP).
60.	2017. Impacto del componente de Nutrición en el estado nutricional de los niños y niñas de hogares beneficiarios de las regiones El Valle y Metropolitana. (Progresando con Solidaridad PROSOLI).
61.	2019. Resultados de la Evaluación de Impacto del Programa Progresando con Solidaridad. (Center for Effective Global Action CEGA, Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales GCPS, Progresando con Solidaridad PROSOLI, Sistema Único de Beneficiarios SIUBEN, Administradora de Subsidios Sociales ADESS).
62.	Composición corporal y estado nutricional del hierro en niños y niñas suplementados con micronutrientes del componente nutricional del programa de solidaridad. (Ministerio de Salud Pública MSP, IAEA, Programa Mundial de Alimentos PMA).
63.	2016. Estudio Cualitativo análisis de estrategias PMA - Chispitas Solidarias y Progresina. Diciembre 2016. (Programa Mundial de Alimentos PMA).
64.	2020. Informe anual Componente de nutrición del programa Progresando con Solidaridad. (Progresando con Solidaridad PROSOLI, Programa Mundial de Alimentos PMA).
65.	2020. Informe Trimestral Componente de nutrición del programa Progresando con Solidaridad, Octubre 2020. (Progresando con Solidaridad PROSOLI, Programa Mundial de Alimentos PMA).
66.	Evaluación conjunta Gobierno - WFP - "Actividades de nutrición del SO2 del Plan Estratégico País". Nota Conceptual. (World Food Programme WFP).
67.	2013. Informe Final Subcomponente de Nutrición del Programa Progresando con Solidaridad PROSOLI. Informe realizado por el Programa Mundial de Alimentos (PMA) dentro del marco de ejecución Proyecto no. DOCO 200098. Período reporte: Diciembre 2011-Octubre 2013. (Progresando con Solidaridad PROSOLI, Programa Mundial de Alimentos PMA).
68.	2016. Informe componente de nutrición del programa Progresando con Solidaridad PROSOLI, Enero-Marzo 2016. Informe realizado por el Programa Mundial de Alimentos (PMA) dentro del marco de ejecución Proyecto no. DOCO 200657. (Progresando con Solidaridad PROSOLI, World Food Programme WFP).
69.	2019. Resultados de la Evaluación de Impacto del Programa Progresando con Solidaridad.
70.	2016. Informe Anual de las Realizaciones de 2015. Período de sesiones anual de la Junta Ejecutiva Roma, 13-17 de junio de 2016. (World Food Programme WFP).
71.	2015. Informe anual de las realizaciones de 2014. Período de sesiones anual de la Junta Ejecutiva Roma, 25-28 de mayo de 2015. (World Food Programme WFP).
72.	2017. Informe Anual de las Realizaciones de 2016. Período de sesiones anual de la Junta Ejecutiva Roma, 12-16 de junio de 2017. (World Food Programme WFP).
73.	2019 - Estrategia de Evaluación del Impacto del PMA (2019-2026) (World Food Programme)
<b>Seguimiento y elaboración del informe</b>	
74.	Informe actividades de capacitación utilizando la metodología de grupo de apoyo. Región El Valle. (Programa Mundial de Alimentos, 2021) <sup>174</sup>
75.	Evaluación de medio término del proceso de implementación del Subcomponente de Nutrición del Programa Progresando con Solidaridad. (PROSOLI - PMA, 2013)

<sup>174</sup> El document tiene título 2015, pero el contenido se refiere a actividades de 2021.

76.	Impacto del componente de Nutrición en el estado nutricional de los niños y niñas de hogares beneficiarios de las regiones El Valle, y metropolitana. Distrito Nacional 2017. (Programa Mundial de Alimentos, 2017)
77.	Sistematización. Taller de construcción participativa de la estrategia de comunicación y educación nutricional en la República Dominicana. (Programa Mundial de Alimentos, 2019)
78.	Informe anual. Componente nutrición del programa. Progresando con Solidaridad. 2020. (Programa Mundial de Alimentos - VicePresidenciaRD, 2020)
79.	Informe semestral. Componente nutrición del Programa Progresando con Solidaridad. Julio 2020. (Programa Mundial de Alimentos, 2020)
80.	Informe trimestral. Componente nutrición del Programa Progresando con Solidaridad. Octubre 2020. (Programa Mundial de Alimentos, 2020)
81.	Monthly monitoring report Dominican Republic, February 2021. (World Food Program, 2021)
	<b>Informes de verificación de los beneficiarios</b>
82.	Base de datos beneficiarios de PROSOLI. (PROSOLI, n/a)
83.	Anexo IV. Base de datos beneficiarios UNAPS (Regiones Sur (Azua, El Valle, Enriquillo, y Cibao Central). SNS. – Beneficiarios aceptados 1,825
84.	Anexo V. Base de datos de beneficiarios UNAPS 2020 (Regiones Norcentral, Este, Noreste, Cibao Central, Metropolitana, Valdesia, El Valle Norcentral, Enriquillo). SNS Beneficiarios listados 42,354
85.	2020. Anexo V - Base de datos de beneficiarios – SOCIOS
86.	Gráficas niños, embarazadas y adultos mayores que han recibido Progresina y Chispitas.
	<b>Datos e informes de seguimiento de los productos y efectos directos (si procede)</b>
87.	Despachos de almacén. 2017-2020. Documento de Excel con datos de despacho de productos a socios. (Programa Mundial de Alimentos, 2020)
88.	2020. Formulario de Registro Asistencia alimentaria y nutricional en emergencias, Provincia Dajabon, Municipio Dajabon. (Programa Mundial de Salud).
89.	2020. Formulario de Registro Asistencia alimentaria y nutricional en emergencia de COVID-19, Provincia Monte Cristi, Municipio Pepillo Salcedo. (Programa Mundial de Salud).
	<b>Recursos humanos de la oficina en el país</b>
90.	2018. Plan de Capacitación a Equipos de Salud de UNAP y Coordinadores de Zona de Salud. (Programa Mundial de Alimentos, Servicio Nacional de Salud).
91.	2019. Taller Capacitación a personal de Salud. (Servicio Nacional de Salud SNS, Progresando con Solidaridad PROSOLI, Programa Mundial de Alimentos PMA-WFP).
92.	2017. Comités Provinciales de seguimiento al Proyecto Progresando Unidos – Reglamento para su conformación y funcionamiento. (Progresando con Solidaridad PROSOLI, Grupo Banco Mundial BIRF-AIF).
93.	2015. Informe actividades de capacitación utilizando la metodología de grupos de apoyo. (World Food Programme WFP).
94.	2019. Sistematización – Taller de construcción participativa de la estrategia de comunicación y educación nutricional en la República Dominicana. (Ministerio de Salud Pública MSP y otros).
95.	2014. Tema 1. Intervención comunitaria: programa Progresando con Solidaridad, de la indigencia al desarrollo social, junio 2014. (Progresando con Solidaridad PROSOLI).
96.	2014. Manual Operativo del Programa de Transferencias Condicionadas. (Progresando con Solidaridad PROSOLI).
97.	2014. Tema 2. Guía del Enlace Familiar: Materiales de Trabajo para el Enlace Familiar. (Progresando con Solidaridad PROSOLI).

98.	2014. Tema 3. Guía Metodológica de Supervisión y Monitoreo. (Progresando con Solidaridad PROSOLI).
99.	2014. Tema 4. Manual de Gestión y Captura de Solicitudes, Actualizaciones, Quejas y Reclamos. (Progresando con Solidaridad PROSOLI).
100.	2014. Tema 5. Sistema de captura de visitas domiciliarias, y reportes de verificación de corresponsabilidades. (Progresando con Solidaridad PROSOLI).
101.	2014. Tema 6. Supervisión: Manual del Participante. (Progresando con Solidaridad PROSOLI).
102.	2014. Tema 7. Monitoreo Participativo de Servicios Sociales Mediante Reportes Comunitarios. (Progresando con Solidaridad PROSOLI).
103.	2014. Tema 8. Manual del instructor. (Progresando con Solidaridad PROSOLI).
104.	2015. Manual operativo del programa de transferencias condicionadas. (Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales GCPS, Progresando con Solidaridad PROSOLI).
<b>Documentos de reorganización organizacional</b>	
105.	2020. Dirección General del Programa Progresando con Solidaridad. Organigrama Estructural. Res. Núm. 3954, rectificada 08 de enero de 2020, refrendada por el MAP. (Ministerio de Administración Pública MAP).
106.	Propuesta de reorganización institucional Ministerio de Salud (Ministerio de Salud Pública MSP).
<b>Dotación de personal de la oficina en el país (lista de los empleados por tipo de contrato que trabajan en la oficina en el país durante el alcance de la evaluación)</b>	
<b>Organigrama para las principales oficinas y suboficinas</b>	
107.	Organigrama PMA República Dominicana. (Programa Mundial de Alimentos, n/a)
108.	2020. Certificación de la Estructura Organizativa del Servicio Nacional de Salud y de los Servicios Regionales de Salud (Organigrama). (Ministerio de Administración Pública MAP).
109.	2021. Organigrama PMA DOCO con nombres y grados - Marzo 2021. (World Food Programme WFP).
<b>Asociados</b>	
110.	2009 - Memorandum de Entendimiento entre el Gobierno de la República Dominicana y el Programa Mundial de Alimentos. (Programa Mundial de Alimentación y Vice-presidencia).
111.	Memorandum de Entendimiento entre el Gobierno de la República Dominicana y el Programa Mundial de Alimentos 2013-2016. (GRD-PMA, 2013)
112.	2015. Adenda Memorando de entendimiento entre la República Dominicana y el Programa Mundial de Alimentos PMA, enero 2015.
113.	Adenda Memorandum de Entendimiento entre el gobierno de la República Dominicana y el Programa Mundial de Alimentos. <b>Acuerdo 2013-2016.</b> (Programa Mundial de Alimentos - Vicepresidencia RD, 2016)
114.	2016. Adenda Memorando de entendimiento entre la República Dominicana y el Programa Mundial de Alimentos PMA, abril 2016.
115.	2016. Memorando de entendimiento entre la República Dominicana, representado por el Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales, y el Programa Mundial de Alimentos PMA, octubre 2016.
116.	Memorandum de Entendimiento entre el Gobierno de la República Dominicana y el Programa Mundial de Alimentos <b>2017-2020.</b> (Programa Mundial de Alimentos - VicePresidencia RD, 2016)
117.	2017. Convenio de colaboración entre el Gabinete de Coordinación de la Política Social, a través del Programa Progresando con Solidaridad (PROSOLI), y el Servicio Nacional de Salud (SNS), junio 2017.
118.	2018. Adenda N° 3 - Memorando de entendimiento entre la República Dominicana, a través del Programa Progresando con Solidaridad (PROSOLI), y el Programa Mundial de Alimentos PMA, abril 2018.

119.	2018. Renovación de la Carta Compromiso al Ciudadano del Sistema Único de Beneficiarios SIUBEN, agosto 2018. (Ministerio de Administración Pública MAP).
120.	2019. Adenda N° 4 - Memorando de entendimiento entre la República Dominicana, representado por el Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales, y el Programa Mundial de Alimentos PMA, marzo 2019.
121.	2020. Adenda N° 5 - Memorando de entendimiento entre la República Dominicana, representado por el Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales, y el Programa Mundial de Alimentos PMA, enero 2020.
122.	2021. Adenda Memorando de Entendimiento entre el Gobierno de la República Dominicana y el Programa Mundial de Alimentos. Anexo Revisión Plan de Acción 2020 para extensión de acciones pendientes hasta 2021. (Progresando con Solidaridad PROSOLI, Programa Mundial de Alimentos PMA).
123.	2016. SCOPE Assessment Mission Report Dominican Republic. Mission with CO and Government - Social Protection. (World Food Plan WFP, SCOPE).
124.	2021. Resumen Términos de Referencia. Evaluación conjunta de la actividad articulada de progresando con Solidaridad y el Servicio Nacional de Salud, con el apoyo del Programa Mundial de Alimentos, para la prevención de la desnutrición y la anemia en población nutricionalmente vulnerables de la República Dominicana desde 2014 hasta 2020. Evaluación conjunta Gobierno-WFP. (World Food Programme WFP).
125.	2016. Plan Estratégico Institucional 2017-2020. Ministerio de Salud Pública. (Ministerio de Salud Pública MSP).
126.	2018. Comité de Trabajo sobre el ODS17. Hoja de Ruta hacia el cumplimiento del ODS 17. (Ministerio de Hacienda, Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo MEPyD, Ministerio de Relaciones Exteriores MRE).
127.	2018. Plan Nacional para la Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional 2019-2022. (Ministerio de la Presidencia).
128.	Plan Estratégico Institucional 2016-2020. Servicio Nacional de Salud. (Servicio Nacional de Salud SNS).
129.	Plan Estratégico 2017-2020. (Vicepresidencia de la República, Progresando con Solidaridad PROSOLI).
<b>Reuniones de coordinación y grupos temáticos (si procede)</b>	
130.	Notas reunión PROSOLI-SNS-PMA. (PROSOLI-SNS-PMA, N/A)
131.	Reunión de articulación ADESS-PMA. (World Food Programme WFP).
132.	Reunion Prosoli-SNS- PMA – Puntos y Acuerdos.
<b>Otros documentos recogidos por el equipo (incluidos los documentos externos) (si procede)</b>	
133.	Propuesta conversatorio de familia.
134.	Cartilla del Consejero o Consejera En Nutrición Comunitaria. (PROSOLI, Programa Mundial de Alimentos).
135.	Gráfico 2. Inversión pública por subfunción, promedio 2014-2018 (Fuente: DIGEPRES).
136.	Gráfico 13. Composición porcentual de la inversión pública en servicios sociales, 2014-2018. Gráfico 14. Participación promedio del gasto de capital en servicios sociales, 2014-2018. (Fuente: DIGEPRES).
137.	Mapa 1. Distribución territorial del gasto de capital por región de planificación, promedio 2014-2018 (millones RD\$). Mapa 2. Distribución territorial del gasto de capital per cápita por región de planificación, promedio 2014-2018 (RD\$). (Fuente: DIGEPRES).

138.	Mapa 13. Distribución territorial del gasto de capital en servicios sociales, promedio 2014-2018 (millones RD\$). Mapa 14. Distribución territorial del gasto de capital per cápita en servicios sociales, promedio 2014-2018 (RD\$). (Fuente: DIGEPRES).
139.	2017. Mapa 8. Tasa de incidencia infantil (de 0 a 17 años) de pobreza multidimensional (2014). (Fuente: Morillo).
140.	Mapa 3. Tasa de pobreza general monetaria general, 2014. Mapa 4. Tasa de pobreza general monetaria extrema, 2014. (Fuente: Boletín de Estadísticas oficiales de Pobreza Monetaria, año 4, número 6).
141.	Mapa 15. Distribución territorial del gasto de capital en educación, promedio 2014-2018 (millones RD\$). Mapa 16. Distribución territorial del gasto de capital per cápita en educación, promedio 2014-2018 (RD\$). (Fuente: DIGEPRES).
142.	Mapa 28. Distribución territorial del gasto de capital en protección social, promedio 2014-2018 (millones RD\$). Mapa 29. Distribución territorial del gasto de capital per cápita en protección social, promedio 2014-2018 (RD\$). (Fuente: DIGEPRES).
143.	Mapa 26. Distribución territorial del gasto de capital en salud, promedio 2014-2018 (millones RD\$). Mapa 27. Distribución territorial del gasto de capital per cápita en salud, promedio 2014-2018 (RD\$). (Fuente: DIGEPRES).
144.	Tabla II. Indicadores de inversión pública, pobreza y población por regiones de planificación. (Fuentes: DIGEPRES, Oficina Nacional de Estadística ONE, Boletín de Estadísticas oficiales de Pobreza Monetaria, año 4, número 6, y Morillo 2017).
145.	Tabla III. Proporción de la inversión pública territorializada, según clasificador funcional, 2014-2018.
146.	2021. Manual de Salud. (PROSOLI, Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales de la República Dominicana, Programa Mundial de Alimentos).
147.	Nutriparche (Juego). (PROSOLI, Programa Mundial de Alimentos).
148.	Nutriparche (Preguntas del juego).
149.	2018. Para erradicar el hambre en República Dominicana (Pavel Isa Contreras).
150.	2018. Lanzamiento del Plan SAN en el Palacio Nacional. (Fuente: Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales).
151.	2017. Conceptos de Género, Guía Rápida. (Oficina de género del PMA 2017).
152.	2017. Marcos de Género, Guía Rápida. (Oficina de género del PMA 2017).
153.	2017. Normas Mínimas, Guía Rápida. (Oficina de género del PMA 2017).
154.	2017. Planificación Estratégica, Guía Rápida. (Oficina de género del PMA 2017).
155.	2017. Género y Liderazgo, Guía Rápida. (Oficina de género del PMA 2017).
156.	2017. Género y Comunicación, Guía Rápida. (Oficina de género del PMA 2017).
157.	2017. Género y Cadena de Suministros, Guía Rápida. (Oficina de género del PMA 2017).
158.	2017. Análisis de Género, Guía Rápida. (Oficina de género del PMA 2017).
159.	Análisis de Género Participativo. (Oficina de género del PMA).
160.	Análisis de Género: Preguntas Clave. (Oficina de género del PMA).
161.	2017. Género & Participación, Guía Rápida. (Oficina de género del PMA 2017).
162.	2017. Diseño de Programas, Guía Rápida. (Oficina de género del PMA 2017).
163.	Género y Diseño de los Programas. (Oficina de género del PMA).

164.	Género y Diseño de los Programas. Lista de verificación del diseño del programa. (Oficina de género del PMA).
165.	2017. Análisis de las partes interesadas, Guía Rápida. (Oficina de género del PMA 2017). P
166.	2017. Ejecución atenta a las cuestiones de género, Guía Rápida. (Oficina de género del PMA 2017).
167.	Género y ejecución: Lista de verificación ejecución del programa/proyecto. (Oficina de género del PMA).
168.	2017. Retroinformación y denuncias, Guía Rápida. (Oficina de género del PMA 2017).
169.	2017. Presupuestación atenta a las cuestiones de género, Guía Rápida. (Oficina de género del PMA 2017).
170.	2017. Seguimiento atento a las cuestiones de género, Guía Rápida. (Oficina de género del PMA 2017).
171.	Género y seguimiento. (Oficina de género del PMA).
172.	Género y seguimiento: Plan de seguimiento desde la perspectiva de género - lista de verificación. (Oficina de género del PMA).
173.	Género y evaluación: Lista de verificación de género y evaluación. (Oficina de género del PMA).
174.	2021. Entrevistas a Yanuel Cordero. (PROSOLI).
175.	2021. MODULE 1: Understanding the Social Ecological Model (SEM) and Communication for Development (C4D). (UNICEF).
176.	2021. RANAS. Risk, Attitude, Norms, Ability, Self-regulation (Riesgo, Actitud, Normas, Habilidad, Autorregulación).
177.	2021. SCOPE CODA RD Cifras.
178.	2021. Presentación de Sistema Único de Beneficiarios SIUBEN.
179.	2016. Guía Diagnóstica y de Tratamiento de las Unidades de Atención Primaria -UNAP-. Con el apoyo del proyecto SIAPS/USAID. (Ministerio de Salud Pública MSP, USAID, SIAPS, PNUD, Servicio Nacional de Salud SNS).
180.	2017. Así funcionan las transferencias condicionadas - Buenas prácticas a 20 años de implementación. (Banco Interamericano de Desarrollo BID).
181.	2017. Comunicación para el Cambio Social y de Comportamiento. Manual de orientación provisional para la División de Nutrición del PMA. (Programa Mundial de Alimentos PMA).
182.	2017. Unlocking WFP's potential: Guidance for nutrition-sensitive programming. (World Food Programme WFP).
183.	2018. Cuestionario de caracterización Socioeconómica. (Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales, Sistema Único de Beneficiarios SIUBEN).
184.	2019. Social Protection Strategy. Latin America and the Caribbean. (World Food Programme WFP).
185.	2020. Social Protection Strategy, Latin America and the Caribbean. (World Food Programme WFP).
186.	Recommendations for Social Behaviour Change in the context of COVID-19 (World Food Programme WFP).
187.	2012. La Atención Primaria en Salud en República Dominicana. (K. Then Díaz).
188.	2008. Manual de Organización de las Unidades de Atención Primaria (UNAP). Serie Guías y Manuales para el Desarrollo del Primer Nivel de Atención No. 3. (Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social SESPAS, Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud CERSS).
189.	2009. Manual del Promotor y la Promotora de Salud. (Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social SESPAS, Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud CERSS).

190.	2013. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de Seguimiento 2013 República Dominicana. (Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo MEPyD).
191.	2014. Unidad de Políticas Públicas. La atención primaria en salud en República Dominicana. Avances, controversias y retos. (K. Then Díaz).
192.	2015. Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples ENHOGAR-2015. Informe General. (Oficina Nacional de Estadística ONE).
193.	2015. Voces de la República Dominicana. Resumen de las consultas sobre la Agenda Post-2015 y la encuesta Mi Mundo. (Sistema de las Naciones Unidas).
194.	Contribución del agua a la seguridad alimentaria y la nutrición. (Comité de Seguridad Alimentaria Mundial CSA).
195.	Contribución del agua a la seguridad alimentaria y la nutrición. (Comité de Seguridad Alimentaria Mundial CSA).
196.	2018. Informe de Seguimiento por la Sociedad Civil de los compromisos de República Dominicana para la Implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Resumen Ejecutivo. (Alianza ONG, Alianza de OSC para la eficacia del Desarrollo América Latina y El Caribe).
197.	2018. Informe nacional voluntario sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible. (Comisión ODS República Dominicana).
198.	2020. Caracterización de la inversión pública en República Dominicana 2014-2018: Un enfoque de territorio. Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo MEPyD (Y. Dishmey Marte).
199.	2020. Sistema de Indicadores Sociales de la República Dominicana. (Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo MEPyD).
200.	Estrategia para la implementación del ODS 1: Hacia la erradicación de la pobreza multidimensional en la República Dominicana. (Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales GCPS, Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo MEPyD, PNUD).
201.	Género, Seguridad Alimentaria y Nutrición. (Comité de Seguridad Alimentaria Mundial CSA).
202.	2006. Plan Decenal de Salud 2006-2015. Un Acuerdo Nacional por la excelencia de la Salud - Documento para Consulta Nacional. (Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social SESPAS).
203.	2006. PLAN DECENAL DE SALUD 2006 – 2015. Segunda parte. Propósito, objetivos, metas y ejes transversales para enfrentar el desafío del sector salud en la República Dominicana. (Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social SESPAS).
204.	2017. Estadísticas Trimestre Octubre a Diciembre 2017. (Base de Datos SIUBEN).
205.	2017. Estadísticas Trimestre Abril a Junio 2017. (Base de Datos SIUBEN).
206.	2018. SIUBEN - Nota Diciembre 2018. (Sistema Único de Beneficiarios SIUBEN).
207.	2019. Levantamiento "Actualización de Beneficiarios de los Programas Sociales de la Rep. Dom." Informe ejecución Presupuesto, 2019. (Sistema Único de Beneficiarios SIUBEN).
208.	2020. Memoria Institucional Sistema Único de Beneficiarios SIUBEN. (Sistema Único de Beneficiarios SIUBEN).
209.	2021. Boletín de estadísticas oficiales de pobreza monetaria 2020. Boletín N° 8, Año 6. Comité Técnico Interinstitucional de Pobreza (CTP). (Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo MEPyD, Oficina Nacional de Estadística ONE).
210.	SIUBEN - 14 Años Tocando Puertas. Historia de éxito en los 14 logros más trascendentales.
211.	2018. Cuestionario de caracterización socioeconómica. (Sistema Único de Beneficiarios SIUBEN).
212.	Brochure del Tercer Estudio Socioeconomico de Hogares. (Sistema Único de Beneficiarios SIUBEN).
213.	Estudio Socioeconómico de Hogares del Distrito Nacional. (Sistema Único de Beneficiarios SIUBEN).

214.	Datos socioeconómicos de la población indocumentada en la República Dominicana. (Sistema Único de Beneficiarios SIUBEN).
215.	2021. Presentación del Sistema Único de Beneficiarios SIUBEN. (Sistema Único de Beneficiarios SIUBEN).
216.	Plan de Acción para el Proyecto de Desarrollo convenido entre el Gobierno de la República Dominicana y El Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas.
217.	2017. WFP's Strategy for Accountability to Affected Populations (AAP) - Emergencies and Transitions Unit (OSZPH) Policy and Programme Division. (World Food Programme WFP).
218.	Contratación de servicios para el diseño de una campaña de comunicación social para el cambio de comportamientos en alimentación y nutrición en los municipios cabecera de las provincias Mote Plata y Elías Piña. (World Food Programme WFP).
219.	2018. Estado nutricional en niños y niñas suplementados con micronutrientes. Componente Nutricional del Programa Solidaridad en Región del Valle y Metropolitana. Universidad Autónoma de Santo Domingo. (A. Then Paulino).
220.	2018. Estudio cualitativo de hábitos y actitudes sobre alimentación y suplementación - Programa del Componente de Nutrición (Programa Mundial de Alimentos PMA).
221.	2014. Guidance on the development of gender equality and the empowerment of women policies. (UN Women Coordination Division).
222.	2015. Política en Materia de Género para 2015-2020. (Programa Mundial de Alimentos PMA).
223.	2018. Transversalización del enfoque de género en la planificación. Primeros pasos. (Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo MEPyD).
224.	Guía rápida para la integración del género en las evaluaciones del PMA. (World Food Program WFP Office of Evaluation).
225.	Nota técnica Integración del género en las evaluaciones del PMA. (World Food Program WFP Office of Evaluation).
226.	Lista de verificación para la integración de cuestiones de género en las evaluaciones - HERRAMIENTA 2. (World Food Program WFP Office of Evaluation).
227.	Análisis de Género Participativo. (Oficina de Género del PMA).
228.	Análisis de las partes interesadas. (Oficina de Género del PMA).
229.	Género y Nutrición. (Oficina de Género del PMA).
230.	Presupuestación atenta a las cuestiones de género. (Oficina de Género del PMA).
231.	Gender & Programme Design Checklist. (WFP Gender Office).
232.	Gender Transformation Programming Design Checklist. (WFP Gender Office).
233.	Programme Proposal. (WFP Gender Office).
234.	2017. Conceptos de género, Guía rápida (Oficina de género del PMA).
235.	Conceptos de género. (Oficina de Género del PMA).
236.	Marcos de género. (Oficina de Género del PMA).
237.	Marcos de género. Marcos normativos de las Naciones Unidas (Oficina de Género del PMA).
238.	Normas mínimas para la incorporación sistémica de la perspectiva de género, Guía rápida. (Oficina de Género del PMA).
239.	Normas mínimas. (Oficina de Género del PMA).
240.	Planificación estratégica, Guía rápida. (Oficina de Género del PMA).
241.	Planificación estratégica de género. (Oficina de Género del PMA)

242.	Género y liderazgo, Guía rápida. (Oficina de Género del PMA).
243.	Liderazgo en materia de género. (Oficina de Género del PMA).
244.	Análisis de género, Guía rápida. (Oficina de Género del PMA).
245.	Análisis de Género Participativo. (Oficina de Género del PMA).
246.	Análisis de Género Participativo, preguntas clave. (Oficina de Género del PMA).
247.	Género & participación, Guía rápida. (Oficina de Género del PMA).
248.	El género y la participación. (Oficina de Género del PMA).
249.	Diseño de programas, Guía rápida. (Oficina de Género del PMA).
250.	Género en el diseño de los programas. (Oficina de Género del PMA).
251.	Género y diseño de los programas - Lista de verificación del diseño del programa. (Oficina de Género del PMA).
252.	Análisis de las partes interesadas, Guía rápida. (Oficina de Género del PMA).
253.	Análisis de las partes interesadas. (Oficina de Género del PMA).
254.	Ejecución atenta a las cuestiones de género, Guía rápida. (Oficina de Género del PMA).
255.	Género y ejecución. (Oficina de Género del PMA).
256.	Lista de verificación: ejecución del programa/proyecto. (Oficina de Género del PMA).
257.	Asociaciones y el tema de género, Guía rápida. (Oficina de Género del PMA).
258.	Género y asociaciones. (Oficina de Género del PMA).
259.	Igualdad de género, protección y rendición de cuentas a las poblaciones afectadas. (Oficina de Género del PMA).
260.	Retroinformación y denuncias, Guía rápida. (Oficina de Género del PMA).
261.	Mecanismos de retroinformación y denuncia & género. (Oficina de Género del PMA).
262.	Mecanismos de retroinformación y denuncia - lista de verificación. (Oficina de Género del PMA).
263.	Presupuestación atenta a las cuestiones de género, Guía rápida. (Oficina de Género del PMA).
264.	Presupuestación atenta a las cuestiones de género. (Oficina de Género del PMA)
265.	Seguimiento atento a las cuestiones de género, Guía rápida. (Oficina de Género del PMA).
266.	Género y seguimiento. (Oficina de Género del PMA).
267.	Género y seguimiento. Plan de seguimiento desde la perspectiva de género - lista de verificación. (Oficina de Género del PMA).
268.	Cuestiones de género en la evaluación, Guía rápida. (Oficina de Género del PMA).
269.	Género y evaluación. (Oficina de Género del PMA).
270.	Género y evaluación. Lista de verificación de género y evaluación. (Oficina de Género del PMA).
271.	Género y recursos humanos, Guía rápida. (Oficina de Género del PMA).
272.	Género y recursos humanos. (Oficina de Género del PMA).
273.	Género y telecomunicaciones de emergencia. (Oficina de Género del PMA).
274.	Aprendizaje a través de la práctica. (Oficina de Género del PMA).

275.	Género y el lugar de trabajo, Guía rápida. (Oficina de Género del PMA).
276.	Género en el lugar de trabajo. (Oficina de Género del PMA).
277.	Género y seguridad, Guía rápida. (Oficina de Género del PMA).
278.	Género y seguridad. (Oficina de Género del PMA).
279.	Género y comunicación. Guía rápida. (Oficina de Género del PMA).
280.	Género y comunicación. (Oficina de Género del PMA).
281.	Género y cadena de suministro, Guía rápida. (Oficina de Género del PMA).
282.	Género y cadena de suministro. (Oficina de Género del PMA).
283.	Género y telecomunicaciones de emergencia, Guía rápida. (Oficina de Género del PMA).
284.	Género y asistencia alimentaria para la creación de activos, Guía rápida. (Oficina de Género del PMA).
285.	Género y asistencia alimentaria para la creación de activos. (Oficina de Género del PMA).
286.	Género en la preparación y respuesta a emergencias, Guía rápida. (Oficina de Género del PMA).
287.	Género en la preparación y respuesta a emergencias. (Oficina de Género del PMA).
288.	Género y cambio climático, Guía rápida. (Oficina de Género del PMA).
289.	Género y cambio climático. (Oficina de Género del PMA).
290.	Lista de verificación sobre género y cambio climático. (Oficina de Género del PMA).
291.	Género y protección social, Guía rápida. (Oficina de Género del PMA).
292.	Género y protección social. (Oficina de Género del PMA).
293.	Género y protección, Guía rápida. (Oficina de Género del PMA).
294.	Género, protección y rendición de cuentas a las poblaciones afectadas. (Oficina de Género del PMA).
295.	2017. Modelo de atención para el Sistema Nacional de Salud. (Ministerio de Salud Pública MSP, Dirección de Desarrollo Estratégico del Sector Salud DDESS).
296.	2021. Decreto 377-21 – Creación del Programa Supérate, 14 Junio 2021. (Presidencia de la República Dominicana).
297.	Decálogo de la alimentación y nutrición de la República Dominicana.
298.	Pilón de la Alimentación y Nutrición. Guía Alimentaria de la Embarazada. (Ministerio de Salud Pública MSP).
299.	Pilón de la Alimentación y Nutrición. Guía alimentaria de lactancia materna. (Ministerio de Salud Pública MSP).
300.	Pilón de la Alimentación y Nutrición. Guía de alimentación complementaria. (Ministerio de Salud Pública MSP).
301.	2009. Pilón de la Alimentación y Nutrición. Guías Alimentarias Basadas en Alimentos de la República Dominicana. (Despacho de la Primera Dama, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social SESPAS, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura FAO, Organización Panamericana de la Salud).
302.	2016. Protection Guidance Manual - Emergencies and Transitions Unit (OSZPH) - Programme and Policy Division. (World Food Programme WFP).
303.	2017. Sistema de garantía de calidad de las evaluaciones descentralizadas - Oficina de Evaluación del PMA - Guía del proceso. (World Food Programme WFP).

304.	2018. Decentralized Evaluation Quality Assurance System (DEQAS) - WFP Office of Evaluation - Process Guide. (World Food Programme WFP).
305.	Bank Information Form. Formulario (UNIDO).
306.	Análisis de las partes interesadas - Nota técnica. Oficina de Evaluación del PMA. (World Food Programme WFP).
307.	Enfoques, métodos y herramientas de recopilación de datos de las evaluaciones descentralizadas - Nota técnica. Oficina de Evaluación del PMA. (World Food Programme WFP).
308.	Evaluaciones conjuntas - Nota técnica. Oficina de Evaluación del PMA. (World Food Programme WFP).
309.	Modelo para informe final. (Programa Mundial de Alimentos PMA).
310.	2015. Plan Anual 2015. Componente de Nutrición - Acciones en nutrición y alimentación saludable del Programa Progresando con Solidaridad de la Vicepresidencia de la República Dominicana. (Programa Progresando con Solidaridad PROSOLI, Programa Mundial de Alimentos PMA).
311.	2017. Marco Lógico. Componente de nutrición del Programa Progresando con Solidaridad 2017. (Progresando con Solidaridad PROSOLI).
312.	2020. Protección social reactiva frente a emergencias en América Latina y el Caribe. La respuesta de República Dominicana a la pandemia COVID-19, junio 202. (Programa Mundial de Alimentos PMA, COVID-19 RESPUESTA).
313.	CENSO UNAP de Consultas Ambulatorias y/o Emergencias.
314.	2014. Resumen de avances componente de nutrición por región, 2014.
315.	Grupos de Ahorro PROSOLI (Progresando con Solidaridad PROSOLI).
316.	2018. Progresando con Solidaridad – Programa TMC de tercera generación y su estrategia integral para la salida de la pobreza. (Progresando con Solidaridad PROSOLI).
317.	Presentacion Prosoli de PROTOCOLO CHOQUE CLIMATICO. (Progresando con Solidaridad PROSOLI).
318.	Situaciones a mejorar para lograr mayor cobertura de beneficiarios – Componente de nutrición Prosoli. (Progresando con Solidaridad PROSOLI).
319.	ODP Género y Nutrición – Oficina de Género (Programa Mundial de Alimentación).
320.	2015 - Brochure Alimentación Infantil (2015) (Programa Mundial de Alimentación).
321.	Brochure Progesina Plus para niños de 6 a 59 meses (Programa Mundial de Alimentación).
322.	Brochure Calendario Chispitas solidarias (Programa Mundial de Alimentación).
323.	2020 - Brochure La prevención del covid está en tus manos (2020). (Programa Mundial de Alimentación).
324.	2020 - Antenatal care recommendations for a positive pregnancy experience. Nutritional interventions update: Multiple micronutrient supplements during pregnancy. Geneva (World Health Organization WHO).
325.	2016 - Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience (World Health Organization WHO).
326.	Joint Child Malnutrition Estimates (The UNICEF/WHO/WB). <a href="https://www.who.int/news/item/06-05-2021-the-unicef-who-wb-joint-child-malnutrition-estimates-group-released-new-data-for-2021">https://www.who.int/news/item/06-05-2021-the-unicef-who-wb-joint-child-malnutrition-estimates-group-released-new-data-for-2021</a>
327.	2009 - Alimentación y nutrición del niño pequeño. Memoria de la Reunión Subregional de los Países de Sudamérica, Diciembre 02 – 04, 2008. (Organización Panamericana de la Salud Alimentación y Nutrición del niño OPS, UNICEF, Programa Mundial de Alimentos PMA).

328.	2010 - La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud (Organización Panamericana de la Salud Alimentación y Nutrición del niño OPS).
329.	2019 - Measuring the Impact of Nutrition Sensitive Interventions on Diet: A Systematic Review of Tools and Indicators (P10-133-19) Current Developments in Nutrition, Volume 3, Issue Supplement_1, June 2019, nzz034.P10-133-19, (Casanova, I.G et al)
330.	2017 - Operation Evaluation Series: Regional Synthesis 2013–2017. Latin America and the Caribbean Region (Report Number OEV/2017/102) (World Food Programme, The Konterra Group)
331.	2016 - Estudio de Asistencia Condicionada a Demanda CODA-SCOPE 2016 (Programa Mundial de Alimentación).
332.	World Health Organization (WP) <a href="https://www.who.int/tools/child-growth-standards">https://www.who.int/tools/child-growth-standards</a>
333.	2017.WFP. Agosto. Protección social sensible al género.
334.	WFP. 2020. The power of gender equality for food security Closing another gender data gap with a new quantitative measure.
335.	<i>PMA. Protección social sensible al género. Obtenido en:</i> <a href="https://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/liaison_offices/wfp293321.pdf">https://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/liaison_offices/wfp293321.pdf</a>
336.	<i>Banco Interamericano de Desarrollo. Obtenido en: https://blogs.iadb.org/sostenibilidad/es/cual-es-el-rol-de-la-mujer-en-la-seguridad-alimentaria/ - Octubre 2, 2017 por Carmen del Rio - Lina Salazar</i>
337.	FAO. 2012. Gender and Nutrition Issue paper - DRAFT
338.	Plan Nacional de Igualdad y Equidad de Género 2020-2030- PLANEG III

# Anexo 10. Encuesta

## Resultados Encuesta dirigida al personal de salud de las UNAP entre 27 julio y 10 agosto 2021

La encuesta digital dirigida al personal de salud de las UNAP fue difundida el 27 de julio a través del sistema interno de contactos regionales de la SNS para recopilar las experiencias y las opiniones del personal de salud que ha participado en la implementación del proyecto de fortalecimiento del Componente de Nutrición y Alimentación Saludable del Programa PROSOLI. Un resumen de las estadísticas descriptivas del conjunto de respuestas recibidas y analizadas por el Equipo Externo de Evaluación, *KonTerra* se presenta aquí. Se utilizó Survey Monkey para recopilar y analizar las respuestas. La participación en esta encuesta ha sido voluntaria, y las respuestas individuales permanecen anónimas y confidenciales.

Un total de 956 personas (760 mujeres, 195 hombres; 1 omitió la respuesta a la pregunta sexo) respondieron a la encuesta. De estas 270 contestaron no tener experiencia directa del componente de nutrición (pregunta 4). La muestra final de análisis es de 686 personas.

### Resultados preguntas 1 a 4: 956 respuestas

#### P1. ¿Es usted?

OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS
Mujer	79.58%
Hombre	20.42%
TOTAL	

#### P2. ¿Cuál es su cargo profesional?

OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS
Médico/a	13.28%
Médico/a pasante	43.10%
Médico/a asistente	17.26%
Enfermero/a	10.98%
Promotor/a de salud	7.85%
Auxiliar de salud	0.84%
Otro (especifique)	6.69%
TOTAL	

#### P3. ¿Cuántos años de experiencia laboral tiene en ese cargo profesional?

OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS
Menos de 5 años	58.37% 558
Entre 5 y 9 años	11.92% 114
Entre 10 y 20 años	20.40% 195
Más de 20 años	9.31% 89
TOTAL	956

#### P4. ¿Tiene experiencia directa trabajando con el Componente de Nutrición (Chispitas y Progresina) y Alimentación Saludable del Programa PROSOLI (ahora SUPERATE) que se implementa a través de las UNAP del SNS?

OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS
Si	68.62% 656
No	28.24% 270
No lo sé	3.14% 30
TOTAL	956

**P23. ¿En qué se puede mejorar las actividades de capacitación nutricional para el personal de las UNAP para una mejor aplicación del conocimiento nutricional necesario para el programa PROSOLI?**

Respuestas: 384

<b>RESPUESTAS MAS COMUNES</b>		
Dando talleres con más frecuencia (2 veces al año como mínimo)	@60%	@200
Capacitar a todo el personal que participa en la entrega de los productos y dejar un encargado de las charlas nutricionales	@50%	@150
Actualización y retroalimentación de nuestro conocimiento		
Implementar técnicas favorables de capacitación de acuerdo a la situación actual por el covid - Realizando talleres y/o conferencias virtuales respecto al tema.		
Promover talleres, y charlas tanto para el personal médico como para la población involucrada.		
Enviar con el suplemento algún folleto o tarjeta de información tanto para el médico/enfermera como para el paciente que lo va a recibir.		
Haciendo visitas domiciliarias en busca de pacientes que cumplan con dicha condiciones		
Mejoras en las herramientas de trabajo llámese control de registros tipo tarjeta para cada usuario del programa y calibrar las balanzas. - Deben equipar las unap de peso y tallímetros		
Nunca hemos recibido		
Nada - todo bien /es muy bueno	@5%	@20
<b>TOTAL</b>		<b>384</b>

**SECCIÓN 5. IMPACTOS DEL COMPONENTE DE NUTRICIÓN**

---

**P24: ¿En su opinión, cuál de estos elementos del componente de nutrición del programa tiene mayor éxito? (elija una opción solamente)**

Respondidas: 481 Omitidas: 205

OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
Prevención y control de las deficiencias de micronutrientes en niñas y niños menores de 2 años	9.1%	44
Prevención y control de deficiencias de micronutrientes en niñas y niños de 6 meses a 5 años	33.1%	159
Prevención de la Desnutrición Aguda y Crónica en niños y niñas	15.2%	73
Alimentación Complementaria para la mujer embarazada y en periodo de lactancia	9.6%	46
Alimentación Complementaria para los y las adultos mayores	18.7%	90
Educación Nutricional para el Cambio de Comportamientos en Nutrición.	3.5%	17
Participación Comunitaria y Vigilancia Nutricional.	4.0%	19
Fortalecimiento de capacidades institucionales en nutrición	2.7%	13
No lo sé.	4.2%	20
<b>TOTAL</b>		<b>481</b>

**P25: ¿En su opinión, cuál de estos elementos del componente de nutrición del programa tiene menor éxito? (elija una opción solamente)**

Respondidas: 481 Omitidas: 205

OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
Prevención y control de las deficiencias de micronutrientes en niñas y niños menores de 2 años	11.9%	57
Prevención y control de deficiencias de micronutrientes en niñas y niños de 6 meses a 5 años	8.1%	39
Prevención de la Desnutrición Aguda y Crónica	8.5%	41
Alimentación Complementaria para la mujer embarazada y en periodo de lactancia	5.2%	25
Alimentación Complementaria para los y las adultos mayores	7.7%	37
Educación Nutricional para el Cambio de Comportamientos en Nutrición.	14.6%	70
Participación Comunitaria y Vigilancia Nutricional.	14.6%	70
Fortalecimiento de capacidades institucionales en nutrición	12.1%	58
No lo sé	17.5%	84
<b>TOTAL</b>		<b>481</b>

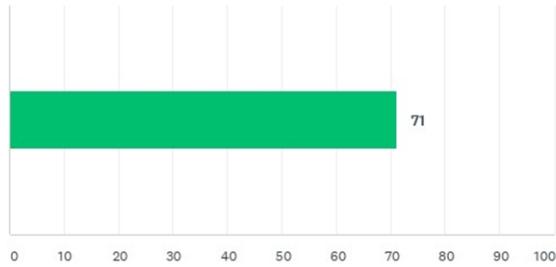
**P26: ¿Cómo valora la contribución del componente de Nutrición y Alimentación Saludable del Programa Prosoli para generar cambios en hábitos, prácticas y comportamientos relacionados con alimentación saludable y nutrición en las personas beneficiarias del programa Prosoli que asisten a la UNAP?**

Respondidas: 481 Omitidas: 205

	1	2	3	4	5	TOTAL	PROMEDIO PONDERADO
☆	2.5%	7.7%	29.1%	30.8%	29.9%		
	12	37	140	148	144	481	3.78

**P27: ¿Cómo valora la contribución Chispitas Solidarias para la Prevención y control de las deficiencias de Micronutrientes en niños y niñas de 6 a 59 meses?**  
**Rango: 0 nada eficaz a 100 muy eficaz**

Respuestas: 474 Omitidas: 212



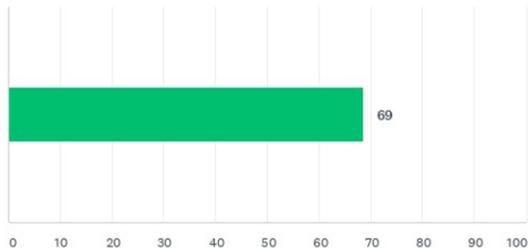
**P28: ¿En qué basa su respuesta a la pregunta anterior? (respuesta múltiple posible)**

Respuestas: 481 Omitidas: 205

OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS
Observación personal de casos atendidos	60.5% 291
Estadísticas mensuales de sistemas de vigilancia nutricional de las UNAP	28.7% 138
Protocolos de nutrición nacionales	12.9% 62
Información académica	6.9% 33
No aplica, no tengo experiencia en este tema	10.2% 49
Otro (especifique)	4.2% 20
Total de encuestados: 481	

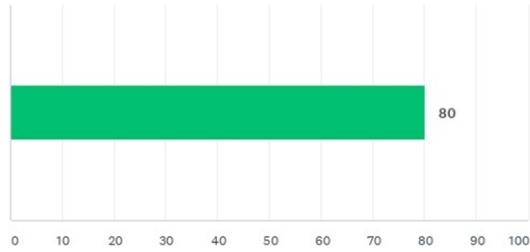
**P29: ¿Cómo percibe la aceptación de las Chispitas Solidarias por parte de las personas beneficiadas?**  
**Rango: 0 nada valorada a 100 muy valorada**

Respuestas: 469 Omitidas: 217



**P30: ¿Cómo valora la contribución del Alimento Complementario Fortificado (Progresina) para la prevención de la desnutrición (aguda o crónica) en niñas y niños?**  
**Rango: 0 nada eficaz a 100 muy eficaz**

Respondidas: 473 Omitidas: 213



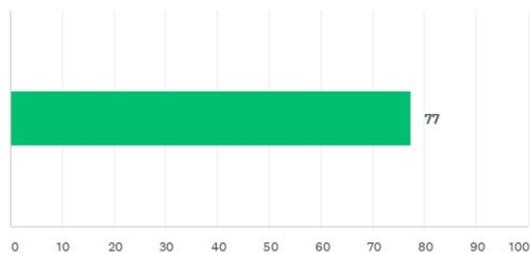
**P31: ¿En qué basa su respuesta a la pregunta anterior? (respuesta múltiple posible)**

Respondidas: 481 Omitidas: 205

OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS
Observación personal de casos atendidos	69.9% 336
Estadísticas mensuales de sistemas de vigilancia nutricional de las UNAP	27.4% 132
Protocolos de nutrición nacionales	13.3% 64
Información académica	7.3% 35
No aplica, no tengo experiencia en este tema	6.2% 30
Otro (especifique)	2.7% 13
Total de encuestados: 481	

**P32: ¿Cómo valora la contribución del Alimento Complementario Fortificado (Progresina) para la prevención de la desnutrición en mujeres embarazadas y en período de lactancia?**  
**Rango: 0 nada eficaz a 100 muy eficaz**

Respondidas: 466 Omitidas: 220



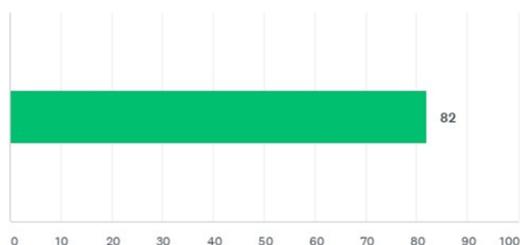
### P33: ¿En qué basa su respuesta a la pregunta anterior?

Respondidas: 481 Omitidas: 205

OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
Observación personal de casos atendidos	59.9%	288
Estadísticas mensuales de sistemas de vigilancia nutricional de las UNAP	19.5%	94
Protocolos de nutrición nacionales	7.7%	37
Información académica	3.5%	17
No aplica, no tengo experiencia en este tema	7.9%	38
Otro: especifique por favor	1.5%	7
<b>TOTAL</b>		<b>481</b>

### P34: ¿Cómo percibe la aceptación de la Progresina por parte de las personas beneficiada? Rango: 0 nada valorada a 100 muy valorada

Respondidas: 476 Omitidas: 210



### P35: ¿En su opinión, hay efectos negativos que se están produciendo en la población atendida a través del componente de Nutrición y Alimentación Saludable del Programa PROSOLI?

Respondidas: 481 Omitidas: 205

OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
No	72.8%	350
No lo sé	21.4%	103
Si (especifique por favor)	5.8%	28
<b>TOTAL</b>		<b>481</b>

P35 Respuestas SI, razones: no se consumen las Chispitas por mal sabor (n12) ; no siempre hay/faltan (n: 4); los niños no las toleran (n:2); las familias no tienen recursos para prepararlas bien (n:2); quejas de que están muy cerca a fecha de caducidad (n:1);

**P36: ¿En su opinión, se deberían incluir los datos de vigilancia, prevención y tratamiento nutricional que se lleva a cabo en las UNAP en el sistema de información de salud del país?**

Respondidas: 481 Omitidas: 205

OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
Si	83.6%	402
No	6.0%	29
No lo sé	10.4%	50
TOTAL		481

**P37: ¿ En qué región sanitaria trabaja actualmente?**

Respondidas: 481 Omitidas: 205

OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS	
Cibao Centro	25.2%	121
Cibao Occidental	17.3%	83
El Valle	0.0%	0
Enriquillo	14.3%	69
Este	3.1%	15
Metropolitana	11.0%	53
Norcentral	0.8%	4
Nordeste	7.1%	34
Valdesia	13.5%	65
Otro (especifique)	7.7%	37
TOTAL		481

**P38. Si tiene algún comentario u observación adicional sobre su experiencia en la implementación del componente de Nutrición Saludable del Programa PROSOLI en los servicios y sistemas de atención primaria, por favor escriba en esta casilla**

Respuestas: 156

**RESPUESTAS MAS COMUNES**

El programa aporta beneficios a las personas / es muy bueno / he visto a niños desnutridos mejorar

Ampliar a todas las personas que lo necesiten, también pacientes extranjeros

Mejorar la supervisión, que sea mas regular

Capacitar a los pasantes tambien

Incluir una cantidad mayor de alimentos para adultos mayores
No traer productos que van a caducar en poco tiempo
Las Chispitas son excelentes pero la población no las acepta, supuestamente porque saben a hierro. La Progresinas son bien aceptadas y toleradas, y se ve la evolución nutricional en los pacientes
Ajustar cantidades de entrega , a las necesidades de la comunidad – hacer un mejor calculo de quien las necesita
Hay una gran cantidad de envejecientes sin tarjeta que necesitan este programa
Continuar con el programa de manera continua

#	RESPUESTAS
1	Algunos beneficiario que no califican por si estado nutricional quieren que se le entregué la progresina Otros beneficiario le ha ido bien. Deben permitir que si un beneficiario no califica para las progresina debe entregar al que la necesite ahun no tengo la tarjeta . Proporcionar incentivo al personal de la UNAP que lleva ese programa.
2	Me gustaría que vinieran más seguido y traigan mayor cantidad
3	Que siga así para el bienestar del paciente
4	Es muy bueno lo que la institucion esta haciendo en las comunidades
5	Excelente programa.
6	Esta es una comunidad muy pobre y necesita más ayuda de programas alimentarios empleos . Ya que fue devastado por el lago Enriquillo
7	Este sistema ha sido de gran ayuda tanto para los niños como para los adultos y mujeres embarazadas, por la catidad de vitaminas que esta contiene.
8	No
9	Como lo he dicho hay que hacer una supervision directa, y así suplir los micronutientes a la población vulnerables
10	Si los suplementos alimenticios llegarán todos los meses sería un éxito
11	Solamente que tenemos dificultad con muchas madres que no quieren darle las chispitas a los niños ,porque ellos no la quieren . Afirma las madres
12	que se realice de manera periódica con fechas fijas
13	Es importante traer los componentes nutricional con fecha de vencimiento mas prolongado.
14	Ningun comentario
15	No comentario
16	Dar capacitación a los enlaces del programa ....
17	Que asignen un personal que le de seguimiento a los beneficiarios de prosoli .que ellos conoscan que pertenecen a ese programa. Muchas veces le pregunto a los pacientes y no saben.
18	Gracias
19	Capacitación
20	Este programa es muy beneficiario para la población, y he observado los beneficios en las personas beneficiadas.
21	La alimentación complemtaria es muy importante con la chispitas y la progresina en los usuarios del primer nivel de atención
22	Aplicar a todas las personas independientemente de que estén o no en el programa
23	No

24	Implementación de operativos para la entrega de alimentación complementaria, chispita y progresiva, en concordancia con el enlace, pediatras, nutricionistas. De igual manera, abastecer a los centros primarios del producto de una manera oportuna, y así mismo abastecer a los centros primarios de tallímetros.
25	Ninguno
26	Mayormente a las madres no se ven muy interesadas en recibir las chispitas porque dicen que los niños no se la comen en la comida . No le gusta el sabor .
27	Que se debe de incluir una cantidad mayor de los diferentes alimentos para los adultos mayores
28	Es util este programa por que ayuda a las persona para su suplemento nutricianales y ayudar la masa mas baja del país para que tenga una buena nutricion y adecuada masa corporal para reducir la desnutricion.
29	No sé implementa adecuadamente, vistan muy pocos los centros lo cual causa que no haya un correcto control nutricional en la población tanto adultos como niños
30	Favor de no traer progresina que esté a pocos días de vencerse para mayor provecho de los usuarios que la consumen
31	Deberían implementar a los pacientes extranjeros
32	Satisfecho con el trabajo y la coordinación hasta ahora.
33	Mayor capacitación al prrsonal
34	El personal de Prosoli debe adherirse más a la comunidad, el seguimiento oportuno a los casos. Las actualizaciones al personal de salud debería ser más frecuente u actualizado.
35	Debe dársele seguimiento, solamente vienen y luego desaparecen
36	Presentado buenos resultados nutricionales tanto en niños de 6 a 5 años como en adultos mayores y embarazadas con deficiencia de nutrientes.
37	Hagan una investigación de campo para detectar las falencias del programa a nivel nacional.
38	Debería ser un programa mejor supervisado. En mi experiencia como pasante, en el centro que estoy solo han ido a entregarla una vez y mi año ya casi termina y quien las entregó ni siquiera evaluaba los pacientes, solo los anotaba en un cuaderno con nombre y edad más el número de la tarjeta y ya. Ni siquiera le media IMC o lo que es aún más sencillo, no pesaba los pacientes. A nosotros los pasantes nadie nos ha capacitado para evaluar estados nutricionales ni seguimiento a esos pacientes, por eso considero este programa poco eficaz por la falta de capacitación y ejecución completa de sus protocolos que me imagino existen.
39	Más capacitación para los equipos de cpna metropolitana.
40	Que siempre esté disponible los alimentos
41	Excelente
42	No
43	No
44	Yo tengo experiencia y he visto los pacientes que presentan buena evolucion
45	Nada
46	Ninguna opinión
47	Entregar periódicamente y que se incluya a la población general, sin necesidad de tener la tarjeta SUPERATE

48	No quiero que se caiga el programa es muy bueno
49	No
50	Que no falten los insumos y que se le pueda entregar a toda la población que la necesite.
51	Mi experiencia a sido maravillosa ya que a través de estos programas he podido aprender a

valorar el grado de desnutrición en niños, embarazadas y ancianos

## Anexo 11. Grupos Focales

### Resultados Principales de los Grupos Focales virtuales con enlaces de familia de PROSOLI

Se organizaron 4 grupos de personal territorial de enlace de PROSOLI por WhatsApp por región. La lista de personal de Supervisores y Enlaces Comunitarios de PROSOLI durante el periodo de la evaluación fue proporcionada por PROSOLI a través de su red de Supervisores de Enlace. Se invitaron a más personas que fueron contactadas a través de los contactos de los Implementadores regionales del PMA, para aumentar la participación de personas desvinculadas con el programa, pero con experiencia durante el periodo de esta evaluación (2014-2020).

Se incluyeron a 91 personas en los grupos focales virtuales de WhatsApp, de las cuales 59 confirmaron su participación en las reuniones virtuales por zoom el día asignado. Participaron un total de 37 personas (32 mujeres y 5 hombres).

	Enlaces invitados al grupo por whatsapp que confirmaron participación	Enlaces que participaron en el Grupo Focal por zoom		
		Mujeres	Hombres	TOTAL
	<b>TOTAL</b>			
<b>Grupo 1 - Cibao Central y Occidental</b>	8	5	0	5
<b>Grupo 2 – El Valle y Enriquillo</b>	31	5	1	6
<b>Grupo 3 – Este y Nordeste</b>	20	6	1	7
<b>Grupo 4 – Metropolitana, Valdesia, Noreste y Noroeste</b>	32	15	4	19
<b>TOTALES</b>	<b>91</b>	<b>32</b>	<b>5</b>	<b>37</b>

**¿La población meta prepara y consume adecuadamente los micronutrientes en polvo (MNP, Chispita) y el alimento complementario fortificado (ACF, Progresina)? ¿Cómo lo saben?**

**Chispitas:**

“Las Chispitas hay que insistir en su uso correcto.”

“El sabor y aspecto de la Chispitas ha tenido retos para su consumo.”

“Cambiaron las cajas de las chispitas de azul al paquete amarillo y lo explicamos bien.

Yo aprendí que las Chispitas se pueden esconder en un guineo, y así el niño no lo rechaza. El niño rechaza por sabor o color la comida.”

“Creo que con las Chispitas todavía cuesta – yo estoy en el área de salud, y tengo un compromiso mayor con la comunidad. La Chispitas en un tema difícil, según los beneficiarios no sabían prepararla. Los niños no les gusta el alimento negro, y esto quiere decir que tenía que explicar la importancia de las Chispitas.”

“Hay personas que no saben el manejo de la Chispita – mal sabor – prepáraselo en 2 cucharas de comida, se pone oscura por el hierro. Mejor insertar la comida sin que el niño lo supiera. En el guineo se esconde bien el sabor.”

#### **Progresina:**

“La Progresina les gusta a todos.”

“Muchas familias son vulnerables, alimentan a su familia con lo que pueden. Nosotros aprendimos a hablar de algunos temas y dar acompañamiento.”

“La Progresina las familias la consumen bien, ni la regalan ni venden.”

“Aunque tienen que gastar para la leche (y nos pedían la leche también), la valoran y usan las diferentes recetas como tostarla, hacerla como la avena o la maizena, o una papilla de maíz de que preparaba aquí hace tiempo.”

#### **¿Cómo valoran el componente de fortalecimiento de capacidades del programa – las capacitaciones del PMA? (utilidad para la aplicación al trabajo; facilidad de absorción de conocimientos nuevos, oportunidad de tener respuestas a dudas y apoyo en temas de nutrición, género, inclusión y protección);**

“En cuanto a nutrición, el PMA nos dio instrucciones de cómo preparar las Chispitas y la Progresina. Si ellos nos daban las charlas antes de que el producto llegara.”

“Las entregas eran cada 4 meses, y así se nos iba formando. “

“El pilón de la alimentación es un componente importante – grupos de alimentos (no entendí bien esta contribución)”

“Nosotros no somos médicos – pero hemos aprendido a orientar, por ejemplo, a los diabéticos, a las embarazadas que están en sobre peso”

“Un taller sobre la combinación de los alimentos – en el campo por pobreza comen plátano y pasta justos – carbohidrato 2 veces, un taller sobre la alimentación sana.”

“Yo he podido hacer una charla en mi iglesia por que hable del tema de la embarazada”

“Me enseñaron en una charla sobre el uso de la chispita en un guineo maduro o poquito de lechosa, para la aceptación de los niños, y de dársela fría. De una vez todo el sobre. Progresina se puede preparar con leche.”

“Me enseñaron como preparar los productos. El PMA me enseñó que se prepara de diferentes formas, para que pueda consumir con varias recetas, hasta se puede tostar, yo se la he preparado a mi papa y sale muy buena.”

“Recuerdo muy bien los 3 días de formación, el PMA nos explicó muy muy bien. Los diferentes productos y grupos de beneficiarios. Un taller para apuntar de cómo darnos cuenta si el niño estaba nutrido o no, aprendimos varios pasos en ese taller para dar seguimiento. Una vez llegaba el producto, nosotros éramos avisados, y nosotros ayudábamos a los médicos para pesar y apuntar, acompañábamos a las familias a la UNAP.”

“Nuestras formaciones eran cada 2 meses de 5 a 8 – siempre nos volvía a decir y dar los brochure, repetir la información nutricional. Como el producto se da cada 2 meses, las formaciones eran cada 2 meses que es lo correcto. La capacitación era también de como aconsejar a la familia de cocinar – la Progresina con leche, pero la chispita mejor en un guineo o habichuela para que no se ponga negro”

“Gran trabajo que hace al PMA a través de ese suplemento a las familias más necesitadas – yo he visto muchas familias pobres con muchos niños, aunque no tengan recursos. Esa Progresina de niños les salva la vida. Si llega a la UNAP yo voy a por las familias para llevarlas a la UNAP, la harina con las vitaminas. Para las embarazadas igual no todas deben tomarla porque aumenta el peso, pero los niños y los envejecientes, les gusta”

“El taller de 3 días en el ayuntamiento en que nos enseñaban para quien era que producto. Enfocar y acompañar a la familia a al UNAP para su peso y talla. No todos están desnutridos. Lo llaman el alimento, porque lo ven como algo favorable. ”

“Cada dos meses nos daban un tallercito cuando venían las chispitas. Nos daban la tarjeta para la corresponsabilidad. Seguimiento por teléfono, y la cantidad de producto para reportar. Muy organizado todo con la supervisora de campo”

“Recuerdo y reitero que había una familia que me decía una familia que el sabor de la chispita no le gustaba. Y PMA nos dieron orientaciones – pero que se haga sin que los niños lo vean, prepararse.”

“El PMA mandaba su calendario para el taller de capacitación. Para la jornada de salud, con los médicos. Se distribuían los productos. El tema central era la distribución, con esas charlas. Más apoyo al beneficiario, de qué manera se iba a hacer el operativo. Los médicos están en la UNAP. y a veces en la comunidad.”

“Nos dieron recetas como lo de la mantequilla de maní, arroz con leche, para variar el uso de la Progresina. Esta formación no era constante, pero si nos orientaban. ”

“En las Jornadas de capacitación – el PMA y los médicos nos han capacitado en varios temas. Pero no en las visitas a las familias.”

“Los médicos también impartían temas de salud – cáncer de mama, así se nos capacitaba a nosotros los enlaces durante las actividades de la UNAP.”

“No hemos asistido a reuniones de planificación, eso es quizás a nivel de los supervisores de territorio”

**¿Cómo ha sido la coordinación con las UNAP y el PMA para este programa? ¿Qué actividades han hecho conjuntamente? ¿Han hecho visitas de seguimiento a las personas beneficiadas con los agentes de salud de la UNAP?**

“Cuando venía el PMA le dábamos la charla a los beneficiarios, hacíamos muestras y pruebas con y sin Chispita, si se sabe preparar, no sabe a nada.”

“No teníamos reuniones con todos.”

“Pero individualmente con los médicos, o el PMA.”

“Coordinación con los médicos y Prosoli siempre el PMA convocaba a todos”

“El PMA manda un cronograma de sus actividades, pero Prosoli capacitaba constantemente. Dependiendo en el mes de marzo, cáncer de mama.”

“Los promotores de salud hacen visitas domiciliarias con el médico para los envejecientes. Yo me coordine con ellos a veces”

“Yo también he hecho visitas con los promotores”

“Pero el seguimiento del niño se hace en la consulta. Nosotros también aprendimos a pesar y tallar (no quedo claro este comentario y si los enlaces registran datos antropométricos)”

“En la UNAP aquí los Promotores de salud hace sus visitas no nos convocan para ir con ellos. Salud hace su trabajo ellos no nos contactan. Ellos no saben quiénes son los participantes de Solidaridad, ellos no diferencian. Y por eso no nos llaman. Yo he llevado gente a la UNAP que no tiene tarjeta y la UNAP le da seguimiento, y aunque no están en Prosoli, yo sigo dándole acompañada. Por ejemplo, veo una señora muy mal educada que se ve desnutrida, y le pido a la UNAP si la pueden atender, y ella recibí Progresina por parte del médico aunque no está en Prosoli.”

“A mí me pide la señora que recove Progresina que le demos la leche y el azúcar – algunos tienen pocos recursos.”

“Yo tampoco he hecho visitas con los promotores de salud. Aquí la UNAP queda un poco lejos y aquí, así que hacía yo unas reuniones antes del covid cuando llegaban los alimentos. Cada mes en la UNAP tocaba una charla diferente, temas de salud por ejemplo no junten arroz con espagueti – índice glucémico es un problema en muchos, mi supervisor nos apoyaba para dar las charlas de salud.”

“Cuando el PMA hace las reuniones con los supervisores de campo, también convoca a los de salud. Pero las visitas son aparte. ”

“Confirmando lo mismo acá. El PMA los convocan”

“Por lo de La corresponsabilidad en salud es el trabajo de Prosoli, ahora Supérate, no del PMA. Salud es la tercera de las corresponsabilidades. Para evitar desnutrición y enfermedad.”

13.

### **¿Qué efectos positivos y/o negativos del programa han visto y como han superado los retos?**

“Al principio se hace difícil para cambiar los hábitos”

“Nosotros recibíamos formaciones – siempre tenía que llevar material para regalarle”

“Un señor mayor cambio de comer tanta grasa y margarina, y se fue acostumbrando”

“Comen más fruta porque saben que hay vitaminas – y le bajo el colesterol cuando iba a su análisis”

“Es un placer llevar un mensaje a las familias de cómo pueden cambiar el consumo de arroz y espagueti para no combinarlos – un padre que se veía gordo y no le gustaba la Progresina ni las chispitas, y se quejaba de los productos y esto afectaba que los niños no se lo comían por oírlo. Y el niño estaba gordo”

“En una familia la comida balanceada, era algo que no habían oído. Las Chispitas abren el apetito. Yo vine y la preparé en casa con él, le mostré que la Chispita fría no saba mala y yo mismo se lo di a los niños.”

“Aquí lo del huerto sembrar para tener un plátano una yuca ha sido en seguridad alimentaria y lo consumían y generaban ingresos, porque no tenían dinero. Y les concientizábamos que un huerto sin pesticidas es sano. En cuanto a Chispitas y Progresina, nosotros concientizábamos como prepararlo, la papilla de guineo con el polvo de la chispita”

“Comer mejor con menos dinero con buenas recetas.”

“Llevo 10 años en este programa y he visto de todo, y todos los días se aprende. Que no me diga ningún enlace que ya sabe hacerlo todo porque se presentan muchas situaciones.”

“A mí me maravillo como las familias se comprometieron a hacerse sus chequeos de salud. Los hombres que son más reacios a examen de próstata, y ver ese cambio de primera mano y como me lo decían sabiendo que eso no lo sancionan”

“He vivido esto de como las mamás cambiaron su hábito en cuanto al ir a por examen de mama – ha aumentado la concientización de la corresponsabilidad.”

“Hemos visto cambios buenos en la corresponsabilidad como lo han dicho las compañeras, la consulta sana, y las mamás nos dicen “ya llevé al niño” cuando me ven por la calle.”

“Muchos beneficiarios hemos visto que no sabían que podían ir a hacerse examen de mama, examen de próstata, para prevenir. Sobre todo los hombres, que en general no van tanto a la UNAP.”

“El seguimiento en la familia se hace cada 2 meses, molesta mucho a las familias, porque se les piden copias de cedula, de vacunas etc a los niños, se molestan”

“Hemos logrado que las familias se concienticen que hay que darlo el negro de la Chispita asusta y creen que se van a intoxicar. A los envejecientes a través de la proteína le va a ir mejor. La persona mayor pierde fibra muscular, yo tengo muchas familias con envejecientes y me llaman la muchacha de la vitamina. También a las embarazadas- estoy muy contenta con estos productos.”

“Nuestra supervisora lo que hicimos en esa parte era tomar el numero de la cedula y le sacábamos copia y a las actas de nacimiento las tenemos guardadas en un sobre, así Prosoli tiene eso organizado para sus familias. Entendemos de que a veces nos apresuran y nos piden levantamiento de información – las nuevas embarazadas, por ejemplo, y para tener la información a mano fue una idea que surgió. Mi supervisora tiene los datos.”

“Durante la [pandemia del covid](#) se crearon grupos de whatsapp para mantener el contacto.

“Yo tenía mi grupo de whatsapp para mis 9 núcleos, yo buscaba el teléfono de la prima si una familia no tenía teléfono, para poder animarles – no se cerró el programa ni la UNAP, nosotros organizábamos en grupos de 7 personas máximo para la UNAP pactad con el médico. Cada supervisor llevaba a sus personas poco a poco, no faltó producto. Yo Sali el 15 de enero y el 9 yo iba trabajando en las familias antes de que “

“En mi área, no fue así. La UNAP cerro, el personal nos mandaron al hogar sin el contacto.”

“Nos han desvinculado a muchos enlaces. Como pueden los nuevos saber lo que nosotros tardamos en aprender. Esos productos se han traído aquí pero no se si el personal nuevo sabe todo lo que sabemos nosotros. Han dejado un vacío. “

### **¿Desde su punto de vista, como se podría mejorar el componente de nutrición del programa?**

“El programa no le faltan componentes es un programa muy bueno. Solo que nos desvincularon con todo lo que hemos aprendido. “

“Puntualidad (en la convocatoria), ser responsables, nos convocan para reuniones y a veces se cancelan, se cambia la fecha, y eso nos complica el trabajo de enlace.”

“Desde mi punto de vista en mi zona, como que veo que cuando se traigan los suplementos como se encargara alguien del PMA con los doctores y los supervisores de enlace – que se convoquen de manera organizada, me gustaría así. “

“Planterase si se comprar la Progresina en el mercado libre había que ponerle precio, y los que tienen dinero pueden consumirlo ya que es un producto bueno. Pero que se siga dando a las familias vulnerables que ellos lo necesitan y puede que no lo compren porque no entienden que es bueno.”

“Si tenemos el producto en mercado no tenemos que estar esperando contenedores y retrasos de suministro como nos ha pasado”

“Yo estoy de acuerdo que ese producto es bueno, se lo daría a mis hijos si lo pudiera comprar en el mercado. “

“El estado debería de asumir el costo del producto para llegar a las familias más vulnerables – es un producto para familias de caso recurso. Y que siga llegando.”

“Que los 3 actores dieran una charla bien buena, charla de motivación cuando reciban su micronutriente. Somos los encargados de traer a las familias. Principalmente en las embarazadas, niños desnutridos, envejecientes. Que se haga así por el PMA. Me gusta la idea de charlas colectivas – cuando no hay covid – convocar por partes. No me importaría ese trabajo de convocación”

“Concientizar más al personal de las UNAP – yo me encontré caso con un médico que se siente molesto que la UNAP es solo para los de Prosoli, porque cuando llega el micronutriente llega mucha persona y hay que agendar bien por que aumenta la carga de trabajo de la UNAP ese día.”

“Los micronutrientes según le corresponde a la UNAP, un % es para la UNAP, y el resto es para el programa. Concientizarlos más a lo que conlleva la corresponsabilidad de salud – que los hogares serán sancionados. Hay mucho beneficiario que va mensual para que no le sanciones, que el equipo de salud no le tiene que poner mala cara. La de 0-2 se mide y la de 3-5 se mide – para el seguimiento del niño.”

“El hierro sabe así – yo sugiero que se refuerce el mensaje a los padres que esto es un nutriente, hay que obligarles, que medicamento tiene buen sabor. La caja de chispitas es de 30 días, hay que reforzar el mensaje.”

“Hay que seguir motivándolos, concientizar a los padres de que las Chispitas son buenas para sus niños.”

“Estoy de acuerdo es concientizarlos / buscar forma.”

“Estoy de acuerdo que hay que seguir dándole la información de que eso hace bien. A los niños de menos de 3 años no se les puede convencer, hay que dárselos.”

“La fecha de vencimiento del producto muchas veces pasa- se vencían los que llegaron en junio, se vencían en julio. Esto hay que verlo para tener una fecha de 6-7 meses.”

---

### **Los frutos del Programa PROSOLI – y los componentes relacionados con nutrición subrayados**

1. Acta de nacimiento
2. Cédula de identidad

#### **Salud Integral – sexta y séptima visita**

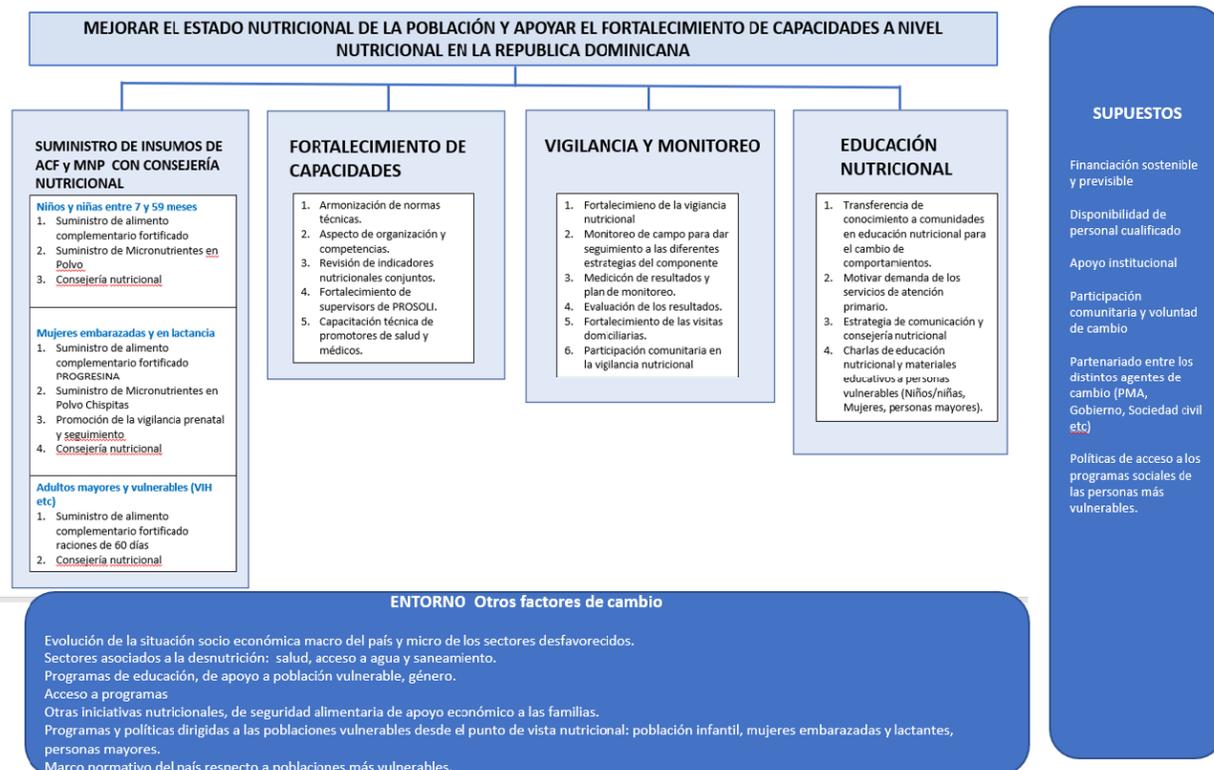
1. Hijos con esquema de vacunación
2. **Embarazadas bajo seguimiento de la UNAP**
3. Mujeres 35 años con examen de Papanicolau y mamas
4. Miembros consultados en UNAP
5. Miembros referidos a otros servicios de salud
6. Adolescentes y jóvenes orientados/as en prevención ITS, VIH/SIDA

7. Mujeres y hombres en edad fértil usan métodos de prevención de embarazos en adolescencia y de alto riesgo
8. Hombres a partir de los 40 años con prueba PSA
9. **Mujeres orientadas sobre la lactancia materna**

#### **Seguridad alimentaria y nutrición y generación de ingresos - visita número 10**

1. Familia produce alimentos para autoconsumo y/o venta
2. Familia utiliza el subsidio dieta saludable
3. **Familias capacitadas en nutrición**
4. Integrantes de la familia con capacitación técnico y profesional
5. **Familias capacitadas en nutrición y cocina sana**
6. Familias mejoran ingresos a través de emprendimientos productivos

# Anexo 12. Teoría de cambio



# Acrónimos

<b>AAP</b>	Responsabilidad con Poblaciones Afectadas
<b>ADOPLAFAM</b>	Asociación Dominicana de Planificación Familiar
<b>ACNUR</b>	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
<b>ACOPRO</b>	Acción Comunitaria para el Progreso
<b>CCE</b>	Comité Conjunto de la Evaluación
<b>CAD</b>	Comité de Ayuda al Desarrollo
<b>CEPROSH</b>	Centro de Promoción y Solidaridad Humana
<b>CESAL</b>	Organización de ayuda humanitaria internacional española
<b>CIMUDIS</b>	Círculo de Mujeres con Discapacidad
<b>COIN</b>	Centro de Orientación e Investigación Integral
<b>CONANI</b>	Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia
<b>CONAPE</b>	Consejo Nacional de Atención a la Persona Envejeciente
<b>CONASSAN</b>	Consejo Nacional para la Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional
<b>CPN</b>	Centro de Salud del Primer Nivel
<b>CRF</b>	Marco de Resultados Corporativos del PMA (por sus siglas en inglés: Corporate Results Framework)
<b>EE</b>	Equipo de Evaluación
<b>ENDESA</b>	Encuesta Demográfica y de Salud
<b>GEWE</b>	Gender Equality and Women's Empowerment
<b>GRE</b>	Grupo de Referencia de la Evaluación
<b>IDDI</b>	Instituto Dominicano de Desarrollo Integral
<b>IMC</b>	Índice de Masa Corporal
<b>INABIE</b>	Instituto Nacional de Bienestar Estudiantil
<b>INAIFI</b>	Instituto Nacional de Atención a la Primera Infancia
<b>MAD</b>	Dieta mínima aceptable (por sus siglas en inglés)

<b>MAM</b>	Desnutrición aguda moderada
<b>MDD-W</b>	Dieta Mínima diversificada para mujeres (por sus siglas en inglés)
<b>MEPYD</b>	Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo
<b>MSP</b>	Ministerio de Salud Pública
<b>MSP</b>	Ministerio de Salud Pública
<b>MUDE</b>	Mujeres en Desarrollo Dominicana
<b>OCDE</b>	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
<b>OdE</b>	Oficina de Evaluación
<b>ODS</b>	Objetivos de Desarrollo Sostenibles
<b>OIM</b>	Organización Internacional para las Migraciones
<b>OP</b>	Oficina de País
<b>PCP</b>	Programa Comer es Primero
<b>PEP</b>	Plan Estratégico de País
<b>PMA</b>	Programa Mundial de Alimentos
<b>PROSOLI</b>	Progresando con Solidaridad
<b>SGCED</b>	Sistema de Garantía de Calidad de las Evaluaciones Descentralizadas
<b>SENASA</b>	Seguro Nacional de Salud
<b>SFS</b>	Seguro Familiar de Salud
<b>SISDOM</b>	Sistema de Indicadores Sociales de la Republica Dominicana SISDOM
<b>SIUBEN</b>	Sistema Único de Beneficiarios
<b>SNS</b>	Servicio Nacional de Salud
<b>TDC</b>	Teoría del Cambio
<b>UNAP</b>	Unidad de Atención Primaria
<b>UNICEF</b>	Agencia de las Naciones Unidas para la Infancia
<b>WFP</b>	World Food Programme

**Oficina de Evaluación**

**Oficina del PMA en República Dominicana**

Programa Mundial de Alimentos

Via Cesare Giulio Viola 68/70

00148 Roma, Italia

Tel. +39 06 65131

[es.wfp.org](http://es.wfp.org)