



Evaluación conjunta de la entrega de Alimento Complementario Fortificado en Guatemala

Informe de evaluación descentralizada

Versión final
Oficina de Guatemala

4 de agosto de 2023

Personal clave para la evaluación

PMA Guatemala

Gestora de la evaluación: Hagar Ibrahim

PREPARADO POR

Victoria Sánchez Esteban, líder del equipo

Margarita Lovón Castro, evaluadora sénior y colíder de la evaluación

Ailhyn Bolaños Ulloa, especialista en evaluación participativa

Néstor Moreno Velásquez, evaluador emergente

Alba Barrutieta San Miguel, evaluadora emergente

Agradecimientos

El equipo de Evaluación desea agradecer a todas las personas e instituciones que nos proporcionaron apoyo e información a lo largo del proceso de la Evaluación y en particular al personal de la Oficina País del Programa Mundial de Alimentos en Guatemala por su colaboración en todo momento. Deseamos igualmente mostrar un agradecimiento especial al equipo de la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia (SESAN) encargado de la elaboración de los informes de estadísticas de personas beneficiarias, que ha realizado un análisis conjunto de la información procedente del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) específicamente para esta evaluación, así como a los equipos del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y de la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN), por su disponibilidad.

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
1. Introducción	1
1.1. Características de la evaluación	1
1.2. Contexto	3
1.3. Objeto de la evaluación	8
1.4. Metodología, limitaciones y consideraciones éticas de la evaluación	16
2. Hallazgos de la evaluación	24
P.E.1. ¿En qué medida el programa mantiene coherencia con las principales políticas y estrategias de prevención de desnutrición e igualdad de género por parte de MIDES, MSPAS, SESAN y del PMA y del Gobierno de Guatemala en general?	24
P.E.2. ¿En qué medida se ha proporcionado asistencia de manera diferenciada en áreas geográficas y grupos de poblaciones priorizados, de acuerdo a sus necesidades y a demanda del MSPAS e instancias locales (CODESAN, COMUSAN, COCOSAN)?	29
P.E.4. ¿En qué medida la colaboración y coordinación entre las cuatro instituciones a los diferentes niveles fue eficiente y oportuna?	44
P.E.3. ¿Cuáles son los resultados que ha obtenido Nutrin niños de entrega de ACF respecto su población meta?	49
P.E.5. ¿Hasta qué punto las perspectivas de género e inclusión fueron integradas en la planificación, ejecución y monitoreo de NUTRINIÑOS?	67
3. Conclusiones, recomendaciones y lecciones aprendidas	73
3.1. Conclusiones	73
3.2. Recomendaciones	78
3.3. Lecciones aprendidas	83
Anexo 1. Resumen de los términos de referencia	84
Anexo 2. Calendario	87
Anexo 3. Matriz de evaluación	88
Anexo 4. Análisis detallado de las partes interesadas	95
Anexo 5. Contexto de la evaluación detallado	100
Anexo 6. Metodología	109
Anexo 6.1. Herramientas de recopilación de datos	117
Anexo 6.2. Agenda del trabajo en el terreno	169
Anexo 6.3. Localizaciones del trabajo de campo	175
Anexo 6.4. Lista de personas entrevistadas	176
Anexo 7. Mapeo de los hallazgos, conclusiones y recomendaciones	178
Anexo 8. Bibliografía	180
Anexo 9. Salidas de las encuestas realizadas (tablas de frecuencias y gráficos)	182
Anexo 10. Listado de hallazgos	209
Acrónimos	213

Listado de figuras

Gráfico 1. Departamentos de Guatemala con incidencias más altas de pobreza extrema	3
Gráfico 2. Departamentos con más altas prevalencias de desnutrición crónica.....	4
Gráfico 3. Porcentajes de desnutrición crónica por características socioeconómicas.....	5
Gráfico 4. Niños y niñas de 6-23 meses que recibieron al menos una entrega.....	12
Gráfico 5. Niños y niñas de 24-59 meses que recibieron al menos una entrega.....	12
Gráfico 6. Calidad del ACF que llega al establecimiento de salud	31
Gráfico 7. Dificultades del establecimiento de salud para la distribución del ACF.....	32
Gráfico 8. Llegada del alimento al establecimiento de salud	34
Gráfico 9. Cantidad del ACF que llega al establecimiento de salud.....	34
Gráfico 10. Lugar de recogida del alimento.....	36
Gráfico 11. Tiempo de viaje declarado para ir a recoger el ACF	37
Gráfico 12. Dificultades para recoger el alimento	37
Gráfico 13. Regularidad en la llegada del ACF a centros/puestos de salud.....	38
Gráfico 14. Total de bolsas entregadas por semana y año	39
Gráfico 15. Rol en la entrega del alimento ACF.....	42
Gráfico 16. Número de población beneficiaria atendida con ACF estimada por SESAN	50
Gráfico 17. Porcentaje estimado de población de 6 a 23 meses con al menos una entrega de ACF (al 28.12.2022)	51
Gráfico 18. Porcentaje de entregas de ACF reales e ideales por Departamento.....	52
Gráfico 19. Percepción de las personas usuarias sobre la ayuda a los niños y niñas del ACF.....	53
Gráfico 20. Proporción de personas usuarias según conocimientos de la forma adecuada de preparación del ACF y número de veces que se debe comer al día.....	54
Gráfico 21. Proporción de niños y niñas según número de grupos de alimentos que consumen, por grupo de edad	55
Gráfico 22. Recomendaciones de enfermeras auxiliares	57
Gráfico 23. Proporción de madres que conocen los pasos para la preparación adecuada del ACF.....	58
Gráfico 24. Proporción de personas usuarias que conocen los pasos para la preparación adecuada del ACF en el orden correcto	59
Gráfico 25. Proporción de niños y niñas según tipo de preparación del ACF, por grupo de edad.....	59
Gráfico 26. Proporción de niños y niñas según cantidad de ACF que reciben por vez, por grupo de edad ...	60
Gráfico 27. Proporción de niños y niñas según frecuencia de consumo de ACF por día, por grupo de edad	61
Gráfico 28. Proporción de niños y niñas según frecuencia de consumo de ACF por semana, por grupo de edad.....	61
Gráfico 29. Persona encargada de preparar y dar el ACF en función de su relación con el niño o niña	71
Gráfico 30. Porcentaje de niños mayas y ladinos en función del número de grupos de alimentos que consumen	72

Gráfico 31. Porcentaje de niños que se encuentran con peso normal y bajo peso en función a su pueblo de pertenencia..... 72

Listado de tablas

Tabla 1. Porcentajes de desnutrición crónica según edad	4
Tabla 2. Situación nutricional de mujeres en edad fértil	5
Tabla 3. Evolución del alcance del ACF según los acuerdos suscritos.....	10
Tabla 4. Adquisiciones de ACF realizadas por anualidades.....	16
Tabla 5. Preguntas de evaluación, criterios y subpreguntas	18
Tabla 6. Consideraciones éticas, riesgos y salvaguardias	22
Tabla 7. Limitaciones encontradas y medidas de mitigación.....	23
Tabla 8. Puntos de alineamiento entre las políticas nacionales y Nutrin niños	28
Tabla 9. Otras cuestiones relacionadas con la calidad del producto	33
Tabla 10. Factores facilitadores y dificultades para el logro de resultados	62

Listado de diagramas

Diagrama 1. Flujo básico de funcionamiento de Nutrin niños	13
Diagrama 2. Teoría de cambio validada.....	15

Resumen

INTRODUCCIÓN

1. La evaluación intermedia de la Entrega de Alimento Complementario Fortificado (ACF) en Guatemala (Nutriniños) durante el periodo 2020-2022 fue promovida conjuntamente por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia (SESAN) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA), con el triple propósito de obtener aprendizajes, rendir cuentas a las partes interesadas y orientar el diseño de un futuro programa que dé continuidad a la iniciativa actual.

2. Guatemala tiene una población de 17 millones de personas y un territorio de 108.890 kilómetros cuadrados, divididos en 22 departamentos. Uno de sus mayores retos es la inseguridad alimentaria y nutricional de la población, con una alta tasa de desnutrición crónica en menores de 5 años (46,5 por ciento). Durante los últimos años, el gobierno lanzó la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición (GCNN), estrategia dirigida a mejorar la nutrición de la población empobrecida. En su marco se define una intervención de Entrega de Alimento Complementario Fortificado (ACF), objeto de esta evaluación. El ACF en su inicio buscaba mejorar la ingesta de nutrientes del grupo destinatario, para prevenir la desnutrición crónica en niños y niñas de 6 a 23 meses. Más adelante, a este objetivo se añadió el de contribuir a la recuperación de la desnutrición aguda en niños y niñas de 24 a 59 meses. Para lograrlo, el alimento debe proporcionarse adecuadamente en términos de higiene, forma de preparación (papilla) cantidad, periodicidad y durante un periodo de tiempo suficiente.

3. Según estimaciones de la SESAN, el ACF ha alcanzado a 1.010.664 niños y niñas de 6 a 59 meses de edad entre enero de 2021, momento de la primera entrega, hasta diciembre de 2022. Inicialmente el ACF se distribuyó en los mismos municipios en los que se desarrollaba la GCNN, pero experimentó ampliaciones sucesivas para adaptarse a las circunstancias cambiantes (pandemia, tormentas tropicales) hasta alcanzar los 22 departamentos del país desde octubre de 2022.

4. El Estado guatemalteco destinó 155,27 millones de quetzales a la compra del producto entre septiembre de 2020 y diciembre de 2022. Nutriniños es implementado por tres entidades gubernamentales (MIDES, MSPAS y SESAN), apoyadas por la Oficina de País del PMA, quien se encarga de comprar el alimento y distribuirlo a los establecimientos de salud. A nivel departamental, municipal y comunitario hay otros actores involucrados, como las plataformas de coordinación multisectorial.

5. Las instituciones gubernamentales cuentan con roles diferenciados: MIDES es responsable de la custodia del alimento a nivel central y de asegurar la disponibilidad de fondos para su adquisición; MSPAS se encarga de la entrega del alimento a las personas usuarias y de darles consejería; finalmente, SESAN es responsable de la promoción y comunicación, del monitoreo de resultados y de la coordinación del conjunto.

METODOLOGÍA

6. La evaluación combinó tres enfoques (evaluación centrada en el uso, enfoque orientado por la teoría y evaluación basada en criterios) y respondió a cinco preguntas, utilizando métodos mixtos (técnicas cuantitativas y cualitativas) y talleres participativos. Entre las técnicas cuantitativas, se realizó una encuesta a personas beneficiarias, utilizando muestreo intencional (442 respuestas válidas, 437 mujeres) y otra a personal sanitario (muestreo a voluntad; 919 respuestas, sin datos por sexo). De las cualitativas, se realizaron 24 entrevistas individuales y grupales con instituciones participantes en Nutriniños (55 personas, 47 mujeres); 4 grupos focales, 2 con monitores de SESAN (42 personas, 24 mujeres) y 2 con nutricionistas de las Áreas de Salud, (22 personas, 22 mujeres); reuniones con 3 Comisiones Municipales de Seguridad Alimentaria y Nutricional (18 personas, 10 mujeres) y 5 talleres participativos con personas usuarias del ACF (50 personas, todas mujeres). La información obtenida permitió una adecuada triangulación y responder a todas las preguntas de evaluación.

7. La evaluación no incluyó un análisis de impacto, puesto que no se disponía de información sobre los cambios nutricionales en niños y niñas que recibieron ACF. En consecuencia, para la valoración de los resultados de la intervención se recurrió a fuentes indirectas.

HALLAZGOS

¿En qué medida Nutriniños mantiene coherencia con las principales políticas y estrategias de prevención de desnutrición e igualdad de género por parte de MIDES, MSPAS, SESAN y del PMA y del Gobierno de Guatemala en general?

8. La entrega de alimento complementario orientado a la población infantil una estrategia de prevención de la desnutrición crónica incluida en las políticas nacionales de seguridad alimentaria y nutricional, que también resaltan la importancia de focalizar las actuaciones en la población en riesgo o situación de vulnerabilidad a la desnutrición. Por ello, Nutriniños es coherente con esas políticas y estrategias. La coherencia sería mayor si se hubiera planteado algún proceso de participación de la población destinataria o si se hubieran establecido mecanismos de retroalimentación.

9. Nutriniños constituye una acción específica integrada en un plan integral de lucha contra la desnutrición (GCNN), pero no se han identificado sinergias con otras actuaciones del plan, ni siquiera con las realizadas por las instituciones que participan en ambos.

10. La base de las actuaciones de entrega del ACF fue un Convenio entre las cuatro instituciones, por lo que no existe un documento de concepción integral de la intervención, con una teoría de cambio y una base para el monitoreo y la evaluación de productos, resultados y efectos. No se han aprovechado totalmente los aprendizajes de las evaluaciones de intervenciones anteriores de ACF, que muestran hallazgos y conclusiones muy similares a los evidenciados por esta evaluación.

11. La entrega de ACF no fue concebida con enfoque de igualdad de género. En consecuencia, ninguno de los documentos en los que se sustenta lo incorpora. Sin embargo, durante su implementación hubo esfuerzos para su integración en algunos procesos, como la desagregación por sexo y pueblo de las estadísticas del ACF.

¿En qué medida se ha proporcionado asistencia de manera diferenciada en áreas geográficas y grupos de poblaciones priorizados, de acuerdo a sus necesidades y a demanda del MSPAS e instancias locales?

12. Los primeros eslabones de la cadena de aprovisionamiento han funcionado bien. La mayor parte de las compras de alimento se realizaron fuera del país, donde el producto se ajustaba más a los criterios de selección. La falta de disponibilidad en algunos mercados exigió recurrir a diferentes proveedores, lo que condujo a cambios de color, textura y sabor en el producto que han afectado a su aceptabilidad.

13. En el resto de la cadena, las mayores oportunidades de mejora son la coordinación para el transporte a los servicios de salud y el almacenamiento en ellos, y la distribución del alimento a las personas beneficiarias por parte del personal sanitario, quienes no valoran muy positivamente esta forma de distribución, pero sí la calidad del producto y su empaque y presentación.

14. En términos generales, el ACF llega a los establecimientos de salud a tiempo y en la cantidad solicitada o en un volumen mayor. La demanda de producto de los servicios de salud es frecuentemente conservadora, por preocupación a superar la fecha de vencimiento sin poderlo entregar, lo que conllevaría responsabilidades económicas inmediatas para el personal de salud. En términos cuantitativos, la sobrecarga de este personal impide una ampliación de cobertura absoluta (número de niños y niñas que participan en Nutriniños) o de su intensidad (número de entregas por niño o niña). Cualitativamente, las capacidades del personal de los establecimientos de salud son básicas, lo que dificulta la labor de consejería a las personas usuarias.

15. La distribución del alimento a las comunidades no llega con suficiente amplitud, especialmente en el caso de las más lejanas y aisladas. Existen especiales dificultades para las madres que recogen el alimento, ya que deben desplazarse a pie, en ocasiones con cargas muy pesadas. Se constata que los padres no participan en este proceso.

¿Cuáles son los resultados que ha obtenido la entrega de ACF con respecto a su población meta?

16. La cobertura del ACF a nivel nacional, con al menos una entrega, fue del 88,7 por ciento de la niñez de 6 a 23 meses, con un buen balance por sexo y mayor cobertura en población indígena. Sin embargo, la gran mayoría no están recibiendo el número de raciones recomendado por los lineamientos del MSPAS en el periodo en el que son elegibles. Según estimaciones de SESAN, apenas el 13,7 por ciento (en 2021 y 2022) recibió el número de bolsas que les correspondía, lo que limita el aporte del ACF al consumo de nutrientes y al estado nutricional de niños y niñas.

17. Este efecto también se limita por el uso inadecuado de las familias en cuanto a forma de preparación, cantidades y frecuencia del consumo. Además, el alimento frecuentemente es compartido con otros miembros de la familia, especialmente con el resto de hijos e hijas, particularmente cuando disponen de menos recursos.

18. La evidencia sugiere que el 20,7 por ciento de niños y niñas de 6 a 8 meses y el 8,3 por ciento de 9 a 11 reciben el ACF como alimento único, lo que disminuye aún más su contribución potencial a la mejora de la nutrición.

19. El alimento es aceptado por la mayor parte de las madres, quienes lo consideran valioso para la ganancia o recuperación del peso y protector ante la desnutrición aguda. El personal institucional comparte esta percepción. La evidencia recogida por esta evaluación indica que, por razones culturales, hay madres que preferirían un alimento que se pueda preparar como atol, quizá con un sabor diferente.

20. Nutrin niños ha generado resultados inesperados positivos, de refuerzo cruzado con otras iniciativas y programas (monitoreo de crecimiento) o de contribución a la mejora alimentaria de familias en situaciones difíciles. Otros fueron negativos, relacionados con el uso del alimento (darlo en biberón o añadirle azúcar), con la distribución a las familias (acelerar la entrega para disminuir la permanencia en los establecimientos de salud) y con la perpetuación de los roles de género.

¿En qué medida la colaboración y coordinación entre las cuatro instituciones a los diferentes niveles fue eficiente y oportuna?

21. Existen diferencias muy claras entre niveles territoriales. A nivel central las funciones están claras, pero no siempre son aceptadas con agrado. Existe menos compromiso en las responsabilidades compartidas, pero la colaboración y la coordinación fue satisfactoria. En el nivel departamental y municipal, no hay asignación de funciones a los socios y la colaboración ha sido menos frecuente. Especialmente en el nivel municipal, dependió de las relaciones existentes de manera previa o ajenas a Nutrin niños.

22. El alto grado de formalización de las estructuras de cada institución hace que el flujo de la información sea lento y a veces se vea interrumpido, especialmente cuando circula del nivel central a los territorios.

23. Apenas se han recopilado evidencias de actividad en el ámbito de la comunicación para el cambio social y de comportamiento (CCSC) y casi la mitad de las personas usuarias afirmaron que no habían recibido una demostración de la utilización del producto. El personal institucional en terreno tampoco cuenta con una percepción homogénea de las actividades CCSC desarrolladas, ni sabe con claridad quién debe asumirlas.

24. El convenio menciona que la campaña de comunicación está principalmente dirigida a madres y mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, sin considerar los roles y responsabilidades de otros miembros de la familia.

¿Hasta qué punto las perspectivas de género e inclusión fueron integradas en la planificación, ejecución y monitoreo del ACF?

25. Nutrin niños no incorporó un análisis de género, no se definieron indicadores específicos. Los materiales generados en su ejecución tampoco incorporan estos enfoques ni contenidos. El personal no suele contar con capacitación en género y las Unidades de Género de las instituciones socias no participaron en la intervención. Tampoco la ejecución de Nutrin niños incorpora la igualdad de género.

26. A partir de 2022 las estadísticas de población beneficiaria desagregan la información por sexo y por variables como pueblo, lengua materna o nivel educativo de las madres, lo que constituye un primer paso para conocer los posibles efectos diferenciados.

27. No existen diferencias significativas entre niños y niñas en variables de consumo ni de diversidad de alimentos, pero sí cuando los datos se analizan por pueblo de pertenencia, mostrando mayor situación de vulnerabilidad e inseguridad alimentaria de la población maya frente a la ladina.

CONCLUSIONES

28. Nutrin niños es coherente con las políticas nacionales de nutrición, pero no con las de igualdad de género. En su formulación no se han incorporado los aprendizajes derivados de experiencias de ACF anteriores, ni se ha realizado un proceso de diseño como tal.

29. Aunque se han identificado esfuerzos para resolver los retos a los cuales se enfrentó la cadena de suministro (en el transporte, por ejemplo), también fueron identificados temas estructurales y desafíos que necesitan más tiempo y recursos para ser abordados (retos en la distribución a la población).

30. La asistencia se ha ajustado a las demandas del MSPAS (en oportunidad, cantidad y calidad), que se formulan según la capacidad instalada y la población que ya es usuaria del establecimiento de salud, pero son inferiores a las necesidades existentes. El alcance del ACF también queda limitado por las capacidades del personal, que se encuentra sobrecargado y con dificultades para realizar la labor de consejería.

31. La asistencia se ha prestado de manera diferenciada en áreas geográficas y grupos poblacionales priorizados, aunque existen grupos específicos que quedan fuera de su alcance, en particular, las personas que viven en comunidades más alejadas. Los padres no participan en esta actividad, por lo que la responsabilidad de recoger el alimento recae sobre las madres.

32. El producto es aceptado por las familias, y el personal de salud y las madres perciben efectos positivos en la ganancia de peso de niños y niñas y en el mejoramiento del acceso a alimentos de las familias de menores recursos. Sin embargo, sus efectos en el estado nutricional se ven disminuidos por diferentes factores: insuficiencia en el número de raciones entregadas en comparación con los lineamientos del uso del ACF, forma de preparación y uso del alimento determinado por preferencias culturales, o por la persistencia de factores subyacentes causales de desnutrición.

33. A nivel central, la colaboración y coordinación entre instituciones ha sido buena. En los territorios, la coordinación no suele funcionar y con frecuencia las relaciones interinstitucionales están deterioradas. La comunicación entre los niveles central y territorial es lenta y en ocasiones se interrumpe.

34. Las perspectivas de género e inclusión no han sido integradas en la formulación, en la ejecución ni en el monitoreo de Nutrin niños. En los materiales generados la tarea de cuidado y alimentación de hijos e hijas recae en exclusiva sobre las madres, contribuyendo a perpetuar roles tradicionales de género. Las capacidades de género en las instituciones se encuentran limitadas, especialmente en el nivel de atención directa a la población.

35. El alcance de las actuaciones de la estrategia de CCSC ha sido insuficiente para contribuir al logro de los resultados deseados en términos de cambio de comportamiento alimentario con pertinencia cultural y transformación de relaciones de género.

RECOMENDACIONES

36. Estas recomendaciones fueron co-creadas por las instituciones involucradas en Nutrin niños, en un taller específico, a partir de los hallazgos y conclusiones de la evaluación.

R1. Institucionalizar Nutrin niños como programa y redefinir su arquitectura institucional y su funcionamiento en un instrumento legal, con asignación clara de funciones y responsabilidades para mejorar la coordinación interinstitucional, sobre todo a nivel territorial. (MIDES, diciembre 2023)

R2. De cara a una nueva intervención de ACF, realizar un diseño detallado y fortalecer su planificación, monitoreo y seguimiento. (SESAN, MIDES y MSPAS, junio 2024)

R3. Mejorar el último tramo de la cadena de suministro, hasta la llegada a la persona beneficiaria y flexibilizar las frecuencias de entrega. (MIDES, MSPAS y PMA, junio 2024)

R4. Reforzar los sistemas de información y registro, para posibilitar la trazabilidad de los indicadores intermedios y finales del ACF y definir protocolos de registro y gestión de la información. (MIDES, diciembre 2024)

R5. Valorar la mejora de la pertinencia cultural del producto, a partir de la evidencia de su uso, considerando la producción local. (MSPAS, junio 2025)

R6. Incluir el ACF en la estrategia de CCSC de la GCNN, hacerla sensible al género y reforzar su pertinencia cultural, articulándola con la política sectorial del gobierno y realizando una mayor promoción de la iniciativa y del uso correcto del alimento, involucrando a todos los agentes de cambio. (SESAN, septiembre 2024)

R7. Asegurar que la búsqueda de la igualdad de género y la interculturalidad estén presentes en el diseño, la ejecución y el monitoreo del ACF. (MIDES y resto de socios, desde junio 2024)

LECCIONES APRENDIDAS

37. **Partir de aprendizajes** de intervenciones anteriores, definir **metas realistas** a partir de las **necesidades de la población**, establecer mecanismos de recogida de información para **generar conocimientos a lo largo de la intervención** y tener en cuenta la **igualdad de género** desde el principio, incrementa la probabilidad de éxito de una intervención.

38. **Contextualizar la promoción del ACF**, por **medios de divulgación comunitarios**, incrementar la **pertinencia cultural** del alimento y su uso, y **comprender la utilización familiar** del producto en los hogares con menos recursos permite incrementar la comprensión y aceptación del alimento y mejorar su uso.

39. Fomentar la **articulación y colaboración interinstitucional**, también a **nivel comunitario** y con los **agentes de cambio territoriales** permite incrementar el alcance de las intervenciones y las hace más eficientes.

1. Introducción

1. Este es el Informe Final de la evaluación conjunta de la entrega de Alimento Complementario Fortificado en Guatemala (Nutriniños¹) durante el periodo 2020-2022. Es una **evaluación conjunta**, promovida por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia (SESAN) y la Oficina de País del Programa Mundial de Alimentos (PMA).
2. La empresa Red2Red constituyó un **equipo de evaluación** para su realización, compuesto por cuatro mujeres y un hombre de Costa Rica, El Salvador, España y Perú, además de un equipo de ocho personas encuestadoras (dos mujeres y seis hombres), todas ellas de Guatemala.
3. Este informe se compone de **tres capítulos**: en este capítulo introductorio se incluye información para comprender la intervención y el proceso de evaluación. El segundo es el más extenso y contiene los hallazgos de la evaluación, que han sido ordenados por preguntas y subpreguntas de evaluación. Finalmente, el tercer capítulo contiene las conclusiones alcanzadas, las recomendaciones derivadas y las lecciones que se obtuvieron del proceso.
4. El documento se completa con una serie de **anexos**, que son introducidos a lo largo del documento.

1.1. CARACTERÍSTICAS DE LA EVALUACIÓN

5. Por el momento en el que tuvo lugar, es una **evaluación intermedia**, que se realizó entre enero y junio de 2023 (anexo 2), ya próxima la finalización de la intervención, en diciembre del mismo año. Como razones para su realización: las instituciones que participan en ella deseaban conocer en qué medida la entrega de Alimento Complementario Fortificado contribuye a cambios nutricionales en los niños y niñas beneficiarias; la percepción y valoración de las personas que se hacen cargo de la recogida y el uso del alimento complementario fortificado, identificar las buenas prácticas existentes en la intervención y los factores que facilitan o dificultan el logro de sus metas.
6. Todo ello aplicando un enfoque transversal de género, equidad e inclusión, para entender en qué medida Nutriniños redujo la brecha nutricional de género² y si generó prácticas inclusivas que tengan en cuenta a personas en condición de vulnerabilidad con mayor riesgo de desnutrición y retraso del crecimiento en niños y niñas de 6 a 59 meses.
7. La **utilización de los resultados** por parte de las entidades que participan en la iniciativa será directa, pudiendo ser indirecta por otros agentes como las Comisiones de Seguridad Alimentaria y Nutricional en sus distintos niveles u otros agentes territoriales, o de los Ministerios con los que los socios tienen relaciones de cooperación, como el Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAGA) o el de Educación (MINEDUC).
8. El **propósito** de la evaluación es triple: busca la **rendición de cuentas**, para informar a las partes interesadas sobre lo que consiguió Nutriniños, tanto en términos de avance de las actuaciones (y del logro de *outputs* o productos) como de resultados (u obtención de *outcomes*). Busca también el **aprendizaje**, para entender las razones subyacentes que contribuyen a explicar los logros obtenidos. Finalmente, existe un propósito de **“ilustración” de nuevas acciones** (*enlightenment*), para que las actuaciones que se desarrollen en el futuro en este ámbito se construyan sobre los resultados de los procesos de indagación realizados. Estos tres propósitos se retroalimentan y cuentan con una relevancia similar en la evaluación.
9. **Temporalmente**, la evaluación abordó las actuaciones desarrolladas entre agosto de 2020 y diciembre de 2022. Desde el punto de vista **geográfico**, se abordaron las áreas del país en las que se ha actuado en las diferentes fases, considerando el periodo de desarrollo en cada una de ellas.

¹ A lo largo del informe, se hablará indistintamente de Nutriniños o el Alimento Complementario Fortificado (ACF) (o, simplemente, de intervención, iniciativa o programa).

² Entendida como las diferencias en el acceso a una nutrición adecuada entre hombres y mujeres.

10. El **alcance material** de la evaluación incorporó todas las dimensiones de Nutrin niños. En los TdR se menciona que se deberá examinar todo el proceso de la intervención y, en concreto, la implementación de las actuaciones de las cuatro entidades que participan en él, desde su planificación, a la ejecución y monitoreo de la entrega del ACF. Se menciona también la importancia de conocer los resultados y efectos de la intervención y se presta una mirada especial a la igualdad de género, tanto de manera transversal como mediante una pregunta específica (ver Matriz de Evaluación en el anexo 3).

11. Se realizó **trabajo de campo** durante tres semanas: las dos primeras se dedicaron a recoger información cuantitativa y la segunda y la tercera, información cualitativa. Ello fue posible porque las personas encargadas de la recogida de una y otra información eran diferentes. El trabajo de campo tuvo lugar en los departamentos de Alta Verapaz, Chiquimula, Quiché y Santa Rosa (para más información, ver anexo 6).

12. Como **partes interesadas**, existe un conjunto de actores directa o indirectamente involucrado en la intervención y, por tanto, interesado en los hallazgos y recomendaciones de la evaluación. En el anexo 4 se muestra un análisis detallado de sus roles, intereses y participación en Nutrin niños y en la evaluación.

13. Las **personas beneficiarias** son la población meta de Nutrin niños: inicialmente niñez entre 6 y 23 meses de edad en los 114 municipios priorizados por la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición (GCNN) (200.000 niños) y posteriormente también entre 6 y 59 meses de edad con desnutrición aguda. Indirectamente, también las personas usuarias: madres, padres y cuidadores de los niños y niñas³: Su interés principal en la evaluación es conocer si el estado nutricional de su hijo o hija mejoró al usar el ACF. Su opinión en la evaluación es clave para valorar los efectos en el consumo de alimentos y el estado nutricional de la población meta (niños y niñas de 6 a 59 meses) y el grado de satisfacción con el servicio, y para conocer sus recomendaciones para la mejora de la intervención.

14. Las entidades gubernamentales –SESAN, MIDES y MSPAS– son las principales partes interesadas, como implementadoras de Nutrin niños. Su interés se enfoca en los hallazgos sobre su desempeño y resultados, específicamente en términos de eficiencia de la articulación interinstitucional, resultados nutricionales y sinergias con otras intervenciones de la GCNN, grado de promoción de la igualdad de género y recomendaciones para la mejora de la eficiencia de la distribución y alcance hacia la población objetivo. En el MSPAS hay también intereses específicos en las dependencias involucradas en la implementación de Nutrin niños: la dirección del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) y los establecimientos de salud.

15. A nivel departamental, municipal y comunitario hay actores involucrados especialmente en apoyo a la planificación local de las actividades y la logística para la distribución del ACF, como las plataformas de coordinación multisectorial (Comisión Departamental de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CODESAN), Comisión Municipal de Seguridad Alimentaria y Nutricional (COMUSAN) y Comisión Comunitaria de Seguridad Alimentaria y Nutricional (COCOSAN)). Estas instancias coordinan la implementación de las intervenciones de seguridad alimentaria y nutricional, necesarias para el abordaje multisectorial de la desnutrición. Su interés en la evaluación es de aprendizaje sobre la eficiencia en la distribución del ACF y los resultados nutricionales.

16. La Oficina de País del PMA apoya a las entidades del gobierno en la ejecución de Nutrin niños. Su interés principal es el aprendizaje para la toma de decisiones a futuro, pero la evaluación también le servirá como instrumento de rendición de cuentas del desempeño y resultados obtenidos, internamente y hacia la población asistida y socios. La Oficina de País fue un informante clave principal durante la evaluación. Adicionalmente la Oficina Regional (OR) del PMA, la Sede Principal (SP), y la Junta Ejecutiva del PMA son interesados indirectos, en cuanto recogerán los resultados, lecciones aprendidas y recomendaciones como aprendizaje para mejorar las directrices técnicas y su aplicación en otros ámbitos geográficos y como parte del proceso de rendición de cuentas a niveles superiores.

17. Otras partes interesadas secundarias son las Agencias de las Naciones Unidas, particularmente UNICEF. Las agencias velan por la acción armonizada del Sistema de las Naciones Unidas en el país, que permite potenciar la contribución a los objetivos de desarrollo del gobierno. Su interés en la evaluación se

³ A lo largo del informe, a madres/padres y cuidadores se les ha denominado “personas usuarias”, para diferenciarlas de los niños y las niñas.

enfoca en la contribución del PMA a los esfuerzos concertados de las Naciones Unidas y en vigilar la óptima entrega de los servicios del ACF a lo largo de la cadena de distribución hasta la población beneficiaria final.

1.2. CONTEXTO

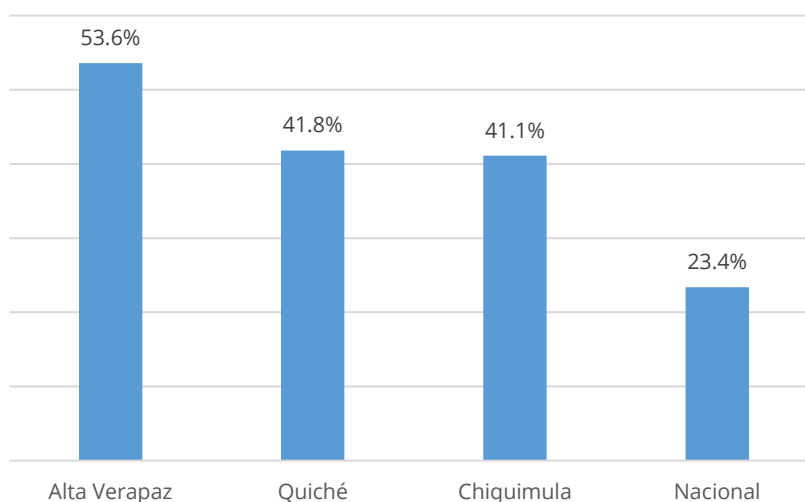
18. Guatemala tiene una población de 17 millones de personas y un territorio de 108.890 kilómetros cuadrados, dividido en 22 departamentos con 340 municipios. Su producto interno bruto (PIB) per cápita es de \$4.603. Guatemala es la mayor economía de Centroamérica y el crecimiento de su PIB ha oscilado entre el 2,5 por ciento y el 3,5 por ciento en los últimos 5 años (exceptuando la época de pandemia). A pesar de su crecimiento económico, el 46,5 por ciento de los niños y niñas del país menores de cinco años presentan retraso en su crecimiento y 2/3 de las personas viven con un ingreso menor de \$2 diarios. Actualmente un 43,72 por ciento de la proporción del gasto público total se destina a educación, salud y protección social, pero solo el 32,2 por ciento de los hogares cuenta con acceso a servicios básicos. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), un 41,7 por ciento de la población total pertenece al grupo étnico Maya, un 56 por ciento se autoidentifica como Ladino, y el 2,3 por ciento restante pertenece a otros grupos étnicos.

Pobreza y seguridad alimentaria y nutricional

19. De acuerdo con el índice de pobreza multidimensional, 6 de cada 10 personas en el área rural son pobres y 5 de cada 10 lo son a nivel urbano. En 2014 el porcentaje de personas de etnia Maya en situación de pobreza era del 69,8 por ciento, frente al 41,9 por ciento de etnia Ladina.⁴

20. Según la última Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) la incidencia total de pobreza en el país es del 59,3 por ciento y la de pobreza extrema del 23,4. Los departamentos con índices más elevados de pobreza extrema son Alta Verapaz, Quiché y Chiquimula, superando al promedio nacional en más de 15 puntos porcentuales (ver Gráfico 1).

Gráfico 1. Departamentos de Guatemala con incidencias más altas de pobreza extrema



Fuente: ENCOVI 2014⁵

21. Uno de los mayores retos de Guatemala es la inseguridad alimentaria y nutricional de su población. De acuerdo con el Estudio Nacional de Seguridad Alimentaria⁶, el 23 por ciento de los hogares se encuentran en inseguridad alimentaria moderada y 1 por ciento en inseguridad severa. Solo el 19 por ciento se encuentran en seguridad alimentaria y el 57 por ciento en seguridad alimentaria marginal.

⁴ Ministerio de Desarrollo Social y Oxford Poverty and Human Development Initiative, 2018. *Índice de Pobreza Multidimensional*. Guatemala, 2018.

⁵ Instituto Nacional de Estadística (2016). *Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2014*. Tomo I. Guatemala, enero 2016.

⁶ PMA y SESAN, 2022. *Estudio Nacional de Seguridad Alimentaria*. Guatemala.

22. Guatemala es el país de América Latina con los **índices más altos de desnutrición crónica** y a nivel mundial ocupa el sexto lugar. Según la información de la última Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015 (ENSMI)⁷, el 46,5 por ciento de la niñez menor de 5 años tienen desnutrición crónica y el 0,7 por ciento desnutrición aguda. La prevalencia de la desnutrición crónica varía en función de los departamentos (Gráfico 2).

Gráfico 2. Departamentos con más altas prevalencias de desnutrición crónica



Fuente: ENSMI 2014-2015⁸

23. Por sexo, la desnutrición crónica en los niños es ligeramente superior que en las niñas: 47,1 por ciento frente a 45,8 por ciento⁹. Por edades, la prevalencia de desnutrición crónica fue más alta en el rango de 18 a 23 meses, donde más de la mitad de los niños y niñas que participaron en la encuesta presentaron algún grado de retardo en el crecimiento. No obstante, en el resto de los rangos de edad las prevalencias también son altas (Tabla 1).

Tabla 1. Porcentajes de desnutrición crónica según edad

Edad en meses	%
Menores de 6	29,8
6 a 8	32,3
9 a 11	37,4
12 a 17	47,2
18 a 23	54,8
24 a 35	51,5
36 a 47	51
48 a 59	45,8

Fuente: ENSMI 2014-2015

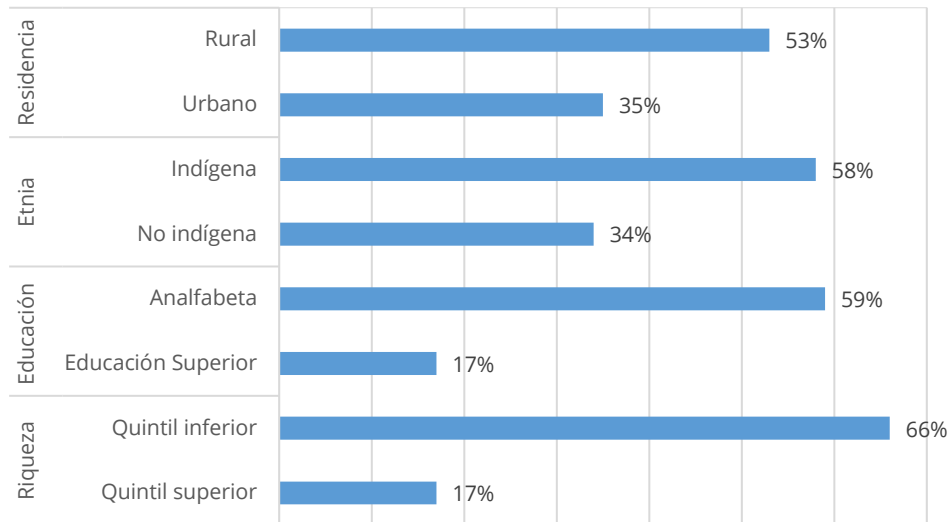
24. En relación con su distribución en los diferentes grupos de población, la desnutrición crónica es más elevada en niños y niñas que viven en el área rural, que son indígenas, hijos de una madre analfabeta y cuya familia se ubica en el quintil inferior de riqueza (Gráfico 3).

⁷ Solo se presentan datos desagregados por sexo en los casos donde se encuentran disponibles. No obstante, en la mayoría de los casos esta información no existe.

⁸ MSPAS, INE, SEGEPLAN. 2017. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015. Guatemala.

⁹ ENSMI 2014-2015

Gráfico 3. Porcentajes de desnutrición crónica por características socioeconómicas



Fuente: ENSMI 2014-2015

25. La última ENSMI muestra que el 52 por ciento de las niñas y niños de 6 a 23 meses de edad consumen la dieta mínima aceptable. Al comparar las niñas y niños amamantados con los no amamantados, se encuentra que el 56 por ciento de las niñas y niños amamantados de 6 a 23 meses consumen una dieta mínima adecuada en comparación con el 39 por ciento de las niñas y niños no amamantados. Por grupo étnico, el consumo de dieta mínima adecuada en niñas y niños indígenas amamantados de 6 a 23 meses es de 54 por ciento en comparación con 57 por ciento de no indígenas. Esta diferencia es mayor entre las niñas y niños no amamantados, el 30 por ciento en el grupo indígena en comparación con 43 por ciento en el grupo no indígena.

26. Estos no son los únicos retos a los que se enfrenta la población guatemalteca. En el grupo de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) también lo es la **obesidad y el sobrepeso** y el número de mujeres embarazadas con anemia por deficiencia de hierro es también elevado (Tabla 2).

Tabla 2. Situación nutricional de mujeres en edad fértil

	%
Anemia en embarazadas	24,2
Anemia en no embarazadas	14,5
Talla menor de 145	25,3
Sobrepeso	31,9
Obesidad	20,0

Fuente: ENSMI 2014-2015

Igualdad de género, empoderamiento de las mujeres y equidad

27. Guatemala se clasifica en la posición 121 de 170 países en el Gender Equality Index¹⁰. En general, las mujeres se encuentran en una posición desfavorable en términos de educación y empleo, con **niveles educativos e ingresos más bajos que los hombres**. La falta de educación formal refuerza los roles de género¹¹ y limita la participación femenina en ámbitos públicos.

¹⁰ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2021. Gender Equality Index.

¹¹ Esta situación afecta a todas las edades. Por ejemplo, las niñas son las encargadas de recolectar el agua para el hogar en un 13 por ciento de los casos, frente a un 5 por ciento de los niños.

28. Las mujeres rurales, con un promedio de escolarización de 4 años¹², y las de origen Maya, con tasas de analfabetismo de hasta el 48 por ciento¹³, son las más afectadas por las desigualdades a nivel educativo. Esto contribuye a la vulnerabilidad de las mujeres en diversos aspectos de la vida, restringe su desarrollo de habilidades y su participación en la toma de decisiones tanto a nivel familiar como comunitario y político.

29. El 17,8 por ciento del total de los **hogares** son monoparentales con **jefatura femenina**¹⁴, siendo los que presentan las mayores tasas de inseguridad alimentaria marginal.¹⁵

30. Las mujeres también se enfrentan a dificultades para tener **acceso a los servicios de salud**. Tanto las mujeres Mayas (66 por ciento) como las Ladinas (54 por ciento) reportan falta de recursos para cubrir tratamientos médicos y dificultades para desplazarse al establecimiento de salud. Aunque se ha registrado una disminución en la tasa de fecundidad hasta 2,7 nacidos vivos en el año 2019¹⁶, persisten altas tasas de embarazo en adolescentes (66,7 por 1.000 nacidos vivos)¹⁷.

31. En cuanto a la **igualdad de género en la seguridad alimentaria y nutricional**, las mujeres tienen dificultades para acceder a alimentos en igualdad de condiciones que los hombres, a pesar de su creciente participación en la agricultura familiar. La discriminación salarial, la falta de acceso a la tierra¹⁸ y limitaciones culturales y sociales afectan su participación y contribuyen a la inseguridad alimentaria.

Otras cuestiones humanitarias

32. La **violencia armada** es especialmente preocupante, con altos índices de homicidios, robos y extorsiones. Los datos recogidos por el Observatorio de Violencia Triángulo Norte¹⁹ muestran que a lo largo de 2022 se cometieron 2.983 homicidios y se reportaron 82.848 denuncias de **violencia contra mujeres, niñas y adolescentes** en Guatemala.²⁰ De hecho, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)²¹ estima que cada día se reportan 23 casos de abuso sexual entre niñas y adolescentes en Guatemala.

33. El Reporte Mundial de Riesgos de 2021 mostró que Guatemala está entre los diez países más vulnerables a **desastres naturales**, como sequías e inundaciones, que agravan la inseguridad alimentaria.

34. Ante esta situación, **se involucran actores humanitarios y de desarrollo**, como el Programa Mundial de Alimentos (PMA), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) o UNICEF. El PMA, en línea con las prioridades del Gobierno, tiene como objetivo abordar las múltiples dimensiones de inseguridad alimentaria y nutricional a largo plazo y satisfacer las necesidades inmediatas de la población. Por su parte, la OPS se enfoca en la vigilancia de enfermedades, la promoción de la salud y de los sistemas de salud, y UNICEF se centra en la primera infancia, y en otorgar oportunidades para la adolescencia y la juventud.

Políticas nacionales y prioridades institucionales

35. Dos planes definen las prioridades nacionales de Guatemala: El Plan Nacional de Desarrollo K'atun Nuestra Guatemala 2032²² y la Política General de Gobierno 2020-2024²³. A estos se añade el Marco de Cooperación entre las Naciones Unidas y Guatemala para el Desarrollo Sostenible,²⁴ que delimita las acciones de las Naciones Unidas en el país.

¹² ONU Mujeres. 2019. Guatemala.

¹³ Banco Mundial, 2018.

¹⁴ Instituto Nacional de Estadística (2019). *Resultados Censo 2018*. Guatemala, diciembre de 2019.

¹⁵ Instituto Nacional de Estadística (2016). *Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2014*. Tomo I. Guatemala, enero 2016.

¹⁶ Programa Mundial de Alimentos, 2021.

¹⁷ Programa Mundial de Alimentos, 2021.

¹⁸ Según datos de la FAO, solo el 7,8 por ciento de los propietarios agrícolas son mujeres.

¹⁹ Observatorio de Violencia Triángulo Norte. 2022. *Informe lesionados por violencia*. Guatemala.

²⁰ Observatorio de las Mujeres del Ministerio Público. 2022. Portal estadístico.

²¹ UNICEF, 2020.

²² Consejo Nacional de Desarrollo Urbano y Rural. 2014. *Plan Nacional de Desarrollo K'atun: nuestra Guatemala 2032*. Guatemala: CONADUR/SEGEPLAN.

²³ Gobierno de la República de Guatemala. 2020. *Política General del Gobierno 2020-2024*. Guatemala.

²⁴ Naciones Unidas Guatemala. Marco de Cooperación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible 2020-2025. Guatemala.

36. El **Plan Nacional de Desarrollo K'atun** constituye la política nacional de desarrollo de largo plazo, articulando políticas, planes, programas, proyectos e inversiones. Aborda aspectos como la reducción de asimetrías territoriales, acceso a protección social, dinamización económica, gestión de recursos naturales y enfoque de derechos humanos.

37. La **Política General de Gobierno 2020-2024** se fundamenta en el Plan Nacional de Innovación y Desarrollo (PLANID), en sinergia con el Plan nacional de desarrollo K'atun y la Agenda 2030. Cuenta con cinco pilares estratégicos: 1) Economía, competitividad y prosperidad, 2) Desarrollo social, 3) Gobernabilidad y seguridad en desarrollo, 4) Estado responsable, transparente y efectivo, 5) Relaciones con el mundo.

38. El **Marco de Cooperación entre las Naciones Unidas y Guatemala** para el Desarrollo Sostenible delimita las acciones de las Naciones Unidas en el país y prioriza áreas de trabajo como el desarrollo económico, desarrollo social, instituciones sólidas, paz y seguridad, y medio ambiente.

39. Guatemala también tiene un **marco legal** sólido en materia de **seguridad alimentaria y nutricional**, reconociendo el derecho a la alimentación como un derecho fundamental en su Constitución Política (art.51). Los planes nacionales y el Marco de Cooperación están en línea con estos derechos, estableciendo prioridades y objetivos específicos para garantizar la seguridad alimentaria y nutricional.

40. Otra prioridad del gobierno guatemalteco es promover y desarrollar los derechos de las mujeres mayas, ladinas, garífunas y xinkas, a través de la **Política Nacional de Promoción y Desarrollo Integral de las Mujeres** (PNPDIM)²⁵ y el **Plan de Equidad de Oportunidades** -PEO- 2008-2023.

Objetivos de Desarrollo Sostenible 2, 5 y 17

41. El Objetivo de Desarrollo Sostenible 2 (ODS), **Hambre Cero**, busca poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición, y promover la agricultura sostenible. Este ODS se focaliza en la población que se encuentra por debajo del nivel nacional de pobreza (59,3 por ciento) y en la que vive en pobreza extrema (23,4 por ciento). El tercer informe de revisión nacional voluntaria reporta que en 2019 la meta de reducción de desnutrición crónica en el país fue alcanzada al 87,31 por ciento.²⁶

42. El ODS 5 tiene como objetivo lograr la **igualdad de género** y empoderar a todas las mujeres y niñas y busca reforzar la evidencia de que la aplicación de acciones transversales y de acciones explícitamente dirigidas a la transformación de género aportan calidad a las intervenciones. En el contexto de esta evaluación, algunos de los actores implicados, como el PMA, otorgan especial importancia al cumplimiento del ODS 5²⁷.

43. Bajo el ODS 17, **Alianzas para lograr los objetivos**, el Gobierno ha creado alianzas con organismos nacionales e internacionales en el ámbito de la seguridad alimentaria y nutricional, que se encuentran incluidas en La Gran Cruzada Nacional por la Nutrición (GCNN).

Otras actividades relacionadas

44. La **Gran Cruzada Nacional por la Nutrición**, aprobada por el CONASAN en 2020, es una estrategia en la que se involucran distintos sectores con el objetivo de mejorar la nutrición de la población empobrecida, mediante un enfoque integral que permita responder a la multicausalidad del problema (Gobierno de Guatemala, n.d.). Cuenta con cinco líneas de acción: salud y nutrición; disponibilidad y acceso a una alimentación saludable; protección social; agua segura, saneamiento e higiene, y comunicación para el cambio social y de comportamiento. En la **línea de salud y nutrición**, busca mejorar el acceso a servicios básicos de salud y nutrición de calidad, de manera integral y equitativa. Para ello, se implementan intervenciones dirigidas a mujeres en edad fértil, mujeres embarazadas, parto y recién nacidos, niños menores de 6 meses, niños de 6 a 59 meses y preescolares y escolares. También promueve el empoderamiento familiar, la mejora de la higiene, salud y nutrición, el acceso a alimentos y la mejora del

²⁵ Secretaría Presidencial de la Mujer. 2009. Política Nacional de Promoción y Desarrollo Integral de las Mujeres (PNPDIM) y Plan de Equidad de Oportunidades 2008-2023. Guatemala.

²⁶ Esta meta es anterior al Plan nacional de desarrollo K'atun: nuestra Guatemala (SEGEPLAN, 2021)

²⁷ El PMA cumplirá el ODS 5 en el marco de su mandato, establecido en la Política de Género (2022-2025)

agua y saneamiento en los hogares. A nivel comunitario, se fortalecen las capacidades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y se fomenta la colaboración con otros organismos nacionales.

Eventos externos clave

45. Varios son los factores externos clave que afectaron al país en el contexto de la entrega del ACF.
- El **COVID-19** impactó sobre la economía y la sociedad de Guatemala, afectando al empleo, al gasto en salud de las personas, el impacto de las remesas, el aumento de grupos vulnerables y el crecimiento de la desigualdad.
 - Los **huracanes Eta e Iota** afectaron principalmente el norte del país y los departamentos colindantes con Honduras y El Salvador, especialmente Izabal y Alta Verapaz. Muchas comunidades quedaron incomunicadas y se produjeron situaciones de desabastecimiento y de incremento de precios en los alimentos.
 - En 2022 el **conflicto entre Rusia y Ucrania** tiene consecuencias en el alza de precios en fertilizantes y bienes de consumo. El precio de la canasta básica aumentó en un 17,2 por ciento en 2022, pasando de Q3.110,18 en enero de 2022 a Q3.638,16 en enero de 2023.²⁸

1.3. OBJETO DE LA EVALUACIÓN

46. El objeto de esta evaluación conjunta e intermedia es Nutrin niños²⁹ -la **Entrega de Alimento Complementario Fortificado**³⁰ para niños y niñas entre los 6 y 59 meses de edad. Anteriormente ya habían existido otras iniciativas en Guatemala que proveían ACF a la niñez. Los **antecedentes** más recientes fueron, primero, **Vitacereal**, en 2005, que proveía una mezcla de alimentos fortificada y que era gestionado enteramente por el MSPAS, después que el PMA le cediera los derechos de patente. La población meta la componían también mujeres embarazadas y madres en período de lactancia. Segundo, el Programa **Mi Comidita**, de 2014 al 2018, que añadió proteína de origen animal al compuesto y en el que participaron de manera coordinada el PMA y el MSPAS. Mi Comidita benefició a niños y niñas en los dos primeros años de vida en los departamentos de Totonicapán, Sololá y Chimaltenango, con altas prevalencias de desnutrición crónica en menores de cinco años. La provisión del alimento fortificado se acompañó de actividades de consejería y grupos de apoyo para promover cambios de actitud de las madres respecto a los cuidados de salud y nutrición de los niños y niñas menores de dos años³¹.

47. No se han identificado evaluaciones de los posibles efectos de Vitacereal, pero existen **dos evaluaciones** de Mi Comidita, realizadas por el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP): una se refiere a los resultados obtenidos en Totonicapán (febrero, 2016) y la otra a los de Chimaltenango y Sololá (enero, 2019)³². Las **conclusiones clave se presentan en el cuadro de texto 1**.

²⁸ INE, 2023.

²⁹ Nutrin niños es una iniciativa de gobierno en el marco de la GCNN. Cuando se utiliza el término 'programa' en este informe, referido al ACF se alude únicamente a una forma de programación de la acción pública.

³⁰ El alimento complementario fortificado está elaborado a base de una mezcla de maíz, soya, azúcar y leche en polvo descremada y fortificado con vitaminas y minerales; su formulación está adecuada según las más recientes recomendaciones para alimentación complementaria de niños y niñas de 6 a 23 meses de edad.

³¹ La estrategia de educación comunitaria se basó en la formación de madres consejeras, lideresas de su comunidad que participan de manera voluntaria. Se menciona también que se realizaron actuaciones de fortalecimiento de capacidades del personal de salud a nivel local (capacitaciones, talleres y elaboración de materiales educativos y de promoción).

³² En este caso se trató de una evaluación nutricional y de patrones de alimentación, y no tanto del ACF.

Cuadro de texto 1. Resumen de las conclusiones de las evaluaciones de Mi Comidita

Las niñas y los niños cuyos resultados fueron tenidos en cuenta en la evaluación habían comenzado el programa con un déficit de crecimiento (según la línea de base). Los resultados indicaron que este retraso se había agudizado durante su participación en el programa, lo que se achacaba a la conjunción de otros factores, tales como:

- La pobre condición de saneamiento ambiental, higiene personal y doméstica, bajas coberturas de vacunación y la prevalencia de enfermedades prevalentes (diarrea e IRA).
- Los niños y niñas presentaban un alto consumo de alimentos líquidos de bajo nivel nutricional (como infusiones) y productos comestibles/bebidas ultra procesadas.
- Respecto a la alimentación complementaria, se evidenció que la dieta de los niños/as era monótona (principalmente a base de cereales, raíces y tubérculos y en menor medida alimentos de origen animal).
- Se produjeron factores externos, como la canícula prolongada de 2014, que afectaron la disponibilidad y acceso de los alimentos y, a su vez, la ingesta de macro y micronutrientes de la dieta familiar y de los niños y niñas.
- La entrega adecuada del alimento fue baja (con un promedio de entrega adecuada del 41 por ciento en 2014 y 30 por ciento en 2015).
- La tendencia en la preparación del alimento complementario fue atol, de baja densidad nutricional. A la finalización del programa un mayor número de madres reportaron que lo preparaban en forma de papilla.
- La mayor dilución intrafamiliar coincide con los casos en que el alimento fue preparado en forma de atol.
- Las madres mostraron una baja participación en los grupos de apoyo.

Es probable que por estas causas el alimento complementario fortificado no cubriese la brecha nutricional de los niños/as. Además la forma inadecuada de prepararlo disminuye aún más la posibilidad de cubrir la brecha. Aun así, los resultados mostraban que el 35 por ciento de los niños y niñas experimentaron una respuesta adecuada (recuperación del déficit de longitud inicial).

48. Además, en Guatemala se han realizado evaluaciones del efecto nutricional de programas de entrega de suplementos alimenticios fortificados entre los años 1960-1977. El **estudio longitudinal** realizado por el **INCAP entre 1969 y 2017**³³ hizo seguimientos sucesivos a grupos de niños y niñas menores de siete años: que recibieron un suplemento alimentario rico en proteínas (atole) que consistió en una mezcla de vegetales, leche descremada y azúcar, por un lado. Por otro lado, como grupo de comparación, hizo seguimiento a niños y niñas que recibieron un refresco sin proteínas ni vitaminas. Los hallazgos del estudio mostraron un efecto positivo en la disminución de la mortalidad infantil y el aumento del peso al nacer; asimismo durante la adolescencia los niños y niñas suplementados tenían mayor estatura y mayor masa libre de grasa, así como mejores rendimientos escolares.

49. En un primer momento, MSPAS, PMA y SESAN suscribieron un Convenio, que fue posteriormente sustituido por el actual, donde se incluyó a MIDES. El **convenio actual**³⁴, que inicia el ACF, fue firmado en agosto 2020 y progresivamente extendido mediante cinco adendas hasta el 31 de diciembre 2023. El convenio inicial establecía que Nutrin niños estaba destinado a 200.000 niños y niñas de 6 a 23 meses para la prevención de la desnutrición crónica, de los **114 municipios priorizados por la GCNN** y a niños y niñas de 6 a 59 meses de edad afectados por desnutrición aguda. El grupo destinatario así definido ha sido el atendido por el ACF durante la mayor parte de su existencia.

³³ Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. 2019. *Estudio Longitudinal de Oriente del INCAP, 50 años contribuyendo a la nutrición pública*. Eds. Manuel Ramirez Zea y Mónica Mazariegos. Guatemala

³⁴ Su denominación completa es "Convenio de Cooperación y Coordinación Interinstitucional entre el Ministerio de Desarrollo Social MIDES-, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-, la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia de la República de Guatemala -SESAN-, y el Programa Mundial de Alimentos -PMA- para la compra del Alimento Complementario Fortificado en el marco de la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición. 2020. Guatemala". En adelante, se mencionará como "Convenio de Cooperación" o, simplemente, "Convenio".

50. Debido al impacto de la pandemia y de los huracanes Eta e Iota, **se amplió el alcance** territorial de la intervención hasta incluir los 18 departamentos del país a partir de noviembre 2020 y a 22 departamentos en octubre 2022 hasta fines del año 2023. La Tabla 3 ofrece un resumen de los sucesivos acuerdos suscritos.

Tabla 3. Evolución del alcance del ACF según los acuerdos suscritos

Acuerdo	Plazo	Beneficiarios	Cobertura territorial
Convenio	12/08/2020 a 31/12/2020	200.000 niños y niñas: De 6-23 meses (prevenir desnutrición) De 24 a 59 meses (recuperar desnutrición aguda)	114 municipios de GCNN
Adenda 1	19/11/2020 a 31/12/2023	No modifica	Ampliación de la cobertura a un total de 18 departamentos, por altos índices de desnutrición aguda o por haber sido afectados por depresiones tropicales Eta e Iota o por la pandemia COVID-19
Acuerdos Específico 1	Enero 2021	No modifica	No modifica
Adenda 2	19/04/2021 a 31/08/2021 ³⁵	Niños y niñas de 6 a 59 meses, independientemente de estado nutricional	No modifica
Adenda 3	25/10/2021	No modifica	No modifica
Adenda 4	14/12/2021	No modifica	No modifica
Acuerdo Específico 2	29/04/2022	No modifica	No modifica
Adenda 5	12/10/22 a 31/12/2023	Modifica los beneficiarios a más de 200,000 niños y niñas	Amplía a los 22 departamentos del país

Fuente: Adaptación a partir de los TdR, tras la revisión de los acuerdos suscritos, 2020-2023

51. Aunque el convenio fue firmado en 2020, la aprobación de los productos que serían distribuidos por el MSPAS a los beneficiarios se produjo en 2021, cuando se produce la **primera entrega de alimento**³⁶. Es por ello que los primeros datos de beneficiarios (niños y niñas) se refieren a esa anualidad.

52. Los **lineamientos del Alimento Complementario Fortificado** emitidos por el MSPAS/PROSAN³⁷ (en adelante, lineamientos técnicos), indican que **niños y niñas deben recibir el alimento de forma mensual** mientras están en el rango de edad establecido. No obstante, no definen con claridad la cobertura poblacional que se desea alcanzar. En el convenio inicial se habla de 200.000 niños y niñas como beneficiarios, pero solo se refieren a los que deberían alcanzarse en el periodo de vigencia definido inicialmente, entre los meses de agosto y diciembre de 2020.

³⁵ A partir del 1 de septiembre de 2021, solo se entregó alimento a los niños y niñas de 24 a 59 meses en situación de desnutrición aguda.

³⁶ Según la información de la que se dispone, el 19 de enero de 2021, en Chiquimula.

³⁷ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2020. *Lineamientos técnicos Alimento Complementario Fortificado*. 1ª edición. Guatemala. pp. 9-11. A lo largo del informe se referirán únicamente como "lineamientos técnicos" o, simplemente, "lineamientos".

53. Aún en proceso de aprobación en el momento de realización de la evaluación, en 2023, al amparo de la Adenda número cinco al Convenio, se han elaborado unos **lineamientos técnicos ampliados** para la entrega del ACF a niños y niñas **de 24 a 59 meses con mayor riesgo alimentario nutricional**, dirigidos al personal de la red de servicios de salud a nivel nacional. La categorización de “riesgo” incluida en los nuevos lineamientos amplía los criterios de elegibilidad, ya que se entregará alimento a los niños o niñas que cumplan con uno o más de los requisitos presentados en cuadro de texto 2.

Cuadro de texto 2. Requisitos para la entrega de ACF en los Lineamientos técnicos ampliados

- 1) Que vivan en un lugar donde exista una elevación de casos de desnutrición aguda en relación al año anterior.
- 2) Que residan en comunidades con una alta tasa de mortalidad infantil por desnutrición aguda.
- 3) Niños y niñas con diagnóstico de retardo de crecimiento.
- 4) Que residan en comunidades con bajas coberturas en suplementación con micronutrientes.
- 5) Que se encuentren en situaciones de emergencia (inundaciones, deslaves, tormentas, huracanes, etc.).
- 6) Niños y niñas que viven en lugares de alta incidencia de Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Transmitidas por Alimentos y Agua.
- 7) Niños y niñas con condiciones de extrema pobreza y/o con condición social de riesgo (huérfanos, madre ausente, violencia intrafamiliar, etc.).
- 8) Niños y niñas con discapacidades y/o enfermedades de base.
- 9) Hijos de padres con condiciones de salud que le pongan en riesgo alimentario nutricional, tales como VIH, tuberculosis, entre otros.

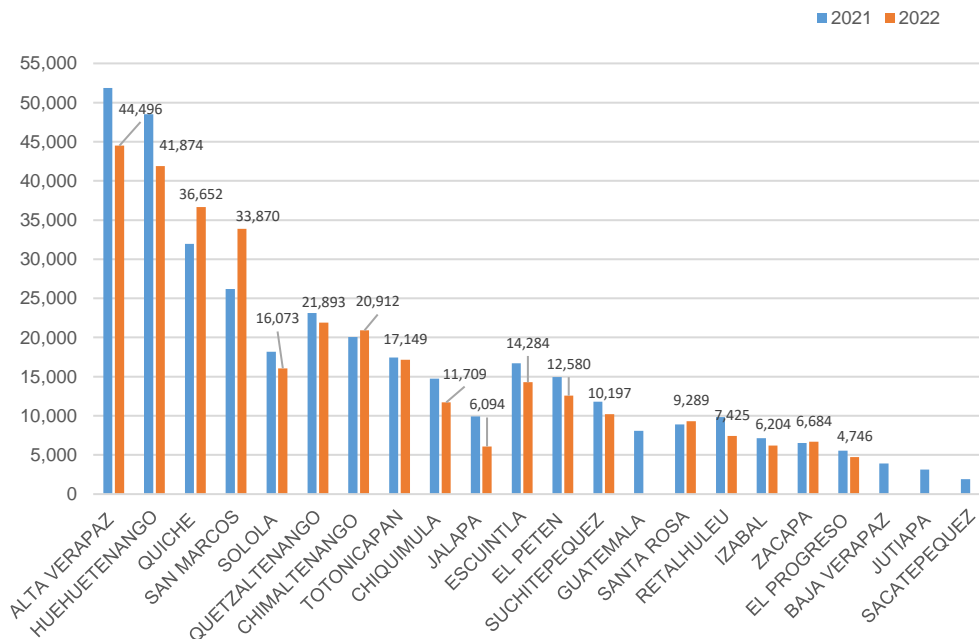
Fuente: Lineamientos técnicos ampliados del año 2023

54. La SESAN elabora **informes periódicos de estadísticas de número de beneficiarios** (niños y niñas), con los resultados que se ofrecen en los gráficos 4 y 5. Tanto en 2021 como en 2022 se supera ampliamente la cifra que se definió inicialmente en el Convenio: en 2021 ascendió a 712.097 y hasta el mes de diciembre de 2022 fueron 423.246³⁸. La diferencia entre ambos años reside en las cifras de atención a niños y niñas mayores de 23 meses, independientemente de su estado nutricional, a los que se amplió la cobertura durante unos 4 meses de 2021 en las áreas con mayor riesgo alimentario, debido al impacto de la situación del COVID 19, que afectó a familias con riesgo alimentario nutricional y a la fecha de vencimiento del ACF.

55. Los gráficos 4 y 5 muestran la estimación realizada por la SESAN del número de niños y niñas que recibieron **al menos una entrega** durante el periodo de vigencia de Nutrin niños, a partir de un algoritmo de identificación única que aplica a los datos del Sistema Gerencial de Información en Salud (SIGSA) que le facilita el MSPAS. La distribución por sexo del global de personas beneficiarias en 2022 se encuentra equilibrada, aunque es ligeramente superior en el caso de las niñas, que alcanzan el 50,8 por ciento del total, frente al 49,2 por ciento de los niños.

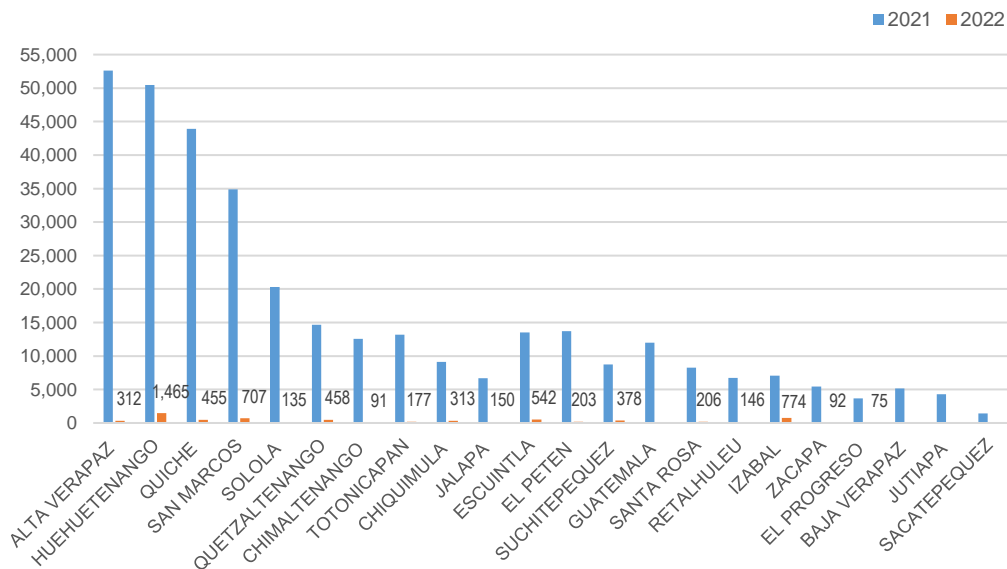
³⁸ No se totalizan las cifras, ya que una parte de esta cifra se corresponde con niños y niñas que han recibido ACF al menos una vez tanto en 2021 como en 2022. En el apartado referido a la pregunta de evaluación 3.1 se ofrece información para el período completo.

Gráfico 4. Niños y niñas de 6-23 meses que recibieron al menos una entrega



Fuente: SESAN. Estadísticas de número de beneficiarios ACF a 29 de diciembre de 2021 y 19 de octubre de 2022

Gráfico 5. Niños y niñas de 24-59 meses que recibieron al menos una entrega



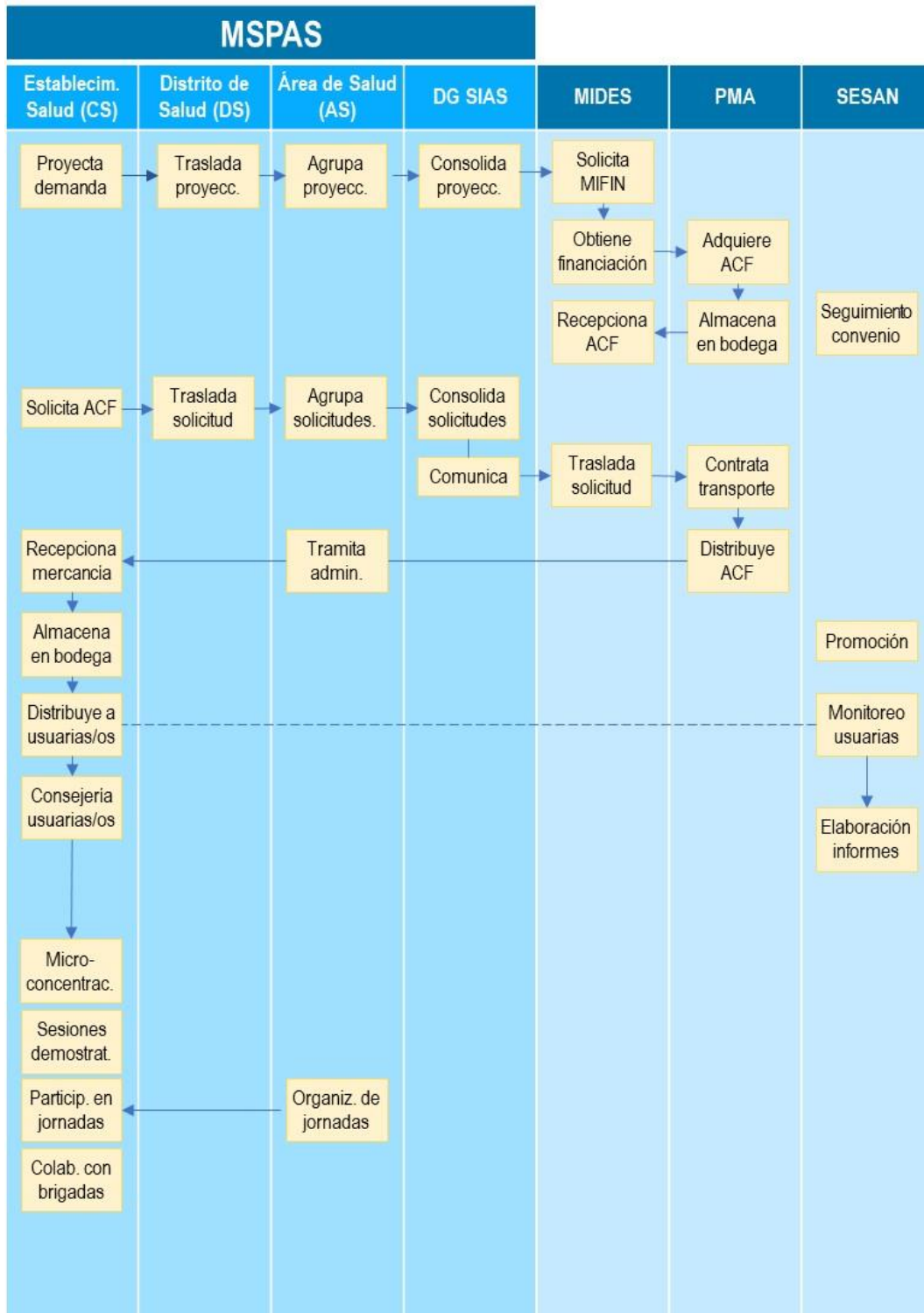
Fuente: SESAN. Estadísticas de número de beneficiarios ACF a 29 de diciembre de 2021 y 19 de octubre de 2022

56. Nutrin niños constituye un esfuerzo conjunto entre el MIDES, MSPAS y SESAN, con el apoyo técnico y logístico del PMA. Cada institución **desarrolla un rol específico**, que se ha ido perfilando en los sucesivos convenios y adendas en aras de un funcionamiento progresivamente más armónico. En el apartado correspondiente a la pregunta de evaluación 4 se ha realizado su análisis.

57. El Diagrama 1 muestra el **círculo básico de funcionamiento de Nutrin niños** y las funciones de los socios que participan. Este círculo teórico comenzaría con la solicitud a la estructura territorial del MSPAS

de sus proyecciones de demanda del ACF. La solicitud parte de la Dirección General del SIAS y llega hasta los establecimientos de salud, quienes elaboran sus proyecciones que son elevadas por las instancias territoriales del MSPAS (desde el establecimiento de salud al distrito de salud y, de ahí, a las Áreas de Salud que finalmente se las hacen llegar, una vez consolidadas, a la DG SIAS).

Diagrama 1. Flujo básico de funcionamiento de Nutriñiños



Fuente: Entrevistas mantenidas.

58. Las proyecciones consolidadas pasan al MIDES, que realiza la correspondiente solicitud de fondos al Ministerio de Finanzas. Una vez aprobada, comunica al PMA que puede proceder a la adquisición del ACF, quien posteriormente lo almacena en alguna de sus bodegas, previa recepción y aceptación del alimento por el MIDES.

59. Este primer circuito busca garantizar la disponibilidad de ACF cuando se concreta la demanda. Existe un circuito similar, representado inmediatamente abajo, en el mismo diagrama, para la solicitud de ACF desde cada establecimiento de salud hasta el PMA, quien realiza la distribución del ACF hasta los centros y puestos de salud. Cuando el PMA recibe las demandas de ACF, a través del MIDES, contrata el transporte y lo hace llegar hasta ellos.

60. No se definen objetivos anuales como tal, aunque podrían tomarse como referencia las proyecciones anuales o, más cerca de la realidad, las demandas acumuladas de los establecimientos de salud. No obstante, en la práctica ninguno de los dos elementos cumple esa función.

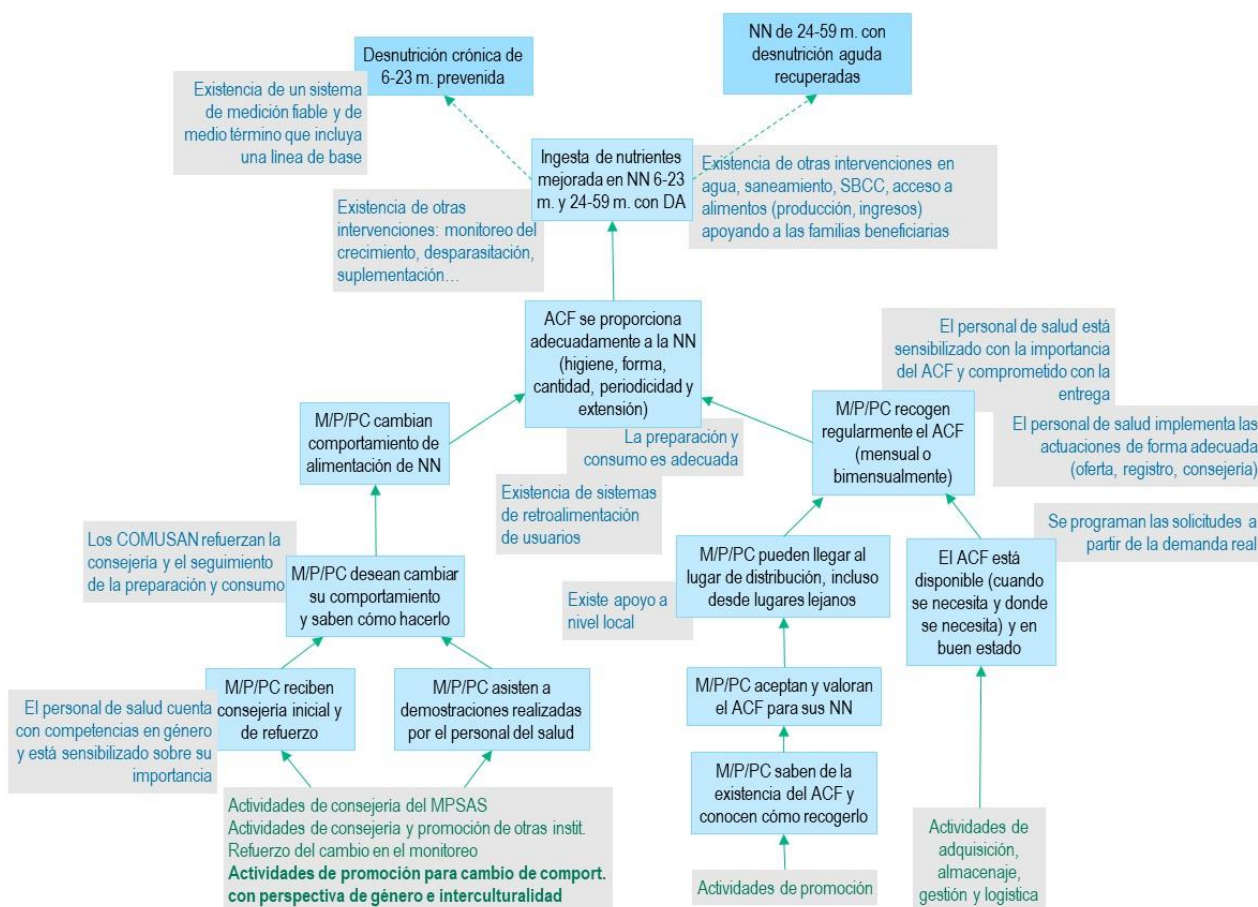
61. A partir de ese momento le corresponde al establecimiento de salud la distribución del alimento, que suele producirse allí mismo, cuando las madres, padres o personas cuidadoras pasan a recogerlo. Junto a la entrega del alimento, se realizan labores de consejería a partir de los lineamientos definidos. Periódicamente se realizan sesiones demostrativas para que las y los usuarios sepan cómo prepararlo.

62. El MSPAS realiza actividades extramuros, como micro-concentraciones, jornadas integrales o brigadas, para acercar los servicios de salud a la población, a través de los cuales se entrega el ACF. Asimismo, realiza otras funciones de acuerdo a su mandato legal.

63. Por su parte, la SESAN se ocupa del seguimiento del convenio que regula las relaciones interinstitucionales en el marco del ACF y realiza funciones de promoción del programa y del producto. De manera particular, las y los monitores de la SESAN en las municipalidades se ocupan de realizar un monitoreo muestral de usuarias de carácter periódico, para conocer el modo de utilización del ACF. Estos encuentros con usuarias se aprovechan para reforzar lo aprendido en relación con el modo de preparar y administrar el ACF, para conseguir mejores resultados.

64. A partir del análisis de la documentación de partida y de las entrevistas celebradas, el equipo evaluador reconstruyó la Teoría de Cambio (TdC) del programa, que fue posteriormente contrastada y validada por las instituciones socias. Se presenta en el Diagrama 2 y en la narrativa que le sigue en el cuadro azul, junto con los **supuestos y condiciones** que deben estar presentes para que los resultados se obtengan del modo en el que se desea. La mayor parte de ellos fueron recogidos durante la sesión de validación de la TdC.

Diagrama 2. Teoría de cambio validada



Fuente: elaboración propia a partir de los aportes de los socios institucionales de Nutri niños.

Cuadro de texto 3. Narrativa de la teoría de cambio

El PACF busca **contribuir a la prevención de la desnutrición crónica** en menores de 2 años y a la **recuperación de niños y niñas** de 6 a 59 meses de edad **afectados por desnutrición aguda**. Se basa en que la alimentación complementaria sea oportuna, adecuada, segura y perceptiva, pero sus resultados esperados no son explícitos. Para que la contribución del PACF se materialice, deben producirse otras condiciones que mejoren el entorno nutricional y de salubridad de las personas.

El resultado final que se busca con el programa es que la **ingesta de nutrientes del grupo de niños y niñas destinatarios sea mejorada**, lo que exige que el ACF se les proporcione adecuadamente en términos de higiene, forma de preparación (papilla,) cantidad, periodicidad y durante un periodo de tiempo suficiente como para promover cambios.

Para que esto suceda: 1) el alimento debe ser recogido regularmente por padres, madres o personas cuidadoras y 2) las personas responsables deben cambiar su comportamiento de alimentación de niños y niñas. La **recogida regular del alimento** exige que las madres y padres puedan llegar al lugar de distribución y que, cuando lo hagan, el alimento se encuentre disponible y en buenas condiciones. Una recogida regular supone también que las personas responsables de la alimentación acepten el alimento y que lo valoren, y para ello deben conocer su existencia y, el modo en el que pueden conseguirlo.

Un **cambio de comportamiento en la alimentación** presupone que existe voluntad de cambio y que se cuente con los conocimientos y habilidades para poder hacerlo. Por ello, las personas que acuden a los establecimientos donde se distribuye el ACF deben conocer cómo se prepara y administra el alimento, mediante sesiones de demostración, y recibir consejería inicial y un refuerzo periódico de la información y el aprendizaje. La incorporación de la perspectiva de género en esta consejería es una condición especialmente relevante para que el programa contribuya a objetivos más amplios en materia de igualdad de género.

65. En relación con los aspectos presupuestarios, en el periodo evaluado se realizaron un total de 25 pedidos (5 en 2020 y 20 en 2022) que han supuesto la compra de 11.076,27 toneladas métricas de alimento complementario fortificado, en un total de 8.364.347 bolsas, en presentaciones de un kilo, cuando se compra en el mercado local³⁹, y de 1,5 kilos en el resto de los casos. Para ello, se han dedicado 19.791.090 dólares americanos. El origen del alimento complementario fortificado fue local inicialmente, aunque se ha ido diversificando en los sucesivos pedidos por razones de disponibilidad, calidad, precio y tiempo de vida en anaquel⁴⁰. Ello ha supuesto realizar adquisiciones en Bélgica, Estados Unidos y China. La Tabla 4 muestra la desagregación de las compras por año.

Tabla 4. Adquisiciones de ACF realizadas por anualidades⁴¹

Año	TM	Importe
2020	4.947,68	\$ 8.072.826,63
2022	6.128,60	\$ 11.718.263,45

Fuente: Departamento de Abastecimiento. PMA Guatemala.

66. El **enfoque de género** no estuvo presente en el diseño de la intervención, ni, hasta 2022, en la información sobre sus avances. Considerando que los únicos documentos en los que se define la intervención son el Convenio de colaboración y sus sucesivas adendas y los acuerdos específicos, no hay una sola mención a las condiciones específicas de las mujeres ni a su empoderamiento, ni sobre el rol de los hombres en la paternidad responsable. No se cuenta con información pormenorizada sobre el modo en el que se diseñó la intervención, pero se sabe que en ella no tuvo presencia la Unidad de Género del MSPAS, lo mismo que en las reuniones de seguimiento al convenio que se celebran semanalmente por la mesa técnica de coordinación interinstitucional.

67. Nutrin niños **sí consideró** inicialmente **criterios de equidad**, ya que se centró inicialmente en los municipios que participaban en la GCNN, seleccionados por sus altos niveles de vulnerabilidad a la desnutrición crónica. Lo mismo sucede con la incorporación como grupo destinatario de la niñez con desnutrición aguda. Sin embargo, dada la extensión de las dificultades nutricionales como consecuencia de la pandemia de COVID-19 y posteriormente por las tormentas tropicales Eta e Iota, el ACF amplió su alcance hasta abarcar los 22 departamentos del país desde octubre del 2022.

1.4. METODOLOGÍA, LIMITACIONES Y CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA EVALUACIÓN⁴²

68. La aproximación conceptual desde la que se realizó esta evaluación **combinó e integró tres enfoques evaluativos** diferentes y complementarios, con un mayor o menor peso a lo largo del proceso de evaluación, pero con la misma relevancia. Por una parte, se adoptó un enfoque de evaluación centrada en el uso⁴³, que busca maximizar la utilidad de los resultados para sus usuarios principales. En consonancia, diferentes partes interesadas participaron a lo largo del proceso, incluida la población beneficiaria, personas a lo largo de la cadena de entrega y agentes locales. Este enfoque facilita materializar los aspectos formativos de esta evaluación.

69. Se planteó también un enfoque orientado por la teoría, concentrado en los aspectos relacionados con la reconstrucción de la TdC de la intervención, que permitió explicitar el modo en el que los actores principales del proceso entendían que el ACF podría alcanzar los resultados deseados.

³⁹ Se realizaron 3 pedidos en el mercado local, donde se adquirieron 2.941 Tm. por valor de 4,7 millones de dólares.

⁴⁰ El producto en Guatemala es el más costoso y ofrece un menor tiempo de vida (8 meses, frente a los 18 de otros países). Además, utiliza bolsas plásticas o de saco, frente al empaque al vacío, el envoltorio platinado y la caja de cartón resistente de otros países.

⁴¹ En 2023, anualidad que queda fuera del marco temporal de esta evaluación, se compraron 6.000 TM adicionales.

⁴² Este capítulo aborda la descripción de la propuesta metodológica de Red2Red, y se completa con la información contenida en los anexos (en concreto, en los anexos 3 y 4).

⁴³ Patton, Michael Q. 2008. *Utilization-Focused Evaluation*. Thousand Oaks: SAGE.

70. Finalmente, como se observa en el Anexo 3, la evaluación se basa en criterios, asociados a cada pregunta de evaluación, sin que ninguno de ellos fuera priorizado con respecto del resto. En concreto, en cuatro de los criterios estándar definidos por el Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE: coherencia, pertinencia, eficacia y eficiencia⁴⁴; e incorpora un criterio *ad hoc*, género e inclusión para que, además de la mirada transversal de género, se realice un análisis específico de esta cuestión, a la que se dedica una pregunta de evaluación.

71. La evaluación se estructura en cinco preguntas, que se desagregan en 14 subpreguntas, como se muestra en la Tabla 5, donde también se indica el criterio al que hacen referencia.

⁴⁴ En el proceso de definición de la demanda de evaluación, los criterios de impacto y sostenibilidad no fueron priorizados por las partes interesadas.

Tabla 5. Preguntas de evaluación, criterios y subpreguntas

Pregunta	Criterio	Subpreguntas
1. ¿En qué medida el PACF mantiene coherencia con las principales políticas y estrategias de prevención de desnutrición e igualdad de género por parte de MIDES, MSPAS, SESAN y PMA y del gobierno de Guatemala en general?	Coherencia	---
2. ¿En qué medida se ha proporcionado la asistencia de manera diferenciada en áreas geográficas y grupos de poblaciones priorizados, de acuerdo con sus necesidades y a demanda de MSPAS e instancias locales (CODESAN, COMUSAN, COCOSAN)?	Pertinencia Eficiencia	2.1 ¿Cómo se ha desarrollado y desempeñado la cadena de entrega del alimento complementario fortificado? 2.2 ¿Hasta qué punto el programa de entrega de ACF responde a las necesidades de la población beneficiaria (niños, niñas, madres, padres o personas cuidadoras)? 2.3 ¿En qué medida la cadena de entrega respondió a tiempo a la demanda de MSPAS e instancias locales? 2.4 ¿Hasta qué punto, las capacidades instaladas a los diferentes niveles han sido suficientes para asegurar la entrega del ACF de acuerdo con la demanda y necesidades y de acuerdo con el grado de importancia o prioridad institucional?
3. ¿Cuáles son los resultados que ha obtenido el programa de entrega ACF en respecto a su población meta?	Eficacia	3.1. ¿Cuál ha sido la cobertura del programa? 3.2. ¿Cuáles son los cambios nutricionales (si hay algunos) que se pueden observar en los niños y niñas que se beneficiaron del ACF? ¹ 3.3 ¿Cuáles son las percepciones (en términos de calidad, sabor, etc.) de las madres, padres y otros cuidadores acerca del producto? 3.4. ¿En qué medida las prácticas de consumo (preparación, higiene) son adecuadas? 3.5 ¿Cuáles son los factores internos y externos que han facilitado y dificultado el logro de los resultados esperados del programa a lo largo de la cadena de entrega del ACF?
4. En qué medida la colaboración y coordinación entre las cuatro instituciones a los diferentes niveles fue eficiente y oportuna?	Eficiencia	4.1 ¿Hasta qué punto los mecanismos de coordinación establecidos han asegurado una colaboración óptima y logro de resultados? 4.2 ¿En qué medida todas las partes del convenio pudieron contar con la información necesaria, en el formato adecuado y a tiempo para el logro del objetivo conjunto?
5. ¿Hasta qué punto las perspectivas de género e inclusión fueron integrados en la planificación, ejecución y monitoreo del Programa ACF?	Género e inclusión	5.1 ¿En qué medida la planificación inicial tomó en cuenta los objetivos y estrategias del Gobierno de Guatemala y del PMA en respecto a igualdad de género, equidad e inclusión y fue informada por un análisis de género y equidad? 5.2 ¿En qué medida la ejecución y monitoreo de las actividades del programa de ACF tuvieron perspectiva de género (enfoques diferenciados, datos desagregados, etc.)?

72. Desde la fase inicial de los trabajos se identificaron algunas **limitaciones para la evaluabilidad**, especialmente en lo que se refiere a la subpregunta 3.2, sobre los cambios nutricionales en los niños y niñas que recibieron el ACF. La evaluación no contemplaba la recopilación directa de información nutricional, ya que no se disponía de mediciones previas ni ex-post de la población beneficiaria, ni de otra similar para construir un grupo de comparación. En consecuencia, se tuvo que recurrir a fuentes indirectas.

73. Los registros de seguimiento se encuentran en la base de datos del SIAS, del MSPAS, pero la calidad de los datos es limitada debido a la falta de registros adecuados de identificación de la niñez, lo que limita la trazabilidad.⁴⁵ La SESAN utiliza un algoritmo para analizar la información quincenal de la base de datos del MSPAS y elaborar informes y estadísticas de la intervención. Entre otras cuestiones, permite estimar el número de niños y niñas que reciben el alimento al menos una vez al año y desagregar por departamentos, edad o sexo.

74. Para dar respuesta a esta subpregunta se recurrirá al análisis realizado por SESAN específicamente para esta evaluación y se complementará con datos de percepción de los agentes, muy en particular de las personas usuarias y del personal de salud que respondieron a la encuesta.

75. Desde un punto de vista metodológico, se planteó una evaluación con **métodos mixtos**, a partir de la aplicación de **técnicas cuantitativas y cualitativas** y de la integración de la información obtenida por ambas vías. Ello se complementó con ciertos niveles de participación, siempre que ha sido posible.

Técnicas de recogida de información

76. A continuación, se describe brevemente cómo se produjo la secuencia de recogida de información:

1. Información secundaria:

- **Análisis de datos secundarios.** Fue utilizado a lo largo de toda la evaluación, pero tuvo un papel casi protagonista para la elaboración del informe inicial. En el anexo 6 se muestran las fuentes documentales utilizadas.

2. Datos cuantitativos:

- Se realizaron dos **encuestas**. Una de ellas **presencial, con preguntas cerradas**, dirigida a **madres, padres y personas cuidadoras**, cuyos hijos e hijas hubiesen recibido apoyo. Los resultados obtenidos son estadísticamente representativos a nivel nacional con un nivel de confianza del 95 por ciento y un error muestral del 5. El cuestionario se incluye como Anexo 6.1.

Para que su realización fuese posible en el tiempo disponible, se realizó un muestreo intencional, para cubrir la diversidad de condiciones sociales y de Seguridad Alimentaria y Nutricional del país. Es descrito pormenorizadamente en el Anexo 6.

Se realizó una **encuesta en línea a personas de los servicios sanitarios** (principalmente enfermeras auxiliares) de centros y puestos de salud habitualmente encargadas de la distribución del ACF a la población beneficiaria. El cuestionario utilizado era sencillo, con una mayoría de preguntas abiertas. Se obtuvo un total de 919 respuestas válidas (81,2 por ciento de ellas, enfermeras auxiliares)⁴⁶, lo que significa que **la fuerza de la respuesta supera la mera ilustración**, aunque los datos no son representativos estadísticamente, puesto que proceden de un muestreo a voluntad, con una proporción de respuesta por departamentos muy dispar.

- **Datos cualitativos:** Para la **recopilación de datos cualitativos** se visitaron los mismos departamentos que para la encuesta a personas usuarias, cambiando de localidades (Anexo 6.3). Se buscaba identificar municipios y comunidades donde la intervención hubiese funcionado bien⁴⁷, a juicio de las nutricionistas de las DAS⁴⁸ para facilitar la comprensión de las condiciones que favorecen la obtención de resultados positivos. En los municipios se aplicaron las siguientes técnicas:

- **Entrevista grupal** con el COMUSAN. En la práctica, las limitaciones de tiempo, las dificultades de agenda y, en algunos lugares, dificultades para identificar la interlocución y el enlace

⁴⁵ En la práctica, las niñas y niños se registran y atienden en los servicios de salud aun cuando no cuenten con Código Único de Identificación (CUI).

⁴⁶ Ninguna del resto de categorías (enfermeros, médicos, promotores de salud, educadores y nutricionistas) llegó al cinco por ciento de representación.

⁴⁷ Recogiendo la información sobre problemas y otras cuestiones a solucionar mediante el resto de las técnicas

⁴⁸ Cuando se preguntó en la DAS cómo habían seleccionado estas localidades, respondieron que no había habido problemas en la distribución. Solo en un caso, la nutricionista afirmó que había existido una buena colaboración entre las instituciones.

institucional, tuvieron como consecuencia que solo pudieron realizarse tres de las cuatro previstas.

- **Entrevistas observacionales** con la persona al frente del establecimiento de salud, con el fin de ampliar la información recogida mediante las entrevistas. Pudieron realizarse en cinco casos de los ocho previstos.
- **Entrevista individual** con la o el monitor de la SESAN, para conocer cómo realizan el monitoreo, las dificultades que encuentran y sus recomendaciones para la aproximación a las personas usuarias. Estas entrevistas se realizaron únicamente en las cabeceras municipales, es decir, se realizaron cuatro.
- En las comunidades visitadas se preveía realizar uno o dos **talleres participativos** con personas usuarias (madres y padres, principalmente). Fue posible celebrar un total de cinco talleres que hubieron de ser rediseñados para adaptarse a las condiciones reales de aplicación. El proceso se describe en el Anexo 6.
- Se celebraron cuatro **entrevistas individuales y seis grupales** en Ciudad de Guatemala y en las cabeceras de los departamentos visitados. Los nombres e instituciones de las personas entrevistadas están en el Anexo 6.4.
- Además, se aplicaron cuatro **grupos focales** virtuales. Dos con una representación de los/las **nutricionistas de las Áreas de Salud** del MSPAS, para conocer su valoración, identificar las principales dificultades percibidas y sus recomendaciones de mejora. Se celebraron también dos grupos con **monitores y monitoras de la SESAN** de los departamentos visitados, pero que no trabajasen habitualmente en los municipios visitados, con objetivos similares a los descritos. Estos grupos focales no se dividieron por sexo porque los criterios considerados para la conformación de los grupos fueron de otra naturaleza.

77. En total fueron consultadas **1.548 personas** en el proceso de evaluación; 187 personas (153 mujeres, 34 hombres) en las técnicas cualitativas, y 1.361 en las técnicas cuantitativas. Para finalizar, en el Anexo 6 se incluye una panorámica de las técnicas de recogida de información que se utilizaron para cada pregunta de evaluación.

Análisis de datos

78. El análisis de datos se apoyó con **herramientas informáticas**. Para las encuestas, la explotación de los datos se realizó con **SPSS+v.25z**, fundamentalmente con tablas de contingencia. Los datos primarios de carácter cualitativo, las entrevistas y grupos focales, se transcribieron y su análisis se apoyó con **Atlas.ti**.

79. A lo largo de la evaluación y especialmente en la etapa de análisis de la información, los datos recogidos fueron sometidos a **triangulaciones sucesivas**: se cuenta con más de un indicador y fuente de datos por subpregunta de evaluación; contar con un equipo evaluador moderadamente amplio supone la contraposición de distintas miradas analíticas, contribuyendo a la triangulación. Por otra parte, utilizar fuentes cuantitativas y cualitativas ofrece la posibilidad de triangular los enfoques metodológicos.

80. Las recomendaciones se construyeron participativamente en un taller celebrado el día 25 de mayo en Guatemala -con 27 representantes técnicos de las instituciones socias, del PMA y del equipo evaluador. Este proceso de co-creación les dota de mayor validez, mayor probabilidad de aceptación e incrementa la factibilidad de su aplicación. Para su organización se utilizó un formato de World Café, por el que todas las personas asistentes pudieron contribuir a las recomendaciones asociadas a todas las conclusiones. En el Anexo 6 se proporciona más información sobre la metodología utilizada.

81. Desde una perspectiva más global, integrar varias aproximaciones evaluativas acentúa también la triangulación para consolidar los análisis y hacerlos más creíbles. Lo mismo sucede con la participación de las partes interesadas, que permite ajustar al máximo el trabajo a la satisfacción de sus necesidades, e incrementa la credibilidad de los resultados y la probabilidad de aceptación.

Enfoque de género en la evaluación

82. A lo largo de la recogida y análisis de la información se buscó la participación equilibrada de hombres y mujeres, madres y padres. No obstante, el sexo no fue clave para el muestreo cuando el criterio principal era el cargo de la persona a la que se buscaba entrevistar. Además, en el caso de los talleres participativos, pese a que se buscó un equilibrio en la participación de madres y padres a través de la creación de dos grupos diferenciados, los hombres que habían sido invitados no llegaron. Algo similar ocurrió en el caso del personal de los establecimientos de salud o del personal de la SESAN a cargo del monitoreo, donde la mayor parte son mujeres, lo que llevó a que la participación tampoco fuera equilibrada en función del sexo en este caso.

83. Desde otro punto de vista, en el análisis de pertinencia que se plantea en la pregunta de evaluación 2⁴⁹ se atiende específicamente a las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres. Otras preguntas de evaluación recogen igualmente ideas o párrafos relacionados con la situación diferencial de hombres y mujeres en Nutrin niños, además de la pregunta cinco, que es específica de la temática. Finalmente, a lo largo de toda la evaluación se procuró la presencia y participación de las unidades de género de las instituciones socias, y muy especialmente en la sesión final para el trabajo con hallazgos y en el taller de conclusiones y recomendaciones.

Consideraciones éticas

84. El equipo de Red2Red fue responsable de velar por los aspectos éticos en todas las etapas de la evaluación: 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 una selección 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.

85. Para ello, el equipo evaluador identificó las principales consideraciones éticas a tener en cuenta en cada fase, los riesgos asociados y las salvaguardias a aplicar. La tabla 6 muestra el resultado de ese análisis.

⁴⁹ ¿En qué medida se ha proporcionado la asistencia de manera diferenciada en áreas geográficas y grupos de poblaciones priorizados, de acuerdo con sus necesidades y a demanda de MSPAS e instancias locales (CODESAN, COMUSAN, COCOSAN)?

Tabla 6. Consideraciones éticas, riesgos y salvaguardias

Fases	Cuestiones éticas	Riesgos	Salvaguardias
Inicio	Diseño metodológico y operativo riguroso metodológicamente y ético.	El diseño de las muestras puede “dejar en sombra” a los grupos poblacionales más vulnerables o no reflejar fielmente la realidad del programa.	El sistema de calidad del PMA garantiza el rigor metodológico. Para recoger la situación de las personas que se encuentran en diversas situaciones, se diversificó la muestra y los departamentos y localidades visitadas.
Recopilación de datos	Diferencias culturales. Barreras lingüísticas y de alfabetización. Irrespeto de su voluntad o falta de voluntad para informar.	Incomprensión del discurso de las personas informantes. Imposibilidad de comunicación y comprensión. Desconocimiento de las personas del objetivo de la información que proporcionan.	Las personas que realizaron las encuestas, en su mayor parte, eran personas de los departamentos donde se realizó el trabajo en terreno. Además, contaban con experiencia en la interacción con poblaciones que hablan idiomas locales. Se explicaba qué se buscaba con la evaluación y con la técnica, así como los conceptos de confidencialidad y consentimiento informado . Podían decidir si querían participar o no en el proceso.
Análisis de datos	Protección de la información individual. Sesgo en el análisis.	Filtrado de la información sobre personas concretas. Invisibilización de los grupos más vulnerables.	La información se almacenó de forma segura hasta su anonimización. El objetivo de considerar la situación de las personas en condiciones de partida más desfavorables fue explícito en todo momento. El equipo de evaluación incorporaba distintas perspectivas y miradas que favorecían la diversidad.
Elaboración del informe	Plasmarse de manera rigurosa los hallazgos obtenidos del análisis y formular conclusiones y recomendaciones sustentadas por aquellos.	Sesgos a favor de las instituciones y grupos más poderosos. Filtrado de información particular.	Aplicación de la triangulación de fuentes, técnicas y evaluadoras. Aprovechamiento de toda la información recogida. Suscripción de acuerdos de confidencialidad y comportamiento ético.
Difusión	Accesibilidad de la información.	El formato de informe dificulta la comprensión de algunos de los grupos de interés.	Se elaboró un vídeo. Se elaboró una presentación (PPT) para el taller de presentación de resultados.

Limitaciones

86. Durante el diseño metodológico de evaluación se identificó una serie de riesgos metodológicos, del proceso y del contexto, así como su impacto potencial sobre la evaluación, y se definieron medidas de mitigación para reducirlo. En la tabla 7 se identifican los problemas que realmente se materializaron, las medidas de mitigación puestas en marcha y en qué medida han supuesto una limitación para la evaluación. Solo se materializaron riesgos de tipo metodológico, por lo que son los únicos que se incluyen en la tabla⁵⁰.

Tabla 7. Limitaciones encontradas y medidas de mitigación

Limitaciones y dificultad	Medidas e impacto para la evaluación
Disponibilidad de datos	
No existía información exhaustiva de partida que permitiera conocer con precisión los cambios nutricionales de niños y niñas. Por otra parte, las características de la evaluación no permitían (ni preveían) la realización de un análisis de impacto.	El análisis de los cambios nutricionales en niños y niñas se realizó únicamente mediante las percepciones y valoraciones de las personas usuarias y el personal de salud.
No existen datos con suficiente consistencia y fiabilidad para poder realizar una medición directa del número de niñas y niños beneficiarios.	Se recurrió a los datos proporcionados por la SESAN, que son habitualmente utilizados para la elaboración de las estadísticas del programa.
Limitaciones de tiempo	
A pesar de la buena voluntad de las partes, se produjeron imprevistos y descoordinaciones que, dado lo ajustado de los tiempos, dificultaron la aplicación de algunas técnicas o limitaron su alcance.	Algunas de las reuniones con las COMUSAN se celebraron de manera virtual, pero eso no fue suficiente, por ejemplo, para recabar información sobre los elementos clave que contribuyen a que la colaboración en terreno sea fluida y se mantenga en el tiempo.
Eso sucedió con las reuniones con las COMUSAN o con los talleres con padres y madres.	En el caso de los talleres con padres y madres las técnicas se adaptaron a las circunstancias de cada comunidad, en términos de la asistencia y del contexto específico.

87. En todos los casos, las limitaciones fueron comunicados a la gestora de la evaluación junto con su propuesta para superarlo o mitigarlo, para que las decisiones adoptadas fueran acordes con el interés de la evaluación.

⁵⁰ En el diseño metodológico se identificaron también posibles riesgos del proceso y del contexto, pero no llegaron a materializarse.

2. Hallazgos de la evaluación

88. Este capítulo se ha organizado por preguntas y subpreguntas de evaluación, para facilitar la comprensión y posibilitar la trazabilidad de la respuesta. Por la misma razón, el orden de las preguntas ha variado y los hallazgos de la pregunta 4 se presentan antes que los de la pregunta 3.

P.E.1. ¿EN QUÉ MEDIDA EL PROGRAMA MANTIENE COHERENCIA CON LAS PRINCIPALES POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE DESNUTRICIÓN E IGUALDAD DE GÉNERO POR PARTE DE MIDES, MSPAS, SESAN Y DEL PMA Y DEL GOBIERNO DE GUATEMALA EN GENERAL?

H1. Nutriniños, en la medida en que busca la provisión de alimento complementario fortificado a partir de los seis meses de edad, se encuentra alineado con las políticas nacionales del ámbito de la seguridad alimentaria y la nutrición y con el Plan de Gobierno del país, que incorporan la alimentación complementaria como una de las estrategias de prevención de la desnutrición crónica y resaltan la importancia de focalizar las actuaciones en la población en riesgo o situación de vulnerabilidad a la desnutrición.

H2. La alineación podría ser aumentada si se hubiera planteado algún proceso participativo de la población a la que se dirige o si se hubieran establecido mecanismos de retroalimentación orientados a su adaptación permanente y a la maximización de la pertinencia cultural.

H3: En esta misma línea, Nutriniños no se alinea con las políticas de género del país y ninguno de los documentos en los que se sustenta incorpora el enfoque de género en su contenido.

89. Nutriniños queda establecido en un convenio de colaboración institucional, completado y actualizado mediante adendas y acuerdos. También dispone de unos lineamientos técnicos que lo complementan y establecen el modo en el que debe realizarse la distribución del alimento entre la población. No obstante, **no cuenta con un documento de programación en el que se plasme su diseño inicial.**

90. Nutriniños busca contribuir a la prevención de la desnutrición crónica mediante la mejora de la ingesta de nutrientes a niños y niñas entre 6 y 59 meses (con una atención especial a los de 6 a 24 meses). Para ello provee alimento complementario fortificado, con el fin de complementar la dieta de este grupo de edad en los lugares donde se ha venido desarrollando la iniciativa. Ello significa que **el ACF es una intervención muy especializado y vertical.**

91. El análisis de coherencia con las normas y estrategias del país sobre seguridad alimentaria y nutricional y de género se ha centrado en la Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional y su Reglamento, la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, el Plan de Gobierno de Guatemala y Política General 2020-2024, la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición, la Ventana de los Mil Días y la Política de Promoción y Desarrollo Integral de las Mujeres y Plan de Equidad de Oportunidades 2008-2023 de la Secretaría Presidencial de la Mujer. Además, se ha tenido en cuenta la información procedente de entrevistas a responsables técnicos de las instituciones participantes en Nutriniños.

92. **La Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Ley de SINASAN)⁵¹ y la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN)⁵²** fueron aprobadas en el año 2005 y 2006 respectivamente y sentaron las bases de la seguridad alimentaria en Guatemala. El artículo 4 de la Ley de SINASAN establece definiciones básicas sobre seguridad alimentaria: "el derecho de toda persona a tener acceso físico, económico y social, oportuno y permanentemente, a una alimentación adecuada en cantidad y calidad, con pertinencia cultural, preferiblemente de origen nacional, así como a su adecuado aprovechamiento biológico, para mantener una vida saludable y activa". Además, hace especial hincapié en

⁵¹ Gobierno de la República de Guatemala. 2005. La Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Ley de SINASAN). Guatemala, 2005.

⁵² Gobierno de la República de Guatemala. 2006. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN). Guatemala, 2005.

la no discriminación de las personas para el acceso a la seguridad alimentaria. La PNSAN también prioriza a las poblaciones vulnerables, incluyendo a mujeres, niños y niñas en sus ejes transversales, estos últimos población objetivo de Nutrin niños.

93. Nutrin niños se encuentra alineado con ambas, puesto que su principal objetivo es la entrega de alimento en las áreas del país más vulnerables a la inseguridad alimentaria, tal y como se recoge en la introducción de los Lineamientos Técnicos⁵³. Además, su focalización inicial muestra la comprensión de la desigualdad al acceso entre comunidades, especialmente en las zonas rurales⁵⁴.

94. Nutrin niños también se alinea con el rol que la Ley de SINASAN otorga a otras instituciones con un papel relevante en la formulación y aplicación de programas ligados a la seguridad alimentaria (artículo 22). En el caso de SESAN, destaca el rol de promoción, de educación y capacitación y el monitoreo. Estos son los roles que el Convenio⁵⁵ establece para dicha institución.

95. Asimismo, existe un alto grado de alineamiento del ACF con el eje programático 5 de prevención y tratamiento de la desnutrición de la PNSAN, que resalta la importancia de los programas de alimentación complementaria para niños y niñas y hace énfasis en la importancia de su monitoreo.

96. Tanto la Ley de SINASAN (en su artículo 5) como la PNSAN (en sus principios rectores) establecen la importancia de la participación ciudadana en el proceso de la lucha contra la inseguridad alimentaria, aspectos no recogidos en la documentación que regula Nutrin niños. El Convenio sí plantea la importancia de la educación para promover el buen uso del alimento, pero no se definen mecanismos para obtener retroalimentación de las familias usuarias, más allá del monitoreo que realiza la SESAN mensualmente.

97. El **Reglamento de la Ley de SINASAN**⁵⁶ incluye definiciones clave para el buen funcionamiento de planes y programas de seguridad alimentaria, de las que parte Nutrin niños, como la diferencia entre desnutrición crónica y desnutrición aguda, que resulta esencial para determinar la población receptora del producto.

98. El Reglamento también detalla la composición, organización y funciones de la CONASAN y la SESAN. En relación con esta última, el artículo 17 recoge que le corresponde “coordinar el diseño y formulación de los programas y proyectos relacionados con la [PNSAN] tendientes a la disponibilidad, acceso, consumo y utilización biológica de los alimentos, así como la información, educación y comunicación de dichos instrumentos”, que coinciden con las funciones que SESAN ha desarrollado en Nutrin niños.

99. El Desarrollo Social es uno de los objetivos principales del **Plan de Gobierno de Guatemala y Política General 2020-2024**, con énfasis especial en la atención efectiva de los más vulnerables⁵⁷. Hace especial hincapié en la situación nutricional del país, por lo que establece varias acciones estratégicas, como el fortalecimiento del programa de reducción de la desnutrición crónica mediante la inversión de recursos en los municipios con mayor incidencia de pobreza y regiones de mayor riesgo a la inseguridad alimentaria y nutricional, lo que da lugar a la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición, en la que se engloba Nutrin niños. El Plan de Gobierno insta igualmente a la promoción de la lactancia materna, la provisión de alimento fortificado y al aumento de ingesta de nutrientes, minerales, proteínas y vitaminas en sus acciones estratégicas en materia de nutrición.

100. Nutrin niños también está alineado con la Política de Gobierno 2020-2024 respecto al apoyo a los programas de sensibilización. La Política establece en sus acciones estratégicas que la sensibilización y la formación son esenciales para lograr cambios de comportamiento a largo plazo, lo que se reconoce de manera explícita en el Convenio de Cooperación interinstitucional.

101. La Política de Gobierno resalta la importancia de entender la desnutrición como un problema complejo, solo erradicable generando fuentes de empleo para las familias más vulnerables, mediante

⁵³ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2020. Lineamientos técnicos Alimento Complementario Fortificado. 1ª edición. Guatemala.

⁵⁴ Posteriormente el alcance territorial se amplió, pero esa fue su vocación inicial.

⁵⁵ Convenio de Cooperación y Coordinación Interinstitucional entre MIDES, MSPAS, SESAN, PMA. Documento interno, no publicado.

⁵⁶ Reglamento de la Ley de SINASAN. Acuerdo Gubernativo Número 75-2006.

⁵⁷ “Mejorar la calidad de vida de los guatemaltecos, especialmente de los grupos más vulnerables y familias que se encuentran en estado de pobreza y pobreza extrema.”

transferencias monetarias, o promoviendo la producción de alimentos⁵⁸. Aborda todo un abanico de intervenciones a los que Nutrin niños, dada su lógica vertical, es ajeno, pero que son de importancia crucial para la prevención de la desnutrición⁵⁹.

102. La estrategia fundamental de la Administración actual para luchar contra la desnutrición infantil es la **Gran Cruzada Nacional por la Nutrición** (GCNN)⁶⁰, en la que se enmarca Nutrin niños. Con ella se busca reducir los niveles de desnutrición infantil para lograr un adecuado desarrollo físico y cognitivo de niños y niñas menores de cinco años. Una de sus líneas de acción es la salud y nutrición, que establece acciones para mejorar la cobertura y acceso a servicios básicos en este ámbito, con calidad, integralidad y equidad, a través de medios aceptables para las comunidades. Se incluyen intervenciones específicas de atención individual, familiar y comunitaria, mediante la ampliación de la Atención Primaria en Salud, con énfasis en las intervenciones incluidas en la Ventana de los Mil Días, como el mejoramiento de la práctica de la lactancia materna y de la alimentación complementaria, o intervenciones preventivas para el crecimiento y desarrollo infantil.

103. La GCNN priorizó 114 municipios con una situación de mayor vulnerabilidad nutricional, económica y social⁶¹. Para ello plantea provisionar ACF que contribuya a incrementar la ingesta de nutrientes de la población beneficiaria. Este componente es, precisamente, la intervención que se evalúa, por lo que su alineamiento con la GCNN puede considerarse total, focalizándose en niños y niñas menores de cinco años, y especialmente de los de 6 a 23 meses. El alcance territorial inicial del ACF coincidía con el de la GCNN, aunque finalmente se acabó extendiendo a todos los departamentos del país debido a sucesos externos que agravaron la situación nutricional.

104. El plan de acción número 5 se realiza a través de la estrategia de Comunicación para el Cambio Social y de Comportamiento (CCSC) de la GCNN, que afecta a todas las acciones de la GCNN y es vinculante para todas las instituciones involucradas con ella. Su objetivo es promover y generar espacios de diálogo y acción con la población para comprender la problemática y establecer acciones concretas para superarla. El Convenio del ACF es conforme con esta línea de acción al establecer la necesidad de generar un Plan de Comunicación e indicar la importancia de la capacitación tanto del personal sanitario como de las madres, padres y personas cuidadoras.

105. Nutrin niños está altamente alineado con la **Ventana de los Mil Días**⁶², un paquete de intervenciones encaminado a prevenir la desnutrición crónica desde el momento de la concepción hasta los primeros dos años de edad, que incluyen la promoción de prácticas adecuadas para la nutrición, provisión de vitaminas y minerales para niños, niñas y madres, promoción del consumo de alimentos fortificados y prevención y tratamiento de la desnutrición.

106. Nutrin niños apoya la alimentación complementaria mediante la entrega de alimento, que suele hacerse coincidir con el momento del monitoreo de crecimiento, pero su ámbito poblacional es solo parcialmente coincidente con el de la Ventana de los Mil Días ya que, pese a que la población priorizada inicialmente eran niños y niñas de hasta dos años, posteriormente se amplió hasta casi los 59 meses.

107. La política de género vigente en el Estado guatemalteco es la **Política de Promoción y Desarrollo Integral de las Mujeres y el Plan de Equidad de Oportunidades de la Secretaría Presidencial de la Mujer 2008-2023**⁶³ (PPDIM-PEO), que busca avanzar en el proceso de aplicación de los derechos económicos, sociales, políticos y culturales de todas las mujeres y considera clave la verificación,

⁵⁸ Acción estratégica: “Incrementar el acceso a los alimentos de las familias en situación de pobreza o pobreza extrema, a través de la generación de fuentes de empleo, dotación de transferencias monetarias condicionadas (salud, educación, alimentación) y/o proveer insumos y otros recursos que faciliten la producción de alimentos.”

⁵⁹ El ACF añade un elemento al mosaico de intervenciones necesarias para luchar contra la desnutrición. Desde este punto de vista, no puede hablarse de coherencia ni de incoherencia.

⁶⁰ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2020. *Gran Cruzada Nacional por la Nutrición en Guatemala*. 1ª edición.

⁶¹ Se empleó un análisis combinado de desnutrición crónica en menores de cinco años, pobreza extrema e inseguridad alimentaria y nutricional.

⁶² Para el análisis de la Ventana de los Mil Días se han empleado las diez acciones que se recogen en el Plan del Pacto Hambre Cero del año 2012.

⁶³ Secretaría Presidencial de la Mujer. 2009. Programa y las políticas de género, la Política de Promoción y Desarrollo Integral de las Mujeres y el Plan de Equidad de Oportunidades 2008-2023. Guatemala.

monitoreación y seguimiento de su aplicación, así como la evaluación de sus efectos sobre la vida de las mujeres.

108. No se han encontrado evidencias, ni a nivel documental ni en las entrevistas con instituciones, de que la igualdad de género y la promoción de la mujer fueran consideradas en el diseño del ACF. El documento inicial de Lineamientos Técnicos menciona a las mujeres como únicas cuidadoras de la infancia, sin considerar que los padres pueden participar también de este rol. Sin embargo, según una informante, el diseño de la GCNN tuvo en cuenta la PNPDIM-PEO, alineación que se perdió a la hora de formular Nutrin niños.⁶⁴

109. Según las entrevistas con el personal de las instituciones al frente del ACF, todas tienen el mandato de incorporar el enfoque de género en sus intervenciones y políticas, pero se ha evidenciado que este mandato no se aprovechó de forma óptima para Nutrin niños y que sus Unidades de Género no participaron en su diseño, que se asienta en experiencias anteriores y en el conocimiento de las instituciones que participan, pero donde la participación de las instituciones fue muy limitada.

110. La Tabla 8 muestra el resumen de los puntos de las políticas analizadas con las que Nutrin niños muestra un mayor alineamiento.

⁶⁴ Temáticamente, Nutrin niños está relacionado con el eje “Equidad en el desarrollo de la salud integral con pertinencia cultural” del PNPDIM-PEO, especialmente en su eje político 5, relativo a seguridad alimentaria. No obstante, de forma concreta no se puede hablar de coherencia con la política, en tanto que Nutrin niños no recoge cuestiones específicas dirigidas a las mujeres.

Tabla 8. Puntos de alineamiento entre las políticas nacionales y Nutrin niños

Leyes, políticas y programas	Puntos de coherencia
Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional	Artículo 4: definiciones básicas y principio de no discriminación Artículo 22: asignación de funciones a la SESAN
Reglamento de la Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional	Artículo 2: definiciones básicas Artículo 17: asignación de funciones a la SESAN
Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional	Eje programático nº 5 sobre programas de alimento complementario Eje transversal 7.2: Priorización de poblaciones en situación de vulnerabilidad
Plan de Gobierno de Guatemala y Política General 2020-2024	Objetivo de Desarrollo Social: énfasis en el problema nutricional del país, priorización de áreas en situación vulnerable, provisión de alimento fortificado, programas de sensibilización y capacitación
Gran Cruzada Nacional por la Nutrición	Línea de acción 1: lucha común contra la desnutrición infantil donde se inscribe el Programa de ACF Línea de acción 5: importancia de la comunicación para el cambio social y de comportamiento (en adelante, CCSC)
Ventana de los Mil Días	Prevención de la desnutrición crónica hasta los 2 años, periodo coincidente con el definido el programa de ACF al comienzo de su diseño
Política de Promoción y Desarrollo Integral de las Mujeres y el Plan de Equidad de Oportunidades 2008-2023	Eje de Equidad en el Desarrollo de la Salud Integral con Pertinencia Cultural.

Fuente. Revisión documental de las leyes, programas y políticas.

P.E.2. ¿EN QUÉ MEDIDA SE HA PROPORCIONADO ASISTENCIA DE MANERA DIFERENCIADA EN ÁREAS GEOGRÁFICAS Y GRUPOS DE POBLACIONES PRIORIZADOS, DE ACUERDO A SUS NECESIDADES Y A DEMANDA DEL MSPAS E INSTANCIAS LOCALES (CODESAN, COMUSAN⁶⁵, COCOSAN)?

2.1. ¿Cómo se ha desarrollado y desempeñado la cadena de entrega del alimento complementario fortificado?

H4. La mayor parte de las compras de alimento se han realizado fuera del país, donde el producto ofertado se ajustaba en mayor medida a los criterios de selección que habían sido definidos.

H5. El transporte de las bodegas centrales a los centros y puestos de salud ha presentado algunos desafíos de coordinación y de ajuste a los requerimientos establecidos por el programa.

H6. Existen desafíos relacionados con el almacenamiento del producto en los centros y puestos de salud y hasta el momento no se han identificado alternativas para la custodia del alimento en buenas condiciones de conservación. Como consecuencia, las auxiliares de enfermería distribuyen el producto tan rápido como pueden.

H7. Las auxiliares de enfermería perciben dificultades para la distribución del producto fuera del centro o puesto de salud. Destacan la falta de medios de transporte y que han de realizarla con recursos propios.

H8. La gran mayoría de las enfermeras auxiliares tienen una percepción positiva de la calidad del producto. También se valora positivamente su empaque y presentación. No tanto su forma de distribución.

111. La cadena de entrega del alimento complementario fortificado comienza en los mercados internacionales, para la adquisición del producto, y finaliza con la distribución y entrega de la cantidad definida de alimento a las madres, padres y personas cuidadoras de los niños y niñas beneficiarios. En cada eslabón pueden producirse barreras o cuellos de botella, haciendo que el tiempo promedio desde que se compra hasta que llega a los puestos de salud se extienda. Esto tiene implicaciones importantes en la vida útil total, calidad percibida y tiempo máximo de almacenamiento posible.

112. Las compras son realizadas por el PMA, mediante sus oficinas centrales en Roma. El convenio suscrito entre las instituciones establece que debe darse **preferencia**, siempre que sea posible, **a la compra local de alimento**, que tiene ventajas en términos de fomento de la economía del país y disminución de la huella de carbono del producto, ya que las exigencias de transporte son mucho menores. De hecho, las primeras compras, realizadas en el año 2020, se realizaron en el mercado local y supusieron el 35,2 por ciento del volumen total de compras.

113. Sin embargo, los lineamientos técnicos de Nutrin niños exigen que la fecha de vencimiento del producto fuese de al menos trece meses, y el mercado guatemalteco no ofrecía este tiempo de caducidad⁶⁶. Los criterios con los que se selecciona a los proveedores son: que el producto que ofrecen cuente con calidad suficiente para cumplir los requerimientos establecidos, que tengan un precio competitivo y, condición *sine qua non*, que tengan disponibilidad del producto. Fue por estos motivos por lo que se recurrió a realizar compras fuera del mercado local.

114. Según los datos facilitados por el PMA, hasta diciembre de 2022 se realizaron adquisiciones en tres mercados diferentes, además del mercado local: el belga (un 16 por ciento del volumen total adquirido), el chino (28,1 por ciento) y el estadounidense (un 20,7 por ciento). Según los informantes, el primero es el que ha ofrecido la mejor relación calidad/precio, pero no cuentan con disponibilidad suficiente para cubrir las necesidades existentes). No se cuenta con información cuantitativa al respecto, pero las personas

⁶⁵ La evaluación no produjo información suficiente para valorar el ajuste de la asistencia a las demandas de las instancias locales-

⁶⁶ Los lineamientos técnicos surgieron tras la primera compra local de alimentos, que provocó la acumulación de producto con fecha similar de preferencia de consumo.

informantes mencionan que el producto estadounidense presentó algunos problemas (apertura de sellos y un pequeño número de casos de producto contaminado).

115. Finalmente, las bolsas en las que se envió el producto chino en ocasiones llegaban infladas, dificultando el transporte y el almacenamiento, limitando las posibilidades de apilar unas sobre otras y requiriendo mayor espacio para ello. Según la información recogida en los grupos focales con nutricionistas y monitores de la SESAN, estas condiciones se han percibido como un desafío de calidad del producto, lo que, unido a que presentaba un color más oscuro y, según las familias receptoras, un sabor diferente, tuvo como consecuencia que no fue bien recibido por parte de las familias, a pesar de que se comprobó que era apto para el consumo humano. Sin embargo, esta confirmación no fue suficiente para superar las sospechas generadas en las familias.⁶⁷

116. No se han recogido dificultades reseñables en el proceso de **recepción del producto en el país**. En cuanto al **almacenamiento**, en las minutas de las reuniones de seguimiento semanales de la mesa técnica de coordinación interinstitucional, se menciona que la capacidad de los espacios previstos para ello a nivel central se vio sobrepasada, lo que pudo solucionarse de manera rápida con el alquiler de nuevos espacios por parte del PMA.

117. Una vez que llega la orden de distribución de una determinada cantidad de alimento, el PMA procede a la contratación del transportista, proceso que, en función del grado de urgencia de la demanda, demora entre los 5 y los 15 días. Tras la formalización de la contratación, el transportista realiza la carga y la distribución. Según información del PMA, el **tiempo promedio** desde que se compra el producto hasta que llega al establecimiento **es de 90 días** (producción, transporte y entrega).

118. Se han recogido **algunas oportunidades de mejora relacionadas con el transporte**. Según el personal sanitario, el proceso de la entrega en el establecimiento de salud es mejorable. Por ejemplo, convendría anticipar los horarios de entrega, para garantizar que en el momento de llegada haya alguien que lo reciba. Según la información recogida, los problemas surgidos se fueron suavizando, de manera que, tras un periodo de rodaje, la entrega se realizaba de manera ágil y satisfactoria para ambas partes. En algunas de las Áreas de Salud se menciona que, una vez que estos aspectos logísticos funcionaban con fluidez, el cambio de transportista ha supuesto volver a comenzar el proceso de adaptación. Eso tiene que ver con el sistema de contratación de los transportistas, que supone la concurrencia competitiva para cada envío o conjuntos de envíos. No obstante, se trata de un tema controlado y que solo afecta a parte de los envíos.

119. El producto se entrega **a nivel de establecimientos de salud**, lo que genera un **problema de almacenamiento**, ya que, como indica el personal de salud, estos establecimientos no disponen de bodegas para poder custodiar el ACF. Ni por tamaño (solo disponen de bodega para medicamentos), ni por calidad de las condiciones (aislamiento de la humedad o de los roedores, por ejemplo). En el caso de los establecimientos comunitarios de salud, con frecuencia no existe ninguna institución en la localidad que cuente con un espacio con las citadas características, además de que existen dificultades legales para depositar el alimento en un lugar que no sea propiedad del Estado a nivel central (lo que invalidaría a las autoridades municipales o las ONG). Este es un problema estructural, que no ha sido solucionado hasta el momento y que en algunos lugares ha sido paliado realizando demandas de alimento más frecuentes, pero en menor volumen. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que un mayor número de desplazamientos del alimento supone un incremento del coste del transporte, por lo que el efecto no es neutro.

120. Una consecuencia de estos desafíos, como se indicaba en las entrevistas y en el grupo focal con nutricionistas, es que **el producto se distribuye tan rápido como es posible**, con el fin de disminuir el riesgo de que se pueda echar a perder por un inadecuado almacenamiento. Por esta misma razón, algunas de las DAS del MSPAS solicitaron al PMA que las entregas fueran más frecuentes, con el fin de acumular un menor volumen de producto en los establecimientos.

121. El último eslabón de la cadena de **entrega** es la distribución que se realiza **desde el establecimiento de salud** hasta las madres, padres o personas cuidadoras que lo recogen o a las que se

⁶⁷ El PMA tomó medidas para paliar los desafíos que se plantearon en el mercado chino y en el estadounidense. En ambos casos se informó a los proveedores de los problemas detectados. En el caso chino, se cambió la fábrica de producción.

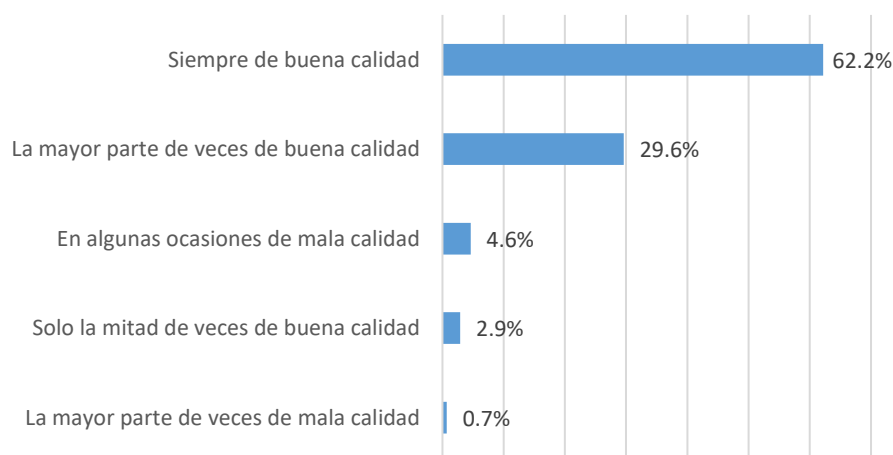
les traslada. En este ámbito, se han encontrado algunas barreras, que han sido mencionadas de manera muy consistente por parte de los diferentes grupos de informantes.

122. El alimento se distribuye, bien en el establecimiento de salud, bien personalmente llevándolo directamente a la comunidad, bien por otras vías (micro concentraciones, jornadas, etc.). En el primero de los casos, con frecuencia el alimento no se entrega en cualquier momento, sino que se hace coincidir con la realización del monitoreo de crecimiento, con el fin de que se convierta en un estímulo para incrementar la cobertura de aquel.

123. Sin embargo, **las madres, padres o personas cuidadoras no siempre acuden al establecimiento de salud para recoger el ACF**. Con el fin de poder llegar a la mayor parte de la población, las auxiliares de enfermería que trabajan extramuros⁶⁸ distribuyen el alimento, llevándolo a las comunidades, a las micro-concentraciones o, incluso, casa por casa. Como se indicó en los grupos focales con nutricionistas, los puestos de salud no cuentan con vehículos, lo que significa que **las auxiliares han de cubrir con recursos propios la distribución más allá del establecimiento de salud**. Ello puede realizarse en motocicleta, en bus o, incluso, caminando, cuando no existe otro medio para llegar. Las dificultades se intensifican porque algunas de las comunidades se encuentran muy alejadas. Este sistema de distribución requiere de mucho tiempo y esfuerzo y hace descansar sobre las auxiliares unos costes que no les corresponden.

124. Ya se mencionó que la calidad percibida del alimento ha variado en función de su lugar de procedencia. En la encuesta realizada a las enfermeras auxiliares se incluyeron dos preguntas relacionadas con este tema. Su percepción es muy importante, ya que son el "último eslabón de la cadena" y quienes tienen el contacto con la población. Como puede verse en el gráfico 6, **la percepción de la calidad del producto por parte de las enfermeras auxiliares es mayoritariamente buena** (casi un 92 por ciento considera que la calidad ha sido buena siempre o la mayor parte de las veces). De hecho, en los casos en los que se habla de un producto de mala calidad se refieren a algunas bolsas que llegaron rotas⁶⁹, a un caso en el que el vencimiento se encontraba próximo o a que el producto no tenía buen sabor.

Gráfico 6. "Percepción del personal de salud sobre la calidad del ACF que llega al establecimiento de salud"



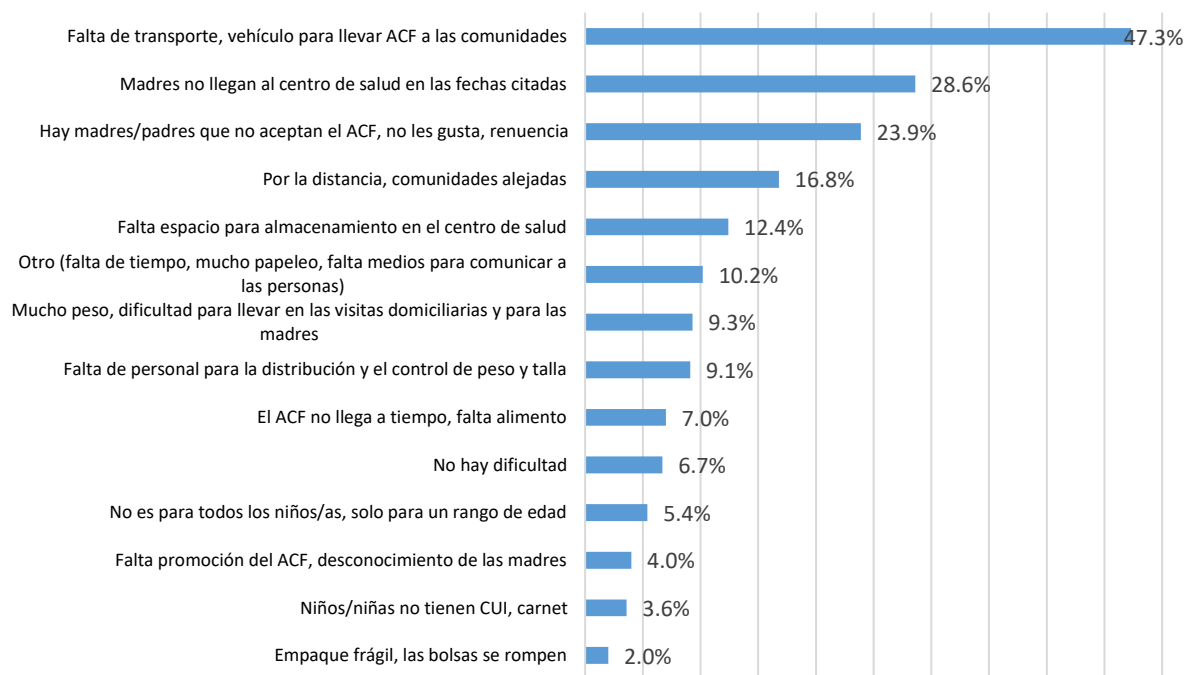
Fuente. Encuesta a enfermeras auxiliares

⁶⁸ El estándar es que cada puesto de salud cuente con dos auxiliares de enfermería, una que trabaja intramuros, en el puesto, y otra extramuros, que se desplaza a las comunidades. Sin embargo, esto no siempre es así y en ocasiones una posición no se encuentra cubierta, lo que dificulta la entrega fuera del puesto de salud. Los centros de salud disponen de un mayor volumen de personal.

⁶⁹ El transporte a los centros y puestos de salud lleva algunas bolsas adicionales además de las solicitadas, con el fin de sustituir en el momento aquellas que puedan llegar rotas o en malas condiciones. Si la entrega no se realiza en el lugar y momento pactado, no es posible la sustitución de las bolsas rotas. No se cuenta con el dato de en cuántas ocasiones ha ocurrido esto, pero se sabe que ha sido un suceso prácticamente marginal.

125. En esta encuesta se les pedía también a las enfermeras auxiliares que indicaran tres **dificultades** del establecimiento de salud **para la distribución de alimentos a las familias beneficiarias**. Los resultados se muestran en el gráfico 7. La suma de los porcentajes es mayor a 100, dado que era una pregunta de respuesta múltiple. Como puede verse, las principales dificultades ya han sido mencionadas a lo largo de este apartado, puesto que han sido expresadas no solo mediante la encuesta, sino también mediante las técnicas cualitativas aplicadas. Otras de las razones serán abordadas en los apartados correspondientes a otras subpreguntas.

Gráfico 7. Dificultades del establecimiento de salud para la distribución del ACF



Fuente. Encuesta a enfermeras auxiliares

126. Casi un 24 por ciento de las auxiliares de enfermería consideran que hay madres o padres que no aceptan el producto ACF, porque no les gusta. Igualmente, a partir de personal de salud y nutricionistas entrevistadas y de los talleres se indica que no les gusta a los niños y niñas, asimismo, que se ha podido observar que hay madres o padres que dejan el producto en el establecimiento de salud, no lo quieren recibir o lo entregan a otras personas. Por otra parte, **algunos de los desafíos que se mencionan son abordables y podrían ser solucionados**, como la falta de bodegas en los puestos de salud o el reducido espacio para hacer la distribución, insuficiente cuando llegan muchas personas. Otras dificultades que mencionan son la falta de medios para comunicar la fecha de entrega o de perifoneo para anunciar que han llegado a una comunidad (lo que les exige ir casa por casa). Mencionaron también la falta de personal (para la distribución, el control de peso y talla, y la orientación nutricional).

127. Finalmente, casi un 61 por ciento de las enfermeras auxiliares considera que **el empaque del producto es muy adecuado** (Tabla 9) porque es llamativo para niños y niñas y tiene buena presentación. Las personas que no lo consideran tan adecuado mencionan sobre todo que las bolsas se rompen con facilidad y tienen mucho aire o que son muy grandes.

128. En las entrevistas a auxiliares de enfermería y en algunos de los grupos focales se mencionó que en algunas zonas del país la imagen del cachorro de jaguar que aparece en la bolsa del ACF no es claramente reconocible para las madres y padres, y que en raras ocasiones han llegado a preguntar si se trataba de comida para gatos.

Tabla 9. Otras cuestiones relacionadas con la calidad del producto

	Muy adecuado	Regularmente adecuado	Inadecuado	Sin respuesta
Empaque y presentación del producto	60,7%	25,4%	3,3%	10,7%
La forma de preparación ⁷⁰	56,5%	30,0%	2,0%	11,5%
La forma de distribución	50,3%	36,1%	3,0%	10,6%

Fuente. Encuesta a enfermeras auxiliares

129. **La valoración positiva de la forma de distribución desciende** y se sitúa solo ligeramente por encima del 50 por ciento de las auxiliares de enfermería. Cuando valoran la distribución como adecuada, se refieren a su propio trabajo. Mencionan que distribuyen el producto a tiempo o que lo llevan a las familias en las comunidades. Quienes consideran la forma de distribución inadecuada refieren que es difícil el transporte a las comunidades o que en algunas ocasiones el alimento llega con retraso al servicio de salud.

2.2. ¿En qué medida la cadena de entrega respondió a tiempo a la demanda de MSPAS e instancias locales?

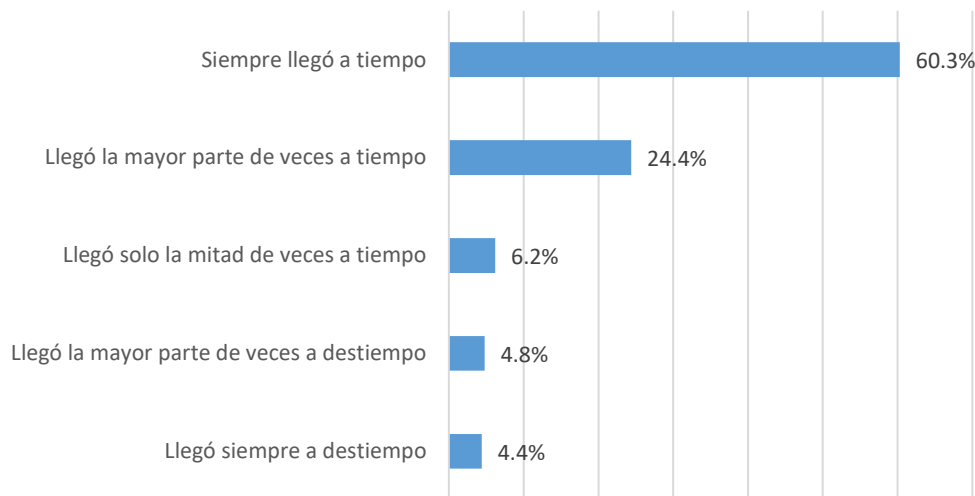
H9. En términos generales, el ACF llega a los centros y puestos de salud a tiempo y en la cantidad solicitada o en un volumen mayor.

H10. La demanda en la que se basa el envío se calcula en función de la población usuaria del centro, sin considerar posibilidades de ampliación de la cobertura. Ello se debe al reto que supone el reparto del alimento en el tiempo estipulado, en ocasiones a cargo de una única persona.

130. La demanda de ACF parte de los centros y puestos de salud, quienes estiman qué cantidad de producto tendrán capacidad de entregar en el siguiente periodo. Por tanto, en la encuesta a auxiliares de enfermería, se preguntó **cómo se produce la llegada del alimento** al establecimiento sanitario, tanto en términos de **puntualidad como de cantidad**. Las respuestas indican que, **en términos generales, el alimento llega al establecimiento de salud a tiempo para su distribución** (gráfico 8). En torno al 60 por ciento considera que eso ha sucedido siempre y algo más de un 24 por ciento adicional afirma que eso ha sucedido la mayor parte de las veces. Estas respuestas permiten matizar los problemas con el transporte de los alimentos, por que, siendo importantes, no se encuentran generalizados.

⁷⁰ Este aspecto será abordado en apartados posteriores.

Gráfico 8. Llegada del alimento al establecimiento de salud

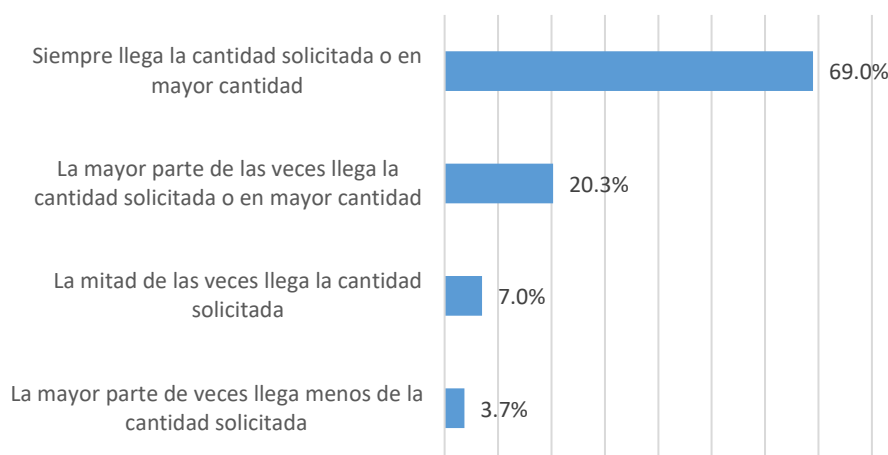


Fuente. Encuesta a enfermeras auxiliares.

131. Entre el resto de las respuestas se menciona que se produjeron entregas a destiempo, entendiéndose con eso que se produjo en fechas posteriores al control de crecimiento. Se entiende así también los casos en los que la entrega se produjo fuera del horario de trabajo o en fechas fuera de lo programado. Las razones que se mencionan más frecuentemente como causa de la llegada a destiempo del ACF a los centros de salud son la falta de transporte, las largas distancias a los centros y puestos de salud o el mal estado de los caminos. A veces también se menciona la inexistencia de alimento para distribuir en la DAS o a nivel central.

132. En cuanto al ajuste entre la cantidad que llega al establecimiento de salud respecto de la solicitada, las respuestas de las auxiliares de enfermería son muy similares, aunque muestran un ajuste algo mayor que en el caso del transporte (gráfico 9). Algo más del 89 por ciento de las respuestas indican que **el alimento llega en la cantidad solicitada o en un volumen mayor a lo solicitado** siempre o la mayor parte de las veces.

Gráfico 9. Cantidad del ACF que llega al establecimiento de salud



Fuente. Encuesta a enfermeras auxiliares

133. Los centros y puestos de salud **calculan la demanda en función de la población que ya es usuaria del establecimiento**, pero en ocasiones este cálculo no se ajusta a la realidad, como se mencionaba en la reunión con una COMUSAN. Como se ha indicado anteriormente, en muchos de los

centros y puestos de salud la distribución del ACF se hace coincidir con el monitoreo de talla y peso, de manera que una y otro actúen como refuerzos mutuos. Sin embargo, la cobertura de monitoreo de talla y peso no es demasiado alta y, en ocasiones, las madres no llevan a sus niños y niñas al establecimiento de salud para este fin. Eso significa que tampoco recogen el ACF. En otras ocasiones, lo que se produce es una migración temporal, es decir, un determinado niño o niña desaparece de la atención de un centro concreto, o hay población que llega y que se convierte en nueva usuaria de los servicios.

134. La ley guatemalteca hace responsable con sus recursos personales al servidor o servidora pública bajo cuya responsabilidad se echa a perder algún activo del Estado. Como indicaron varios informantes en las entrevistas, en el Programa Vitacereal, antecedente de Nutrin niños, eso ocurrió en diferentes lugares y las enfermeras auxiliares hubieron de hacer frente con sus salarios a cuantías que pudieron superar varios miles de quetzales. Este problema es conocido por las auxiliares que distribuyen el ACF, por lo que con carácter general **las demandas de alimento son muy conservadoras**, para evitar el riesgo, por ejemplo, de que se supere la fecha de vencimiento de parte del alimento antes de poder ser distribuido⁷¹.

135. Además, como mencionaron tanto nutricionistas como auxiliares de enfermería en las entrevistas, los recursos humanos de los que disponen los centros y puestos de salud son muy escasos, por lo que, en ocasiones, una sola persona se enfrenta al reto de tener que distribuir todo el ACF y hacerlo, además, en el periodo de tiempo asignado. Este hecho también tiene como consecuencia que la demanda se resiente, sin intentar ampliar la cobertura más allá de las personas que ya son usuarias del centro. Otro efecto es que, una vez que llega el alimento, se intenta distribuir en el menor tiempo posible, lo que no siempre garantiza que se haga en las mejores condiciones⁷².

136. Por todo ello, el hecho de que la cadena de entrega haya respondido adecuadamente a las demandas del MSPAS y de las instancias locales, como lo ha hecho mayoritariamente, no significa necesariamente que se ajuste en su totalidad a las necesidades de la población.

2.3. ¿Hasta qué punto el programa de entrega de ACF responde a las necesidades de la población beneficiaria (niños, niñas, madres, padres o personas cuidadoras)?

H11. Nutrin niños, especialmente en sus comienzos, estaba focalizado territorialmente en lugares con población en mayor riesgo de vulnerabilidad en términos de seguridad alimentaria y nutricional. Sin embargo, las personas que viven en las comunidades más alejadas no llegan a los centros de salud, y la distribución a las comunidades es limitada. En consecuencia, la lejanía al centro de salud se convierte en una barrera.

H12. La llegada del ACF a los centros y puestos de salud no se produce de manera continua, debido con frecuencia a discontinuidades en la demanda por parte de los centros de salud.

H13. Diferentes informantes (auxiliares de enfermería y madres, entre otras) sugieren que la intervención debería incluir a todos los niños y niñas hasta los 59 meses, independientemente de su estado nutricional.

H14. Las condiciones de entrega en los puestos de salud suponen un reto para las madres que van a recoger el alimento y que deben desplazarse a pie con una carga pesada. Los padres no participan en este proceso. La distribución del alimento a puntos más próximos a las comunidades (centros de convergencia) contribuiría a superar este reto.

137. Todas las personas entrevistadas consideran que **Nutrin niños está llegando a grupos vulnerables**,⁷³ entre otras razones porque existe un importante volumen de la población del país que

⁷¹ A ello también contribuye que, según las propias instituciones, el mecanismo de recogida de las demandas de alimento es muy rígido y no permite cambiar la distribución del ACF de una zona a otra, según necesidades emergentes.

⁷² Aunque de manera testimonial, se han detectado algún caso en que el alimento se ha entregado a niños y niñas que habían superado el rango de edad focalizada.

⁷³ Se consideran grupos vulnerables aquellos que se encuentran en una zona categorizada como vulnerable a la inseguridad alimentaria.

muestra cierto grado de vulnerabilidad nutricional y retraso del crecimiento en niños y niñas de 6 a 59 meses. Además, la intervención se ha venido desarrollando en lugares donde este riesgo era mayor. Por otra parte, el hecho de que se distribuya desde los centros sanitarios facilita la equidad en la entrega, especialmente teniendo en cuenta que se llega hasta el nivel de los puestos de salud, lo que supone **una capilaridad importante**.

“Todo depende de las definiciones. Mira, tú tienes un país donde el que no es pobre es pobre extremo. Entonces, si quisiéramos definir la población objetivo [...] te queda el 70% del país. Entonces, obviamente vulnerabilidad... Entonces le estamos llegando. Desde esa perspectiva sí, porque casi todos son vulnerables desde ese punto de vista de la pobreza.” (Hombre, funcionario de la SESAN).

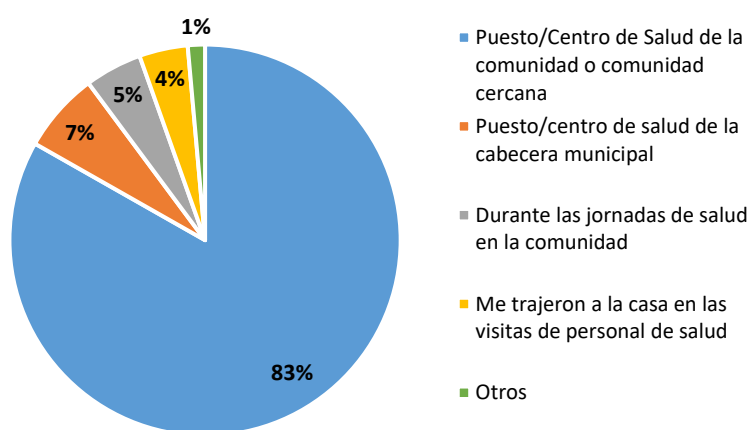
138. El MSPAS es la institución del ACF que cuenta con una mayor presencia en el territorio. Sin embargo, según informantes de varias instituciones, hay aún una buena parte del país donde los servicios de salud tienen una baja cobertura. De hecho, en el año 2015 la cobertura de servicios esenciales en salud en Guatemala era del 46,52 por ciento.⁷⁴ Por lo tanto, **la probabilidad de acceder al ACF de la parte de la población que queda “en la sombra” disminuye mucho**.

139. El hecho de que la parte mayoritaria de la distribución del alimento requiera que las familias se desplacen hasta el establecimiento de salud para su recogida, supone que **las que viven en las comunidades más alejadas con frecuencia no llegan**, ya que no disponen de ningún medio de transporte para hacerlo. De hecho, con frecuencia son poblaciones que tampoco acceden a los servicios de salud.

“Mi punto de vista: está llegando. Pero siempre hay la población más, más vulnerable: es la que no llega tampoco a los servicios de salud. Entonces, sí, sí, [...] si las áreas de salud buscan estrategias para llegar a esa población, lo están logrando, pero las áreas de salud que se están quedando en [...] hacer concentraciones directamente en el distrito, en el puesto, no van a estar llegando, ¿verdad? Porque es gente que no, no sale de su vivienda, que está a kilómetros, ¿verdad? Entonces siempre es la población que se queda.” (Hombre, funcionario del MSPAS).

140. Este hecho se muestra también en las respuestas de las personas usuarias a la encuesta (gráfico 10), cuando se les preguntaba dónde habían recibido el ACF, que indican hasta qué punto es mayoritaria la entrega en un establecimiento de salud (90 por ciento), de manera que **la lejanía se convierte en una barrera** para las familias que viven en comunidades más alejadas.

Gráfico 10. Lugar de recogida del alimento

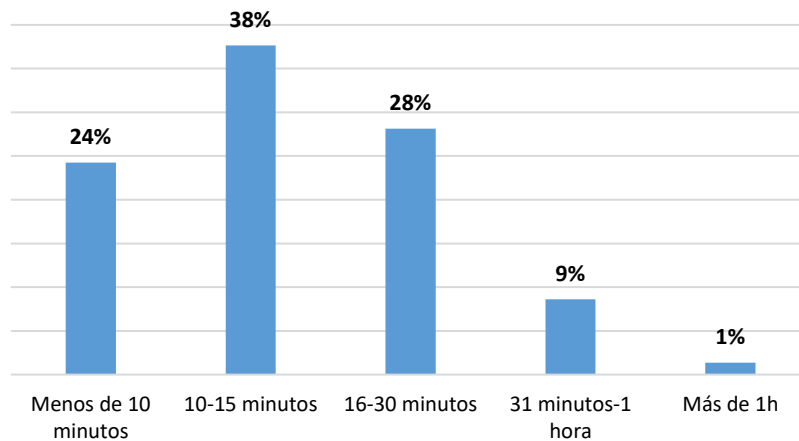


Fuente. Encuesta a personas usuarias.

⁷⁴ Gobierno de Guatemala. 2015. Prioridades Nacionales de desarrollo: acceso a los servicios de salud.

141. Esta información es coherente con los **tiempos de desplazamiento** al establecimiento de salud declarado por las personas usuarias que recogen el alimento (gráfico 11)⁷⁵. Solo un 1 por ciento se encuentra a una distancia de más de una hora de viaje y solo un 9 por ciento tarda entre media hora y una hora. Cuando se pregunta por el medio de transporte habitual para ir a recoger el alimento, **la gran mayoría menciona que se desplaza a pie** (el 93 por ciento), lo que se dificulta en lugares más alejados.

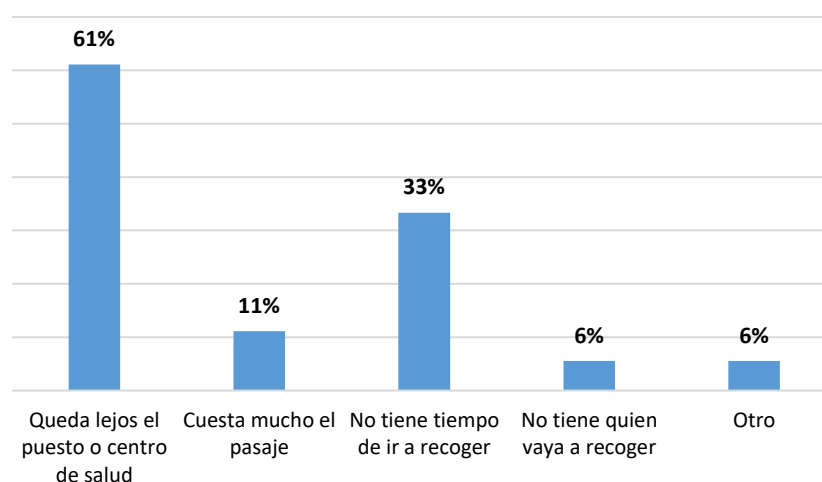
Gráfico 11. Tiempo de viaje declarado para ir a recoger el ACF



Fuente. Encuesta a personas usuarias.

142. Estos tiempos de desplazamiento son coherentes con la percepción de las madres que van a recoger el alimento respecto de las dificultades que les supone hacerlo. De hecho, un 96 por ciento de las que respondieron la encuesta afirmaron que no tenían problemas, pero del 4 por ciento restante que sí identificó alguna dificultad, la mayoría mencionó la lejanía con el establecimiento de salud, seguida por el 33 por ciento que manifestaron no tener tiempo a recoger el producto (gráfico 12). De hecho, del total de personas que manifestaron tener dificultades para acudir al servicio de salud, un 21,1 por ciento viven a más de 30 minutos de viaje, y el 78,9 por ciento de ellas viajan a pie.

Gráfico 12. Dificultades para recoger el alimento⁷⁶



Fuente: encuesta a personas usuarias

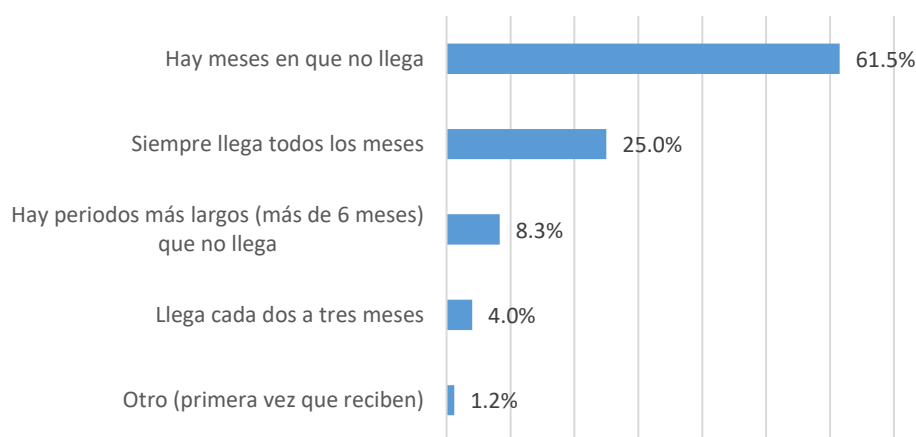
⁷⁵ En cualquier caso, se habla de los tiempos de los grupos de comunidades abordados. Los tiempos pueden ser mayores en otras comunidades.

⁷⁶ Datos relativos al cuatro por ciento de las personas entrevistadas que declararon tener problemas para llegar a los centros/puestos de salud.

143. En los comentarios y en los talleres con usuarias también mencionaron que a veces el producto no llega durante dos o tres meses y cuando llega les entregan muchas bolsas, haciendo difícil su transporte, además de que la fecha de vencimiento es muy cercana y no pueden utilizar todo a tiempo. Por ello preferirían que el producto se distribuyese cada mes.

144. Se preguntó también a las auxiliares de enfermería cuál era la **regularidad de la llegada del ACF**. La respuesta mayoritaria (gráfico 13) fue que hay meses en que el alimento no llega y sorprende que algo más del ocho por ciento afirma que en ocasiones hay periodos más largos (incluso de seis meses) en los que no lo hace. Cuando se atiende a sus comentarios se descubre que eso sucede, sobre todo, por el bajo grado de demanda por parte del propio establecimiento de salud.

Gráfico 13. Regularidad en la llegada del ACF al establecimiento de salud



Fuente. Encuesta a enfermeras auxiliares.

145. Recuérdese que la distribución del alimento a centros y puestos de salud se realiza de acuerdo a sus propios requerimientos, por lo que una menor distribución suele indicar en la mayor parte de los casos una baja demanda en esa área⁷⁷. De hecho, tal y como figura en la minuta, en una reunión de seguimiento de noviembre de 2022 se identificó que un Áreas de Salud no realizaba una demanda de alimento desde julio de ese año.

146. Los informes de monitoreo de la SESAN incluyen, precisamente, la **intensidad de la entrega a nivel de departamento**. Obviamente, este análisis no refleja lo que sucede a nivel del establecimiento sanitario, pero ofrece alguna información sobre la regularidad de la entrega. Según lo afirmado en el cuarto informe de 2022 con información del año completo, solo hubo 2 departamentos de los 18 priorizados en ese momento donde se realizaron 5 entregas en el año (Petén Norte y Totonicapán). En la mayor parte de las Áreas de Salud⁷⁸ (un total de 11) se realizaron 4 entregas y en las 5 restantes solo se entregó 3 veces el alimento.

147. El gráfico 14 representa el total de bolsas entregadas por semana y año y muestra que en el año 2021 se entregaron más que en el 2022⁷⁹, aunque la intensidad de la entrega no fue constante: se observan picos de entrega entre las semanas 22 y 30, mientras que en las semanas 34-38 apenas se entregó alimento. Por su parte, durante las primeras semanas de 2022 apenas se recibió alimento, pero luego la intensidad

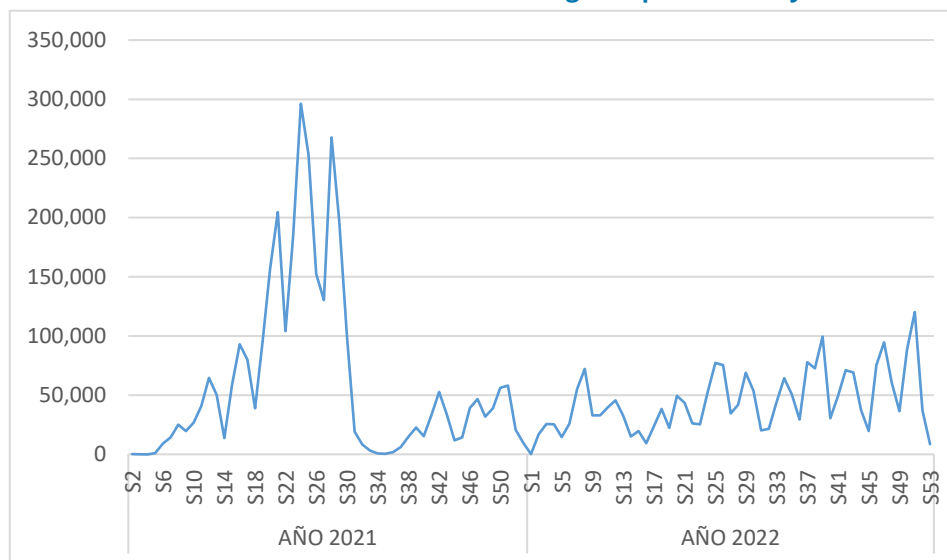
⁷⁷ Al final de 2021 se produjo una situación de inexistencia de stock de ACF en las bodegas centrales durante un mes, lo que afectó igualmente al ritmo de entregas, especialmente en el caso de Chiquimula y Retalhuleu. Sin embargo, ese no ha sido el caso en 2022.

⁷⁸ En la mayor parte de los casos existe una única Área de Salud por Departamento.

⁷⁹ Esto se debe a varias cuestiones. En primer lugar, en 2021 hubo un pico en la entrega derivado del impulso interinstitucional para realizar jornadas de atención integral. En segundo lugar, esto coincidió con la suscripción de la Adenda No. 3, que amplía temporalmente la cobertura, aumentando el rango de entrega a niñas y niños de 6 a 59 meses y a todas la Áreas de Salud, por la situación de inseguridad alimentaria.

de la entrega se estabilizó, alcanzando sus máximos en diciembre de ese año, con más de 120.000 bolsas en la semana 51.

Gráfico 14. Total de bolsas entregadas por semana y año



Fuente. Bases de datos de MSPAS/SIGSA, 2021-2022.

148. El informe de la SESAN añade algunos factores que inciden en una mayor estabilidad de la demanda por parte de los centros y puestos de salud y, en consecuencia, en un mayor volumen de entrega. El principal se refiere al impulso institucional realizado para la programación y celebración de eventos en los que se distribuye el ACF, lo que permite un incremento de la entrega, ya que se acerca a las comunidades. En concreto, se habla del impulso de micro-concentraciones, de brigadas de salud y de jornadas integrales de salud. Ese impulso se ha producido tanto a nivel de las Direcciones de las Áreas de Salud, como en el nivel de las Comisiones Departamentales de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CODESAN), cuando están convencidas de la importancia de proporcionar ACF a las familias para que los niños y niñas incrementen su consumo de nutrientes.

149. Casi el 90 por ciento de las auxiliares de enfermería encuestadas afirman que **el alimento que se entrega cada vez a cada niño o niña es suficiente**. Al otro 10 por ciento de las respuestas se les solicitaba información sobre las razones por las que se consideraba que el alimento era insuficiente. Más allá de que algunas de las auxiliares de enfermería consideran que el alimento que llega al centro o al puesto no es suficiente para cubrir las demandas de la zona, las respuestas se refieren sobre todo a que consideran que los **niños y niñas de 24 a 59 meses también deberían ser cubiertos por Nutrininos**, independientemente de su estado nutricional. Este tramo de edad ha sido considerado en ocasiones, especialmente cuando se encuentran en riesgo de desnutrición. Pero estas variaciones han generado cierta confusión en algunos momentos respecto de la medida en que eran o no población beneficiaria del ACF⁸⁰. Del mismo modo, se menciona que la cantidad mensual o bimensual que se entrega no es suficiente para cubrir las necesidades de ACF de los niños más mayores, pero sí de los pequeños.

150. Todas las fuentes de información indican que el ACF es recogido mayoritariamente (y casi de forma exclusiva) por las madres. Esto lleva, en muchos casos, a que las **condiciones de entrega supongan dificultades adicionales para ellas**. Con frecuencia, las mujeres aprovechan el día de recogida del alimento para hacer otras compras, además de que cargan con su bebé y suelen ir acompañadas de algún otro niño o niña. Y eso significa que las mujeres deben hacer el camino de vuelta a pie, con la carga inicial, además del alimento.

151. Sin embargo, la mayoría de las auxiliares de enfermería (casi un 88 por ciento) consideran que la forma de distribución es adecuada para las madres, a pesar de que cuentan con **dificultades para llevar el alimento**, especialmente cuando se acumulan las entregas. Además, **los padres no participan en este**

⁸⁰ Los nuevos lineamientos técnicos de 2023 vienen a clarificar esta situación.

proceso, por lo que la tarea debe ser asumida por ellas. Una de las sugerencias recogidas para facilitar la llegada de las madres es hacer llegar el ACF también al nivel de los centros de convergencia.

152. Las enfermeras auxiliares entendieron la pregunta en sentido amplio, por lo que sus respuestas no se limitaron al momento de la entrega. Así, mencionaron cuestiones como que **no todas las madres conocían Nutrin niños**, a pesar de las actuaciones de promoción que se habían realizado y que una parte de ellas consideraban que **no era necesario complementar la alimentación** del niño o de la niña, principalmente por razones culturales. También mencionan que las madres creen el ACF es para toda la familia y que no lo preparan bien.

2.4. ¿Hasta qué punto, las capacidades instaladas a los diferentes niveles han sido suficientes para asegurar la entrega del ACF de acuerdo con la demanda y necesidades y de acuerdo con el grado de importancia o prioridad institucional?

H15. Las capacidades instaladas no siempre fueron suficientes para lograr una implementación de la intervención fluida y totalmente ajustada a los requerimientos. Algunas de las dificultades pudieron superarse o se buscaron vías alternativas para obtener resultados funcionalmente similares, pero otras requieren de un importante volumen de recursos, incluido el tiempo, para lo que es necesario un esfuerzo concertado e interinstitucional.

H16. Uno de los principales desafíos en términos de capacidades instaladas es la escasez de personal de los centros y, sobre todo, de los puestos de salud, y también de otros recursos, tales como medios de transporte. El MSPAS es la institución con una mayor penetración territorial y, por tanto, la que tiene presencia en un territorio mayor.

H17. Las competencias profesionales de las auxiliares de enfermería son relativamente básicas y en su mayoría entienden que su rol en la intervención se limita a la entrega del alimento. Este factor ha contribuido a que la labor de consejería, de demostración y de educación sobre el uso del alimento no haya podido desarrollarse de manera suficiente para lograr un auténtico cambio de comportamiento.

H18. Existe un déficit importante en términos de competencias respecto a la igualdad de género y empoderamiento de la mujer en todos los niveles institucionales que tienen relación con la intervención.

153. **Las capacidades instaladas en los diferentes niveles de la cadena de suministro** hasta la entrega a la población no siempre han sido suficientes para garantizar un funcionamiento fluido. Parte de las dificultades que se detectaron pudieron ser resueltas en un breve plazo, como las relacionadas con el almacenamiento a nivel central o la mayor parte de las del transporte hasta los centros de salud⁸¹. Sin embargo, otras cuentan con características estructurales que hacen más difícil su resolución y han seguido afectando hasta el día de hoy.

154. Otro aspecto en el que la capacidad instalada no es suficiente para las necesidades es **el sistema de recogida de información a nivel local** por parte del MSPAS para la alimentación de sus sistemas de información. Como indicaron los informantes institucionales, la recogida se realiza a mano y una vez al mes se traslada a la Dirección del Área de Salud para su digitación e ingreso en el sistema. Sin embargo, y en lo que se refiere a Nutrin niños, el hecho de que la mayor parte de los registros carezcan de CUI (Código Único de Identificación) supone que **se pierde la trazabilidad de la información**. Para el cálculo de niños y niñas se tiene que partir de su nombre, que no siempre es recogido del mismo modo, lo que no permite rastrear los niños y niñas como beneficiarios únicos. El MSPAS trabaja en la mejora de sus sistemas, pero es un trabajo costoso y de largo plazo. El sistema de recuento y análisis de información facilitada por el MSPAS que ha implantado SESAN, mientras tanto, ofrece una aproximación a la información que, manteniéndose en el terreno de las estimaciones, puede considerarse bastante aproximada y palia en buena medida las dificultades existentes.

⁸¹ En esta línea, el PMA entregó al MSPAS 1.000 contenedores para Nutrin niños en octubre de 2021. A fines de 2020, entregó 1.400 manuales de logística, 464 afiches sobre preparación del ACF, 1.600 kits de utensilios de cocina y 1.600 kits de higiene. Adicionalmente en 2023 el PMA apoyó con aproximadamente 2.000 tarimas.

“Por ejemplo, [Nombre] es un municipio más grande [...] y solo hay una nutricionista. La nutricionista, ella ve niños con desnutrición, ella ve embarazadas, ella ve los otros diabéticos. Entonces eso es un problema, no le va a dar tiempo, aunque ella tenga ese rol que lo debe de hacer. No le da tiempo”. (Hombre, funcionario de la SESAN)

“La brecha más significativa yo lo veo en dos: uno es en el personal, porque anteriormente el Ministerio de Salud trabajaba a dos figuras que eran los educadores y otros, como madres consejeras, que se trabajaba con el programa de extensión de cobertura, pero ya no existen esas figuras y ellos enmarcaban todo ese tema de consejería, de charlas, demostraciones, etc.” (Hombre, funcionario de la SESAN).

155. A nivel de los centros y puestos de salud existen varias limitaciones en términos de capacidades, tanto en términos cuantitativos como cualitativos. **Cuantitativamente, los centros y puestos de salud no disponen de personal suficiente** para atender las necesidades. Las auxiliares de enfermería tienen muchas funciones y atienden más de 20 programas diferentes, de los que **el de ACF es solo uno más en su cuadrante de obligaciones**. Con el personal asignado a cada puesto de salud (los centros de salud disponen de algo más de personal) difícilmente puede atenderse a todas las personas del área de influencia del puesto que podrían recibir el alimento. Además, cuando hay una única persona, las acciones extramuros significan que el puesto de salud queda sin atender.

156. Las personas informantes reconocen que existe un déficit de recurso humano en los centros y puestos de salud, lo que es una dificultad estructural, cuya solución es costosa y de largo plazo. Al mismo tiempo, reconocen que de las instituciones que participan en Nutrin niños, **el MSPAS es el que cuenta con una mayor penetración territorial**.

157. Además, como indicaron los informantes en los grupos focales, **los puestos de salud no disponen de ningún tipo de vehículo asignado al reparto de ACF**⁸² lo que dificulta enormemente la entrega del alimento, que es voluminoso y pesado, y que se atiende con los recursos personales de las auxiliares, cuando disponen de ellos, o, sencillamente, en transporte público, en autostop o caminando. Estas dificultades se acentúan cuando se trata de llegar a las comunidades más alejadas.⁸³

158. **Estas dificultades han sido paliadas en parte en algunos lugares mediante la colaboración interinstitucional**, no solo entre las instituciones socias del ACF, sino también con otras instituciones gubernamentales, como el MAGA, o con la participación del Gobernador o el alcalde, según el caso. Estas relaciones de colaboración descansan en buena medida en las que existían con anterioridad a la existencia de Nutrin niños. Hay municipios donde la colaboración se produce y hay otros en los que no. Un factor clave para ello es que **las autoridades locales tengan conciencia de la importancia** de la nutrición infantil en los primeros años de vida **y que lo asuman como una prioridad propia**. Hasta donde el equipo evaluador ha podido constatar, desde Nutrin niños no se han realizado labores de sensibilización de estas instancias, o al menos no se ha realizado como respuesta a una consigna a nivel central. La realidad es que, en general, las nutricionistas de las Áreas de Salud manifiestan una sensación de soledad y con la solución de los problemas que se han ido planteando, aunque reconozcan que en ocasiones se han producido apoyos puntuales.

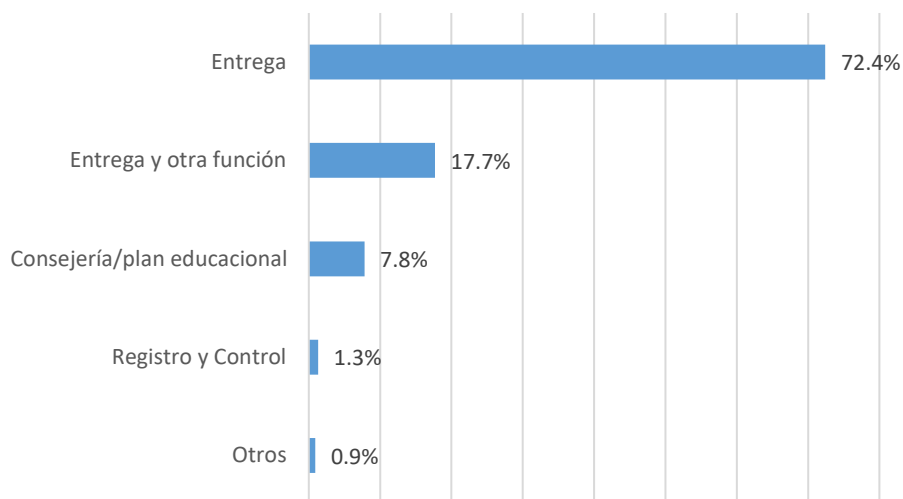
159. **En términos cualitativos**, el personal sanitario que participa en la intervención a nivel local o departamental **no siempre tiene las capacidades necesarias para realizar sus funciones**. Manifestaciones de ello son, por ejemplo, que la estimación del alimento que se solicita cada vez o la estandarización de la información que se envía a servicios centrales, especialmente la de carácter administrativo (actas, aspectos técnicos y logísticos con bodegueros u otro personal involucrado, entre otras cuestiones). Para paliar esta cuestión, como señaló un informante, el PMA organizó una capacitación para personal de MSPAS en 2022, donde fueron a visitar una bodega y les capacitaron en temas logísticos (funcionamiento de la bodega, el almacenamiento, etc.).

⁸² Los centros de salud sí disponen frecuentemente de uno o dos, que con frecuencia están asignados a otras actividades (por ejemplo, ambulancia).

⁸³ Las instituciones mencionan, además, que en el país existe un déficit de puestos de salud, por lo que hay amplias zonas donde llegar a los servicios de salud se dificulta mucho.

160. Además de encontrarse sobrepasadas por el volumen del trabajo que desarrollan, **las cualificaciones de las auxiliares de enfermería son relativamente básicas** (la titulación solo exige un año de estudio), lo que significa que no siempre tienen las capacidades suficientes para poder desempeñar correctamente su rol en Nutri niños. De hecho, los resultados de la encuesta muestran que **la gran mayoría entiende que su rol se limita a la entrega del alimento** (gráfico 15). Casi un 18 por ciento, sin embargo, menciona también otra función: el registro de la información, la consejería, la educación de las madres o la demostración. Sin embargo, solo hubo una respuesta⁸⁴ que consideró que su rol era más integral y que incluía tres funciones (entrega, consejería y registro).

Gráfico 15. Rol en la entrega del alimento ACF



Fuente. Encuesta a enfermeras auxiliares.

161. El principal reto para ellas es la labor de **consejería, demostración de preparación del alimento y educación** sobre el uso y la preparación del ACF de las personas que recogen el alimento.⁸⁵ Ello ha supuesto que estas funciones **no han podido desarrollarse en grado suficiente**. No se disponía de un programa claro ni de recursos humanos que pudieran asumirlo. Esta ausencia fue detectada desde el comienzo y así se recoge en las minutas de las reuniones de seguimiento. El problema se ha mantenido en el tiempo, ya que en una minuta correspondiente a agosto de 2022 aún se insistía en este punto, señalando la importancia de una mejor coordinación de las instituciones para este fin.

“Definitivamente no tenemos la capacidad instalada en nuestros establecimientos de salud todavía para lograr que se haga una adecuada promoción y educación del producto. [...] Hay puestos de salud en donde hay una o dos personas que tienen diferentes programas a su cargo, diferentes actividades que no tienen el suficiente tiempo. De repente sin la capacitación o de repente sí conocen el tema. Pero el tiempo es el que limita, porque son varias acciones las que se realizan dentro de la clínica. Entonces no se puede dedicar, como yo les decía, el tiempo suficiente para explicarle a la madre el uso y los beneficios del producto.” (Mujer, nutricionista de las Áreas de Salud).

162. En entrevistas con distintas instancias se confirma que **el MSPAS no dispone del personal para realizar este trabajo de consejería**, y que el personal existente no tiene el tiempo para abordarlo. Para superar esta dificultad, las personas informantes plantean que existen dos cursos de acción posibles: reforzar los recursos de la institución en los centros y puestos de salud o buscar otra institución que pueda asumir el trabajo. La cuestión es, como ya se mencionaba, que prácticamente ninguna institución en el país cuenta con la misma penetración en el territorio que el MSPAS, lo que significa que la solución de este

⁸⁴ Incluida en la categoría otros en el gráfico 15.

⁸⁵ La encuesta a personas usuarias muestra que un 61 por ciento de las madres han recibido orientación sobre el uso del ACF y un 53,4 por ciento recibieron una demostración práctica de la preparación.

problema, en opinión de algunas de las personas informantes, pasa únicamente por el refuerzo del personal de terreno del MSPAS.⁸⁶

163. El último punto son las **competencias en materia de igualdad de género del personal en todos los niveles institucionales**. La información recabada en las entrevistas indica que estas capacidades están muy ausentes y que hace falta más capacitación en igualdad de género para el personal de salud, que carece de conocimientos sobre conceptos básicos. Desde su creación, la Unidad de Género ha conformado una red institucional de género en las 29 áreas de salud, integrada por una o un profesional de cada área, uno de cuyos principales compromisos es replicar los talleres de fortalecimiento de conocimientos sobre género en salud para el personal distrital de cada área de salud. A la fecha, esto no se ha logrado en el 100% de las áreas. Se sabe que la formación y capacitación que reciben se queda en el área de salud y no llega al personal distrital de todas las áreas. En esta línea, de acuerdo a las entrevistas, sí se quiere lograr un cambio de comportamiento en la población, no sólo en términos de equidad de género, sino también en relación a la búsqueda de cambios de comportamiento en cuanto a la nutrición de los niños.

⁸⁶ En el pasado el MSPAS ha contado con educadores en salud, en el marco de programas de extensión de la cobertura. Sin embargo, en la actualidad, la disponibilidad de personas educadoras es limitada. A título de ejemplo, en Alta Verapaz solo existen 5 educadoras para más de 80 comunidades, que se dedican también a otros temas (tuberculosis, VIH, señales de peligro en el embarazo, etc.). Esto limita mucho sus posibilidades de acción.

P.E.4. ¿EN QUÉ MEDIDA LA COLABORACIÓN Y COORDINACIÓN ENTRE LAS CUATRO INSTITUCIONES A LOS DIFERENTES NIVELES FUE EFICIENTE Y OPORTUNA?

4.1. ¿Hasta qué punto los mecanismos de coordinación establecidos han asegurado una colaboración óptima y logro de resultados?

H19. Se han encontrado importantes diferencias en términos de colaboración, coordinación y circulación de la información entre el nivel central y el territorial, que han sido mucho más fluidas en el primer caso que en el segundo.

H20. A nivel central, existe claridad en las funciones de cada socio, especialmente en aquellas que les son asignadas de manera casi exclusiva. Cuando son funciones compartidas, incluso aunque una de las instituciones lleve un mayor peso, la claridad es menor y existe un mayor margen de desatender las actividades.

H21. Algunas instituciones no están conformes con una parte de sus funciones, y lo expresan de manera explícita, por lo que el resto de los socios también conocen esa disconformidad. Igualmente, se demanda un mayor reparto de responsabilidades.

H22. Existe poca información sobre las actuaciones de la estrategia CCSC y no se ha encontrado una comprensión homogénea de su alcance y contenido, incluso entre los monitores de la SESAN de diferentes municipios. Tampoco se han encontrado vestigios significativos de la promoción de la intervención de ACF en su conjunto en instituciones, ni en población. Las iniciativas que se han detectado respondían a impulsos individuales.

H23. En general, la coordinación interinstitucional a nivel central ha sido buena, a lo que ha contribuido de manera importante la celebración de reuniones semanales de seguimiento, que han sido un mecanismo muy útil para el desarrollo de la intervención y un mecanismo efectivo de coordinación, tanto a nivel estratégico como operativo.

H24. Parte del funcionamiento de la intervención se deriva de un trabajo sucesivo por parte de los socios ("en cadena"), de manera que, si uno de ellos se retrasa, tiene consecuencias para el conjunto.

H25. A nivel departamental, las instituciones mencionan que existe falta de colaboración y compromiso y problemas de coordinación. A nivel municipal se constata algo similar. Especialmente en este último caso, la mayor o menor coordinación dependen de las relaciones existentes entre las personas, de manera previa o independiente de las actuaciones del programa.

H26. El convenio no define las funciones y roles a nivel departamental y municipal más que de manera genérica, sin que exista un claro reparto de responsabilidades a este nivel.

164. La primera cuestión que se analiza en esta subpregunta es la **claridad de la asignación de funciones** entre los agentes del programa. Esta asignación se realiza en el Convenio inicial, en las adendas que lo completan y en los acuerdos que se derivan. **Los roles que se definieron inicialmente se matizaron con el paso del tiempo mediante las adendas** para cubrir las lagunas que se fueron detectando. Si se contempla globalmente el conjunto de los documentos y las funciones de cada institución, puede verse que:

- Las funciones del **MIDES** garantizan el ajuste del funcionamiento de Nutrin niños a la normativa administrativa de Guatemala, así como la de gestión de la disponibilidad presupuestaria ante el Ministerio de Finanzas. Es también quien recepciona el alimento, una vez que llega al país. Además, recibe la información sobre las demandas de ACF por parte de las DAS y las traslada al PMA para que proceda a su envío.
- El **MSPAS** es la institución que tiene asignada un mayor número de funciones. Debe proporcionar capacitación a madres y mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, debe también realizar las solicitudes de ACF al MIDES, según la demanda de las DAS y su capacidad instalada. Además, deben recepcionar el alimento cuando llega a los servicios de salud y registrar la entrega a las y los beneficiarios de ACF, entrega de la que deben hacer seguimiento en las sesiones de monitoreo de crecimiento o en las visitas domiciliarias. También deben realizar capacitación y

demonstración para la preparación del alimento, además de distribuir el alimento a la población e instruir sobre la forma en que debe ser utilizado.

- Las funciones de la **SESAN** se centran en la coordinación de la intervención, el seguimiento de las actuaciones derivadas del Convenio y el monitoreo de los resultados. Además, se le asigna la función de publicar mensualmente los datos del monitoreo del uso del ACF y la función de promoción del ACF y de la intervención.
- El **PMA** provisiona los siguientes servicios en el marco del Convenio: por una parte, es quien se encarga de realizar la adquisición del alimento y de custodiarlo en sus bodegas. Es también el responsable del transporte hasta los puntos de distribución en el terreno.

165. En estos ámbitos las funciones de los socios resultan claras. Esto no significa que todos ellos se encuentren conformes con las responsabilidades asignadas,⁸⁷ ni que no cuestionen la presencia o el compromiso de otros socios, pero todos saben quién es responsable de qué, especialmente tras las precisiones realizadas en los sucesivos documentos. Por otra parte, si bien en el Convenio y las adendas se define con mucha claridad el proceso de compra del alimento y su distribución hasta el establecimiento de salud, el grado de definición de las funciones a partir de ese momento es mucho menor.

166. La claridad es algo menor cuando se habla de las funciones y responsabilidades que comparten y que se centran, fundamentalmente, en dos ámbitos. **Todos ellos comparten responsabilidades en el terreno de la información** (elaborar informes, proporcionar datos) y en el de **la comunicación**. Respecto de esta última cuestión, el Acuerdo número 2 (abril, 2022) atribuye a todas las instituciones socias responsabilidades en la “creación de material comunicacional para su utilización en campañas” que deben tener un doble objetivo: promocional, para dar a conocer la existencia de Nutriñiños y del alimento, y demostrativo, para dar a conocer la preparación adecuada del ACF y de las prácticas de alimentación infantil. El acuerdo menciona que se podrán desarrollar sesiones educativas, visitas domiciliarias, testimonios, ferias comunitarias y de salud, jornadas de salud y nutrición, entre otras. Sin embargo, cuando se analizan las competencias específicas de cada institución reflejadas en el Convenio y las Adendas firmadas, las responsabilidades de todos los socios no son las mismas, siendo **la SESAN** quien **cuenta con el rol principal**.

- El MIDES, el MSPAS y el PMA deben “proporcionar apoyo en el seguimiento de la implementación de las campañas de comunicación” para la promoción y demostración del ACF, en función del reparto de responsabilidades que se realice.
- Las Áreas de Salud del MSPAS, además, deben recepcionar el material educativo y de promoción que se les haga llegar, y deben distribuirlo entre sus servicios de salud.
- El convenio y las adendas asignan a SESAN la responsabilidad de diseñar la imagen del producto, la creación y el seguimiento de un plan de comunicación (que incluya campañas de promoción y demostración) y de una campaña CCSC, dirigida fundamentalmente a las CODESAN y las COMUSAN, con trabajo con los Gobernadores departamentales y buscando aliados estratégicos para generar una red local que apoye el proceso⁸⁸.

167. El Convenio de Cooperación **encomienda a la SESAN la labor de coordinar la comunicación y promoción del ACF y de Nutriñiños en su conjunto**⁸⁹. En las minutas de seguimiento de las reuniones de la mesa técnica de coordinación interinstitucional, al comienzo de la implementación⁹⁰, se acuerda que la SESAN trabajará una estrategia educativa y de comunicación, buscando alianzas estratégicas con CODESAN y COMUSAN con el objetivo fundamental de incrementar la demanda de alimento. Además, se ha accedido al plan de comunicación elaborado en el marco de la GCNN y se han identificado noticias e información en los medios institucionales publicados en internet. Desde otro punto de vista, a nivel territorial, se ha

⁸⁷ De hecho, algunas de las instituciones manifiestan de forma transparente que creen que no deberían estar realizando algunas de sus funciones.

⁸⁸ Finalmente, esta campaña se integró en la que la SESAN encabeza en el marco de la GCNN.

⁸⁹ En realidad, es una labor que la SESAN asume en el marco de la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición, que incluye este tipo de actividades.

⁹⁰ Minutas de febrero y marzo de 2021

recogido información sobre las jornadas integrales de salud y nutrición o sobre actividades de promoción realizadas al comienzo de las actuaciones mediante perifoneo o anuncios radiales entre otros medios.

168. Sin embargo, en los municipios visitados **apenas se ha encontrado información directa** sobre las tareas de demostración coordinadas por SESAN, ni tampoco **sobre la campaña CCSC**. Tampoco las mencionaron las COMUSAN con las que se tuvo contacto. Por su parte, según lo recogido en los grupos focales con nutricionistas de la SESAN, parece que **la comprensión es distinta según el municipio o el monitor**. Por un lado, hay quien hace referencia a actuaciones específicas enmarcadas en la CCSC, otras personas identifican las actuaciones de esta estrategia únicamente con las jornadas integrales en salud y, finalmente, otras consideran que no debe formar parte de sus obligaciones, ya que es “un programa del MSPAS”.

“En mi municipio, en el marco de la estrategia de Comunicación para el cambio de comportamiento, se han desarrollado una serie de actividades, talleres, sesiones educativas, programas de radio... en donde se ha trabajado bastante el cambio de comportamiento en relación a la alimentación complementaria.” (Hombre, monitor de la SESAN).

“Pongamos que al mes hacemos a veces tres jornadas de salud, donde yo me involucro bastante, porque ahí demostramos el alimento complementario. Pongamos, llegan grupos de mujeres, se logra darles las demos: cómo debe consumir el alimento el niño. Explicarles, a veces de persona en persona o mujer a mujer, podría decirle para que entiendan mejor, ¿verdad? Se ha logrado bastante, más. Sin embargo, no todos captan el mismo mensaje.” (Mujer, monitora de la SESAN).

“El ente encargado específicamente tiene que ser el MSPAS a través del sector de promoción. Ellos tienen el sector de promoción y ellos son los encargados de promocionar cada uno de los programas del Ministerio de Salud Pública. Si bien ya lo hicieron los compañeros, podemos nosotros apoyar esa divulgación, todo ese traslado de información.” (Mujer, monitora de la SESAN).

169. Sí se han detectado algunos materiales (trifoliales, por ejemplo) pero, según fue informado el equipo evaluador por auxiliares de enfermería, respondían más bien a la iniciativa de personas concretas y no tanto a una estrategia ordenada y articulada a nivel central, que existía al nivel de la GCNN, pero no al de Nutrin niños.

170. Esta aparente confusión puede deberse a que, según las informaciones de las instituciones socias, **la campaña de CCSC no diseñó de forma exclusiva para Nutrin niños**, sino que lo hizo en el marco de la GCNN, donde se abordan muchas otras intervenciones⁹¹. En consecuencia, las actuaciones relativas al ACF se desdibujaron.

171. Uno de los mecanismos para la coordinación interinstitucional son las **reuniones de seguimiento de la mesa técnica de coordinación interinstitucional**, de celebración semanal y convocadas y organizadas por SESAN, que han sido mencionadas en todas las ocasiones y **valoradas como muy útiles y como un mecanismo efectivo de coordinación** por parte de todos los actores. **Han tenido una función de coordinación estratégica, pero también operativa**. A partir del análisis de las minutas se ha observado que las reuniones permitieron en un primer momento clarificar los roles de los socios, conocer las estrategias de cada institución, debatir cuestiones tan importantes como la cobertura deseada o adaptar la intervención al contexto. Desde un punto de vista operativo, estas reuniones han sido un mecanismo efectivo para identificar las Áreas de Salud retrasadas en la demanda de ACF o en su entrega, poner los medios para solucionar los problemas de descoordinación en el transporte, enviar a analizar bolsas de alimento que habían producido sospechas de calidad o identificar errores en las actas de recepción del alimento.

172. Las reuniones de seguimiento se convirtieron también en un **mecanismo de resolución de conflictos**, especialmente los derivados del incumplimiento de compromisos que se hubiesen adquirido en reuniones anteriores. Como indicaba uno de los informantes, **a ello contribuyó el que los enlaces con las instituciones hayan sido las mismas personas a lo largo de todo el proceso**, lo que ha permitido establecer relaciones de confianza y mejorar la comprensión mutua, con sus limitaciones.

⁹¹ SESAN es la responsable de la campaña CCSC incluida en la GCNN y existen noticias en los medios de comunicación institucional sobre estas actuaciones. Sin embargo, al nivel de ACF no son obvias.

173. Eso no significa que todo haya fluido siempre de manera sencilla. Como se identificó en las minutas de las reuniones de seguimiento y en las entrevistas institucionales, en ocasiones, la ausencia de las personas representantes de una determinada institución impidió que algunos acuerdos avanzasen o, una vez finalizada la reunión, no se les comunicaron los acuerdos alcanzados. **El hecho de que las instituciones socias trabajen, de algún modo, "en cadena" conduce a una interdependencia** por la que, si una de ellas se retrasa o está ausente, el conjunto se resiente.

174. Por otra parte, alguna institución **demand**a una mayor coordinación y, sobre todo, **un mayor reparto de responsabilidades**. El MSPAS afirma que, dado que la desnutrición es un problema multicausal, la solución debería contar con más elementos, que pudieran ser desarrollados por otras instituciones, tanto presentes como ausentes en el convenio actual.

175. El panorama cambia un tanto **en el nivel de los departamentos o en los municipios**. Con algunas excepciones, en general los agentes entrevistados en terreno manifiestan **desafíos de coordinación y mencionan falta de colaboración y compromiso** de los otros agentes. Se ha constatado que, si bien el convenio y el resto de documentos definen con mucha precisión las responsabilidades y funciones a nivel central, no sucede lo mismo con los niveles territoriales de las instituciones.

"En el convenio se deja muy abierta la participación de las instituciones. Solo dice "solicitar apoyo de las otras instituciones", pero no dice de qué forma. Entonces creo que sí debe definirse bien cuál va a ser el apoyo que cada institución va a dar." (Mujer, nutricionista de las Áreas de Salud).

4.2. ¿En qué medida todas las partes del convenio pudieron contar con la información necesaria, en el formato adecuado y a tiempo para el logro del objetivo conjunto?

H27. *Nutriniños ha generado muy poca información cualitativa, de manera que se pierde la oportunidad de sistematizarla para su utilización de cara al aprendizaje y al intercambio de experiencias.*

H28. *Aunque a nivel central las limitaciones han sido menores, el alto grado de burocratización de las estructuras de cada institución tiene como consecuencia que la información circula de manera muy lenta, especialmente en sentido vertical y de arriba abajo. En ocasiones, ni siquiera llega a los niveles inferiores, lo que dificulta el cumplimiento de los compromisos.*

176. Las funciones que en términos de elaboración de informes o de compartición de información asigna el Convenio y sus sucesivas adendas a las partes son las siguientes:

- El **MIDES** debe proporcionar semanalmente a SESAN la información sobre las existencias de ACF en las bodegas. Además, hace de puente en la información entre el MSPAS y el PMA.
- El **MSPAS** debe proporcionar quincenalmente la base de datos nominal de población beneficiaria del ACF, para su análisis.
- **SESAN** es la institución encargada del alojamiento, administración y mantenimiento del tablero electrónico interactivo que estaba previsto desarrollar. Además, tiene asignada la función de publicar mensualmente los datos del monitoreo del uso del ACF, así como las estadísticas elaboradas a partir de los datos del MSPAS.
- El **PMA** debe elaborar reportes narrativos de avances y desarrollar un tablero o interfaz que proporcione información sobre los avances en tiempo real⁹².

177. **A nivel central**, y más allá de las dificultades ya reseñadas (limitaciones de la información de base, discontinuidades en la participación, retraso de herramientas previstas, impacto de la interdependencia, etc.) **las limitaciones han sido menores**. Los informantes institucionales mencionan la distorsión que puede suponer en algunas ocasiones que **la información no fluya siempre libremente entre los actores**

⁹² Según los informantes, este tablero no ha podido ser finalizado al día de hoy, si bien se sigue trabajando en su desarrollo.

y, en concreto, que la referida a la demanda de ACF por parte del PMA haya de pasar por el MIDES. Según declaran, ello ha supuesto algunos retrasos.

178. En todo caso, **Nutriniños ha generado poca información cualitativa** que recoja de manera sistematizada las experiencias que se han ido produciendo, especialmente las exitosas, que podrían haber ido generando un repositorio de casos de análisis. El trabajo en terreno realizado por este equipo evaluador ha encontrado situaciones muy diversas, pero el tiempo de permanencia no permitía un análisis de casos como tal (además de que no estaba previsto en la metodología). Previsiblemente el intercambio de experiencias entre los diferentes lugares podría generar aprendizajes valiosos.

179. Una cuestión que ha quedado patente tanto en el nivel central como en los niveles territoriales de las instituciones participantes es el **alto grado de formalidad en las estructuras de cada institución**, que hace que **la información circule de manera muy lenta** en sentido vertical⁹³ e, incluso, que en ocasiones no llegue hasta el nivel donde podría ser utilizada. Si esto es verdad en el seno de cada organización, aún lo es más cuando la información pasa de una institución a otra. Afortunadamente, la existencia de las reuniones semanales ha permitido que la información circulase con fluidez entre ellas, al menos a nivel central, pero, como se decía, **hay información que no llega nunca a terreno, o compromisos acordados en el nivel central, que no son asumidos en el territorial**, por lo que no se cumplen.

"Tal vez lo que se debería de mejorar, quizá es la coordinación o la labor de comunicación, digamos, de forma de cascada [...]. Por ejemplo, nivel central, nivel departamental y nivel municipal. Porque muchas veces del nivel central se hace, se habla mucho, se coordina mucho, pero a veces no baja el nivel a nivel departamental, claro, y no llega al nivel municipal. Entonces como que, sí, todavía hace falta fortalecer la comunicación y la coordinación". (Hombre, COMUSAN).

180. Por otra parte, **en el nivel municipal y local apenas se han encontrado pautas comunes**, más allá de que las instituciones manifiestan casi siempre que el resto no colabora lo suficiente. Por ejemplo, según la nutricionista de algún Área de Salud, la COMUSAN no se compromete con la tarea de promoción del ACF y de Nutriniños y no apoyan el proceso de traslado del ACF a las comunidades; pero según otras, la COMUSAN es una instancia especialmente pertinente para el intercambio de información entre instituciones⁹⁴. Hay lugares donde las representantes del MSPAS afirman que la SESAN, por ejemplo, no les apoya, pero en otros lugares afirman que trabajan de manera bastante coordinada. En uno de los lugares visitados, un monitor de la SESAN mencionaba que le resultaba imposible obtener información del centro de salud, ni siquiera del día en el que se entregaba el ACF, lo que dificultaba su trabajo de monitoreo. En fin, **la casuística es muy amplia** y es difícil identificar pautas concretas, aunque sí se pueden realizar afirmaciones generales como que la información circula con más fluidez y las relaciones funcionan mejor cuando ya existe una experiencia previa de colaboración, y que las instancias locales cumplen un papel más activo cuando le dan prioridad a la nutrición infantil en su propia agenda.

"Pienso que la participación que tengan otras instituciones u otras instancias [...] es clave en esta estrategia. No nos pueden dejar solos trasladando, haciendo la consejería, haciendo la demostración, haciendo la entrega, el registro... Pienso que sí necesitamos del apoyo de más personal, de más instituciones para lograr esta estrategia o lograr que camine muchísimo mejor, ¿verdad? Pero definitivamente ya es una necesidad". (Mujer, nutricionista de las Áreas de Salud).

⁹³ Se ha constatado durante el trabajo de campo, durante entrevistas con autoridades locales, especialmente cuando la información circula de arriba a abajo.

⁹⁴ Aunque admitan que con frecuencia los acuerdos no se cumplan por falta de tiempo y de capacidades de las instituciones participantes.

P.E.3. ¿CUÁLES SON LOS RESULTADOS QUE HA OBTENIDO NUTRINIÑOS DE ENTREGA DE ACF RESPECTO SU POBLACIÓN META?

181. Esta pregunta de evaluación recoge la mayor parte de las cuestiones relacionadas con los resultados obtenidos. Se desagrega en seis subpreguntas, que se refieren a la cobertura poblacional (3.1), a los cambios nutricionales observados (3.2), a la percepción de madres, padres y cuidadores sobre el producto (3.3), a las prácticas de consumo (3.4), a los factores que han facilitado o dificultado el logro de los resultados esperados (3.5) y, finalmente, a los efectos inesperados (3.6).

182. La subpregunta 3.4 hace referencia también a cuestiones relacionadas con el diseño de la intervención, con su implementación o con las relaciones que se han establecido en el marco de Nutriniños. En su mayoría son cuestiones que se han abordado en otros lugares de este informe, por lo que, al menos hasta cierto punto, la respuesta puede entenderse como un resumen. Esta es la razón por la que se decidió que el apartado correspondiente a la pregunta 3 apareciese después del que aborda la pregunta 4.

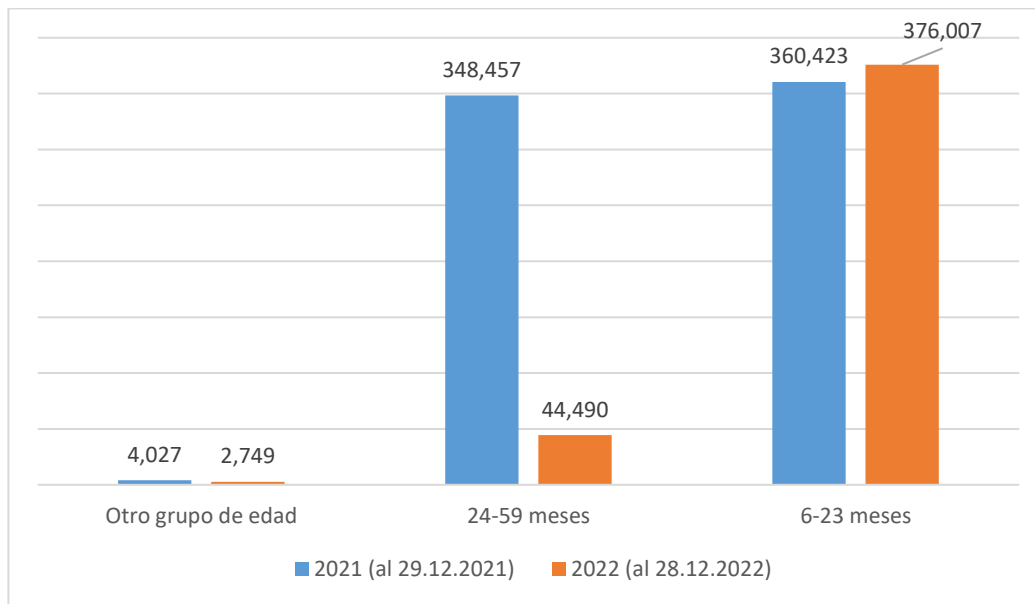
183. Finalmente, en muchos de los análisis y cruces de variables realizados, el equipo evaluador desagregó los datos por sexo, especialmente en relación al consumo de ACF (cantidad, número de veces al día, número de veces por semana, etc.) y al estado nutricional de niños y niñas. Estos cruces mostraron que no existían diferencias significativas, por lo que no se agregan los detalles en el texto.

3.1. ¿Cuál ha sido la cobertura de Nutriniños?

H29. Nutriniños llega a un alto porcentaje de niños y niñas de 6 a 23 meses a nivel nacional (88,7 por ciento con al menos una entrega en 2022), con un buen balance por sexo y mayor cobertura en la población indígena. Sin embargo, no se conoce con precisión el número de entregas que recibe cada niño o niña en el período de edad en el que son elegibles, porque el sistema de información no lo permite. Sólo indirectamente, SESAN estima que apenas el 13,7 por ciento de niños y niñas (en 2021 y 2022) recibió el número de bolsas que les correspondía según su edad y fecha de inicio de entrega. Esto indicaría que la mayor parte de niños y niñas no recibe la cantidad normada de ACF, lo que sería un factor que limita el aporte del programa a la ingesta de nutrientes y al estado nutricional de los niños y niñas.

184. El número de población beneficiaria estimada por SESAN con al menos una entrega de ACF varió entre 2021 y 2022 (gráfico 16), hubo una disminución en 2022 porque se dejó de atender a niñas y niños de 24 a 59 meses con estado nutricional normal. En 2021 se decidió atender a este grupo para paliar los efectos de las tormentas tropicales Eta e Iota, por los efectos de la pandemia de COVID-19 y por la acumulación de producto próximo a su vencimiento.

Gráfico 16. Número de población beneficiaria atendida con ACF estimada por SESAN



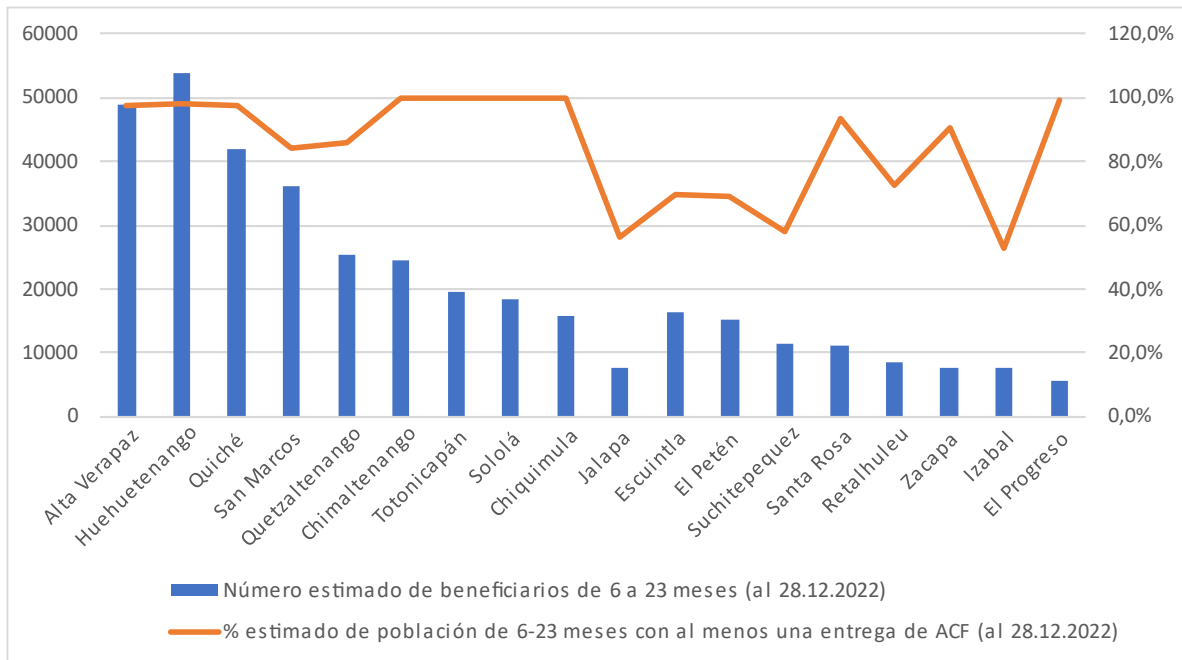
Fuente: Elaborado con base en SESAN 2022 y 2021, Estadísticas de Población Beneficiaria de ACF.

185. No obstante, es importante puntualizar que, si se busca calcular el número de niños y niñas atendidos a lo largo de los dos años, no basta con sumar los datos de 2021 y los datos de 2022, ya que hay niños y niñas que fueron beneficiarias en ambos. Teniendo esto en cuenta, el número total de beneficiados por Nutrniños asciende, a 1.010.664 niños y niñas de entre 6 a 59 meses de edad.

186. Las estimaciones de cobertura realizadas por SESAN indican que en 2022 se atendió con al menos una entrega de ACF al 88,7 por ciento del total de niños de 6 a 23 meses en los departamentos priorizados⁹⁵. La cobertura es mayor (por encima del 90% por ciento) en los departamentos priorizados por la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición y es menor en los otros (Gráfico 17). Esto indica que **el ACF llega a un alto porcentaje de la población objetivo.**

⁹⁵ Para la estimación de cobertura, SESAN estima la población de 6 a 23 meses de edad a partir de las proyecciones de población para el año 2022 del INE, según la siguiente fórmula: 50% de la población proyectada de cero años + población proyectada de un año.

Gráfico 17. Porcentaje estimado de población de 6 a 23 meses con al menos una entrega de ACF (al 28.12.2022)



Fuente: Elaborado con base en SESAN 2022, Estadísticas de Población Beneficiaria de ACF.

187. Sin embargo, no se precisa cuántas entregas recibió cada niño o niña durante el período de edad en el que son elegibles (6-23 meses durante 2022). Es claro que la contribución efectiva del ACF al consumo de nutrientes y el estado nutricional de niños y niñas, depende de cuántas veces haya recibido el ACF⁹⁶. Como manifiesta el personal institucional contactado, “no se pueden esperar grandes efectos si los niños y niñas desnutridos reciben solo una o dos veces el ACF”. No se cuenta con una medición directa de este dato, pero SESAN incluye en sus estimaciones periódicas, a partir de los datos facilitados por el MSPAS, la comparación entre el número de bolsas de alimento que debería haber recibido cada niño o niña y las que realmente recibió⁹⁷, en función de la primera entrega efectuada.

188. La mayoría de los niños y niñas no recibió de forma acumulada el número de bolsas normado tomando en cuenta la edad, fecha de primera entrega y edad límite para recibir la entrega mensual (23 meses de edad)⁹⁸. **Para el total de los 2 años, solo el 13,7 por ciento de la población beneficiaria recibió el número de bolsas que les correspondía de forma regular en el tiempo⁹⁹.** Esto varió entre los departamentos del país. Como se observa en el gráfico 18 en departamentos como Sololá, el 22 por ciento de los niños y niñas recibieron las bolsas que les correspondía, mientras que, en otros como San Marcos o Izabal, apenas recibieron el alimento de forma regular el seis por ciento. No se cuenta con información contrastada sobre las razones que explican la falta de continuidad. Según SESAN, ello puede deberse a un posible ingreso “tardío” al programa (niños de 18 o más meses de edad), a la falta de continuidad en la entrega del insumo o, incluso, a problemas en el registro del MSPAS.

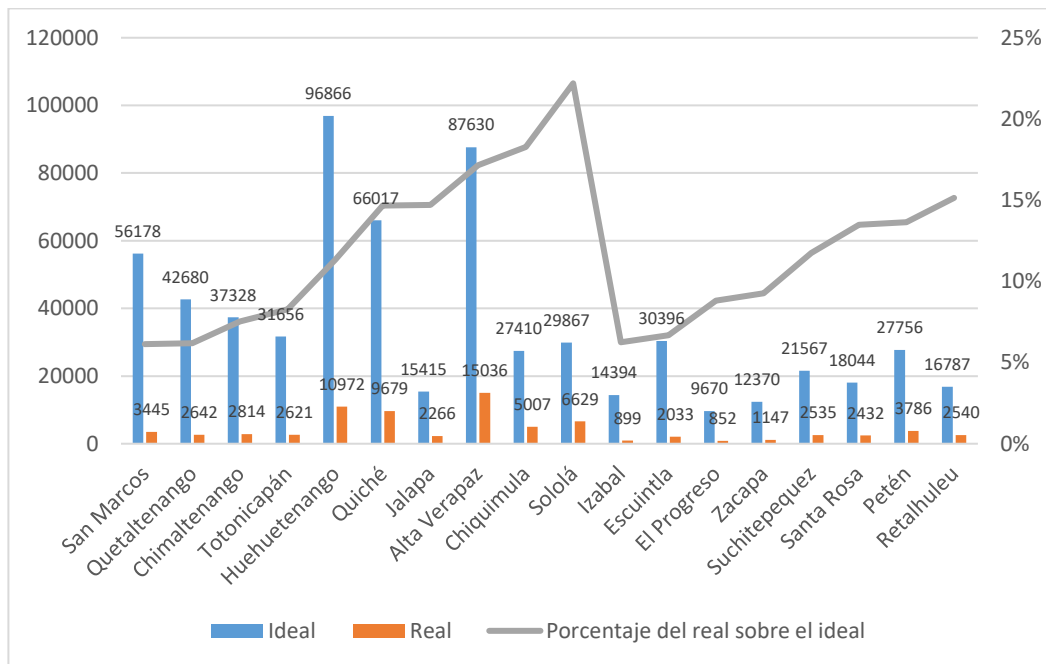
⁹⁶ La guía de uso del ACF indica que entre 6 a 23 meses el niño o niña debe recibir dos bolsas por mes. Los lineamientos establecen que si el ACF es preparado según se indica en el empaque, aporta alrededor de 45% de los requerimientos de energía, 45% de las recomendaciones de proteína y 75% de hierro, cinc y vitamina B12.

⁹⁷ Informe de estadística de 28 de diciembre de 2022, referido a esta anualidad.

⁹⁸ La evaluación de Mi Comidita mostró también que la entrega adecuada era baja.

⁹⁹ Desde otro punto de vista, una entrega y consumo regular durante un año supondría que los niños y niñas recibiesen al menos 24 bolsas. Sin embargo, la mayoría de los beneficiarios recibieron entre 2 y 10 bolsas, lo que muestra una participación en Nutrinifos de entre 1 y 5 meses.

Gráfico 18. Porcentaje de entregas de ACF reales e ideales por Departamento



Fuente: Elaborado con base en SESAN 2022, Estadísticas de Población Beneficiaria de ACF.

189. La distribución de población beneficiaria atendida en 2022 por sexo y pueblo, según información de SESAN,¹⁰⁰ indica que **hay un balance por sexo**, pues del total atendido, el 50,7 por ciento fueron niñas y el 49,3 por ciento fueron niños. Así también **hay mayor población indígena atendida**: 57,9 por ciento pertenecen al pueblo maya, 37,4 por ciento son mestizos/ladinos y 0,17 por ciento pertenecen al pueblo xinca o garífuna.

3.2. ¿Cuáles son los cambios nutricionales (si hay algunos) que se pueden observar en los niños y niñas que se beneficiaron del ACF?

H30. Ante la falta de evaluaciones de impacto, los efectos del ACF en el estado nutricional e indicadores intermedios no son cuantificables. Existe la percepción generalizada de que el alimento sí tiene un efecto positivo en la ganancia o recuperación del peso de los niños y niñas. No es posible determinar el efecto en el crecimiento o prevención de la desnutrición crónica más allá de las percepciones positivas de madres y personal institucional.

H31. Los efectos del programa en los conocimientos nutricionales de las madres vinculados al programa no son del todo concluyentes, pues mientras las percepciones del personal de salud apuntan a que hay mejoras sustanciales, resalta que la mayoría de madres afirman no conocer la forma más adecuada de preparación del ACF, según la encuesta cuantitativa aplicada en esta evaluación.

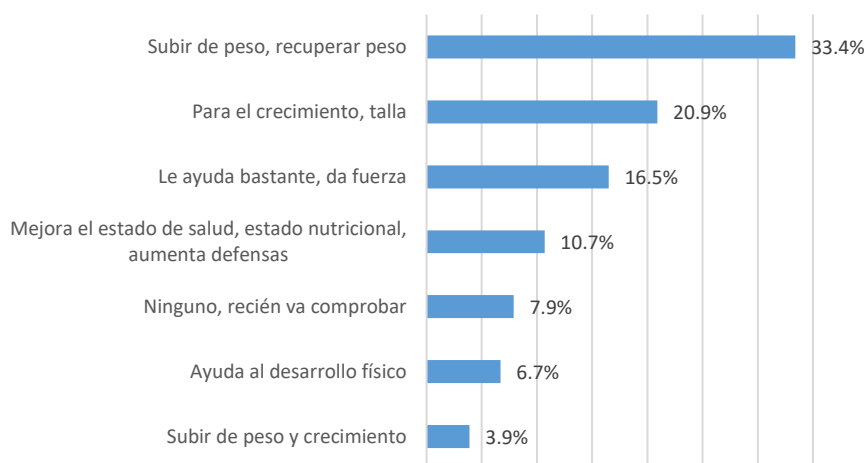
H32. El aporte del ACF a la ingesta de nutrientes de los niños y niñas está limitado por la forma de uso que no se ajusta a las recomendaciones. En el grupo de 6 a 11 meses hay un porcentaje que no lo consume como alimento complementario sino como único alimento. Por otro lado, la forma de preparación común es el a tol que tiene menor densidad y menor cantidad de ACF. Aun con estas limitaciones, se considera que el ACF constituye un aporte importante al mejoramiento del acceso a alimentos de las familias con menos recursos y agrega un aporte importante de vitaminas y minerales necesarios para el desarrollo del niño y niña, aunque en cantidades pequeñas.

¹⁰⁰ SESAN. 2022. Estadísticas de Beneficiarios Alimento Complementario Fortificado Nutrin niños. Guatemala.

190. Ante la falta de evaluaciones de impacto, **es difícil afirmar que el ACF haya tenido cualquier efecto en el estado nutricional de los niños y niñas que lo reciben**. La presente evaluación ha podido solamente recoger percepciones para valorar la contribución del ACF en el estado nutricional e indicadores intermedios.

191. **Hay una percepción positiva generalizada** tanto en las madres y cuidadores como en el personal de salud y personal institucional, **de que el ACF tiene un efecto positivo en el estado nutricional**.¹⁰¹ Se indica que permite el aumento de peso de los niños y niñas que lo consumen, incluso la recuperación del peso en los que tienen desnutrición aguda. El 34 por ciento de madres en la encuesta a personas usuarias afirman que el alimento permite subir o recuperar peso (gráfico 19), mientras que el 50,7 por ciento de las auxiliares de enfermería en la encuesta en línea indica que el ACF permitió mejorar sustantivamente el estado nutricional. De la misma forma, casi el 21 por ciento de las madres percibe que el ACF contribuye al crecimiento (aumento de talla) del niño o niña y casi un 11 por ciento que aporta vitaminas y minerales importantes para fortalecer las defensas del niño, prevenir enfermedades y mantener una buena salud y que los niños se mantienen más activos y sanos.

Gráfico 19. Percepción de las personas usuarias sobre la ayuda a los niños y niñas del ACF



Fuente: encuesta a personas usuarias

192. Al igual que en el estado nutricional, es difícil estimar la contribución de Nutrin niños a los cambios en indicadores intermedios, como los conocimientos de las madres y cuidadores sobre alimentación complementaria y el consumo de alimentos de la población de 6 a 23 meses.

193. Las apreciaciones sobre el **mejoramiento de conocimientos de madres y cuidadores en cuanto a la alimentación complementaria adecuada son mixtas**. Por un lado, según la percepción de las auxiliares de enfermería encuestadas en línea los conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria habrían mejorado sustantivamente (50,7 por ciento) o regularmente (35,4 por ciento), por efecto de las capacitaciones, acciones educativas y demostraciones realizadas como parte de la entrega del ACF. Sin embargo, en cuanto a los conocimientos específicos referentes al uso adecuado del ACF (forma de preparación), los resultados de la encuesta a personas usuarias muestran que **la mayoría de las madres afirman no conocer la forma adecuada de preparación del ACF**, pues el 74,1 por ciento indican “en atol” o “no sabe” (Gráfico 20) y solo un 10,4 por ciento indica la forma correcta, que es papilla o comida espesa. En cuanto a los conocimientos sobre el **número de veces o porciones de ACF** que el niño o niña debe comer **por día, los conocimientos son mejores** pues la mayoría (81,3 por ciento) indica que 2 o 3 veces por día (Gráfico 20).

¹⁰¹ Sin embargo, no se puede excluir que estas percepciones sean un resultado de las capacitaciones y de la campaña de CCSC.

Gráfico 20. Proporción de personas usuarias según conocimientos de la forma adecuada de preparación del ACF y número de veces que se debe comer al día

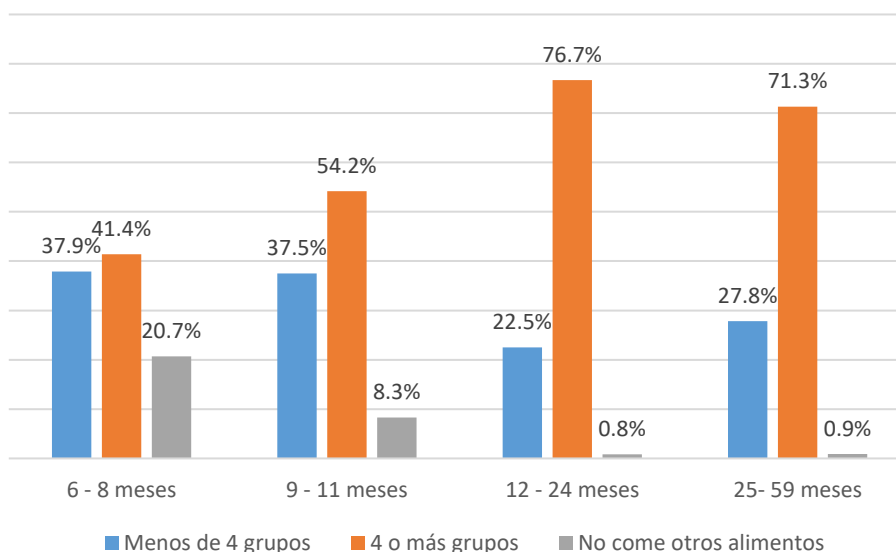


Fuente: encuesta a personas usuarias.

194. Con respecto a la **contribución del ACF al consumo de alimentos de niños y niñas**, el ACF está diseñado como un alimento complementario, no sustituto de una comida principal y, como tal, debe aportar una cantidad adicional de energía y nutrientes.¹⁰² Los datos de la encuesta a personas usuaria indican que **el ACF no siempre se usa como complemento sino como alimento principal especialmente en los niños y niñas más pequeños**. Pues casi un 21 por ciento de los niños y niñas de 6 a 8 meses y algo más del 8 por ciento de los de 9 a 11 meses no consumen otros alimentos adicionales (gráfico 21). Asimismo, **la mayor parte de madres ofrece el ACF en atol** que es una preparación más diluida con menor densidad energética y de nutrientes, y el hecho de ofrecer tres veces por día el atol podría hacer que el niño o niña, por su limitada capacidad gástrica, no pueda ya consumir otra comida, esto nuevamente en los niños más pequeños (de 6 a 11 meses). No obstante, en apreciación del personal de salud, aun cuando el ACF se ofrece en atol, aporta vitaminas y minerales y energía a la dieta de los niños, aunque en proporciones pequeñas.

¹⁰² Si bien es cierto que los alimentos complementarios fortificados preparados en la cantidad y forma correctas pueden ayudar a cubrir un tiempo de comida, especialmente en entornos con poca diversidad dietética.

Gráfico 21. Proporción de niños y niñas según número de grupos de alimentos que consumen, por grupo de edad¹⁰³



Fuente. Encuesta a personas usuarias

195. Es importante también resaltar que **la diversidad de alimentos adicionales al ACF ofrecidos a los niños y niñas menores de dos años tampoco es óptima.**¹⁰⁴ Solo 41 por ciento de los de 6 a 8 meses y 54,2 por ciento de los de 9 a 11 meses consumen 4 o más grupos de los 7 recomendados por la OMS¹⁰⁵ (gráfico 21). No hay diferencias entre niños y niñas (como se puede observar en los gráficos del anexo 8), pero sí diferencias significativas entre los niños y niñas de familias mayas y mestizas o ladinas. La proporción de niños y niñas mayas que consumen menos de 4 grupos de alimentos es 41 por ciento frente a solo 11 por ciento entre los niños de familias mestizas, lo que refleja tanto diferencias de tipo cultural, como un menor acceso a los alimentos por la mayor presencia de la pobreza entre los pueblos mayas. Todo ello muestra que los avances en la mejora de la alimentación complementaria en la población de 6 a 23 meses son aún limitados.

196. Finalmente cabe destacar que, en opinión del personal de enfermería y de las nutricionistas de las áreas de salud, **el ACF ha tenido una contribución importante en la mejora del acceso a alimentos, aliviando la inseguridad alimentaria de las familias** con menores recursos. De hecho, el 85,1 por ciento de las madres en la encuesta a personas usuarias responde que el alimento es una ayuda para la alimentación de los niños y niñas y el 42,1 por ciento que les permite ahorrar en la compra de alimentos.

Se considera que, aun consumiendo como atol, el ACF constituye un aporte calórico extra y de vitaminas en la alimentación del niño/niña.” (Mujer, nutricionista de las Áreas de Salud).

“La entrega del ACF ha sido una contribución que permite aliviar inseguridad alimentaria y mejorar el acceso a alimentos de las familias. “Ayuda a ahorrar a las familias de bajos recursos”. (Mujer, enfermera auxiliar).

¹⁰³ El equipo evaluador realizó una desagregación por sexo de esta información. No obstante, el gráfico no recoge dicha desagregación porque el cruce no resultó estadísticamente representativo.

¹⁰⁴ La evaluación de Mi Comidita indicó que la dieta de niños y niñas era monótona, principalmente a base de cereales, raíces y tubérculos.

¹⁰⁵ Estos grupos son: 1) cereales, tubérculos y raíces y derivados, 2) frutas y vegetales ricos en vitamina A, 3) leguminosas y nueces, 4) carnes, pescado, pollo, 5) lácteos (leche, queso, yogurt), 6) huevos, 7) otras frutas y vegetales.

3.3. ¿Cuáles son las percepciones de las madres, padres y otros cuidadores acerca del producto?

H33. El ACF es en su mayoría aceptado por las familias, mucho más entre las de menos recursos, aunque hay observaciones en cuanto a la necesidad de mejorar el sabor y la textura. Por razones culturales se preferiría un alimento que se pueda preparar como atol, lo que contradice las recomendaciones desde el punto de vista nutricional. Hay aceptación del empaque y la forma de distribución por parte de la población beneficiaria, aunque se enfatiza que el producto debe ser distribuido mensualmente. También las usuarias perciben que la cantidad que reciben no es suficiente, relacionado con la percepción de que el alimento debe ser compartido con toda la familia, especialmente en hogares más pobres. La aceptación del producto depende también de la consejería que se brinda al momento de la entrega, que no llega a toda la población beneficiaria.

197. Varios elementos se han investigado para responder a esta pregunta: la satisfacción con el producto en general, la satisfacción con la cantidad del producto, la satisfacción con la presentación y distribución y, por último, la satisfacción con la forma de preparación.

198. **En general el producto es considerado bueno y es bastante aceptado** por las madres y personas cuidadoras, quienes consideran que el ACF es importante para los niños y niñas por los beneficios nutricionales y para la salud que perciben, como se ha explicado en la pregunta 3.2. En opinión del personal institucional consultado, **la aceptación del producto tiende a ser mayor entre las familias con menos recursos**, quienes consideran que el alimento es una alternativa frente a productos caros que no pueden adquirir en el mercado, como la Incaparina. No obstante, habría un porcentaje, aunque menor, de madres que rechazan el alimento, sea porque perciben que no lo necesitan, porque no perciben su importancia o, simplemente, no lo aceptan. Tanto el personal de salud como los propios usuarios contactados indican este hecho. Por ejemplo, casi el 24 por ciento de auxiliares de enfermería encuestadas manifiesta que una dificultad es el rechazo de algunas madres hacia el alimento. Igualmente, en los grupos focales se menciona que hay casos que no les gusta a los niños incluso si lo hacen en atol, y que “hay personas que lo regalan a otros”.

“Pero también hemos tenido mucha población que es renuente a consumirlo. No les gusta, han manifestado muchas de ellas que lo han tenido que hacer atol para que se lo consuma la familia, porque al niño no le gusta, y algunas otras pues simple y sencillamente lo dejan en el servicio para alguien más que lo quiera consumir porque ni siquiera se lo llevan”.
(Mujer, nutricionista de las Áreas de Salud).

199. **El sabor y la textura son aspectos que influyen en la aceptabilidad del producto.** Si bien hay madres que consideran que el sabor es agradable, que gusta a los niños y niñas, un 20,1 por ciento de personas usuarias encuestadas recomienda mejorarlo. Igualmente, el 26,3 por ciento de auxiliares de enfermería encuestadas dan esta recomendación (“dar sabor a frutas, vainilla, chocolate”)¹⁰⁶ (gráfico 22).

¹⁰⁶ El hecho que las auxiliares de enfermería recomienden añadir saborizante al ACF podría indicar su desconocimiento sobre las recomendaciones sobre el uso de alimentos saborizados que no deben ser ofrecidos a niños menores de 24 meses para evitar modificar desde temprana edad las preferencias alimentarias que deben desarrollar las niñas y niños para alimentarse saludablemente a lo largo de su vida.

Gráfico 22. Recomendaciones de enfermeras auxiliares



Fuente. Encuesta a enfermeras auxiliares

200. Según el personal de salud, **los problemas con el sabor pueden deberse a que es nuevo**, porque la población está acostumbrada a otros productos, como Incaparina, que se lleva comercializando en el país por mucho tiempo. También se menciona que hay ciertas presentaciones o lotes de producto que tienen mayor rechazo en cuanto al sabor, como cuando “*cambia de color*” “*gusta menos el anaranjado, el café*”.

201. **Sobre la textura se considera que es muy granulosa, que así no gusta a los niños** y que es una razón por la que tienen que preparar atol. Al respecto, por aspectos culturales, las madres preferirían un alimento de textura más fina que se pueda preparar de esta manera. Indican que especialmente los niños y niñas mayores, de uno o dos años, no aceptan la papilla por la textura.

202. En relación con la **cantidad**, el personal de salud considera que la cantidad que se entrega por niño/niña es suficiente, sin embargo, las madres quisieran mayor cantidad para compartir con los otros niños/niñas y la familia en general.¹⁰⁷ Ello es debido a la **dilución intrafamiliar** que se produce. Especialmente en el caso de familias con mayor nivel de pobreza, **la entrada de alimento hace que se distribuya entre todos** y, como mínimo, entre los niños y niñas del hogar.¹⁰⁸ **La preparación del alimento en atol contribuye a ese uso.** Un resultado idéntico fue obtenido por la evaluación de Mi Comidita. Las enfermeras auxiliares mencionan este fenómeno, pero también se menciona en las entrevistas y grupos, incluidos los talleres participativos de madres. Ello muestra que **se percibe como algo natural que el alimento que entra en la casa sea para todos los miembros de la familia.**

203. Nutricionistas de las DAS contactadas consideran que “la aceptación del producto está muy ligada a la forma en que se brinda la consejería al hacer la entrega del alimento y a la promoción que se hace a través de los diferentes medios de comunicación”, de manera que se transmita el mensaje correcto y las instrucciones adecuadas. Las nutricionistas indican también que hace falta mayor monitoreo para ver si las madres cumplen con las indicaciones. Al respecto, el 61 por ciento de las personas usuarias encuestadas manifestaron que recibieron alguna explicación sobre el producto al momento de recibir el alimento, mientras que el 39 por ciento no lo recibió.

204. En relación con la **presentación, empaque y distribución**, las madres consideran que el empaque es bueno, pero algunas refieren que se rompe con facilidad sobre todo cuando tienen que transportar

¹⁰⁷ Según la encuesta a familias, el 47,6 por ciento de madres respondieron que el ACF se comparte con otros miembros de la familia como los hermanos/as mayores, la propia madre y en general todo el grupo familiar

¹⁰⁸ Otras intervenciones y programas, como el reparto de alimento del MAGA tienen en cuenta esta multicausalidad de la inseguridad alimentaria, por lo que los repartos de alimentos, incluyendo el ACF, se realizan para toda la familia. Esto puede ser considerado como una buena práctica para evitar la dilución familiar del alimento.

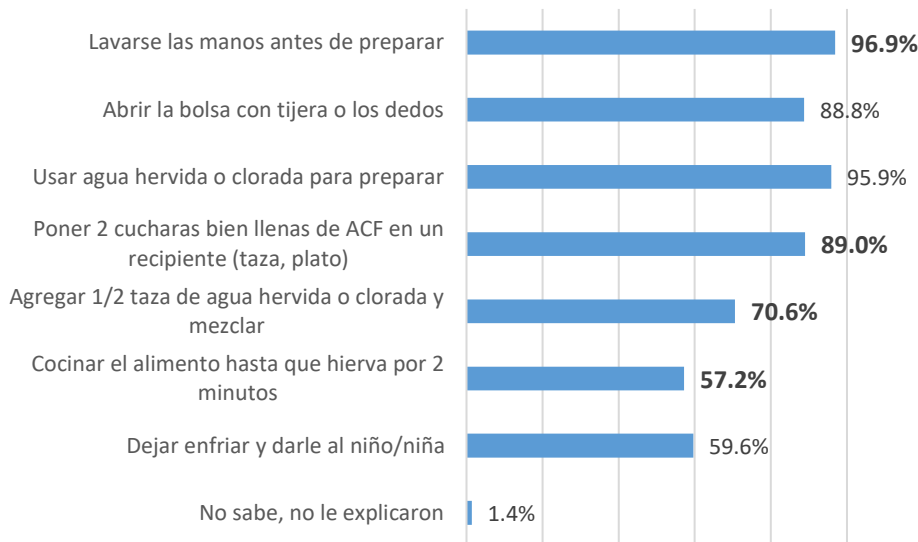
desde el servicio de salud a su comunidad. El peso es también considerado inadecuado, especialmente cuando la entrega es bimestral.¹⁰⁹

3.4. ¿En qué medida las prácticas de consumo (preparación, higiene) son adecuadas?

H34. Es positivo que la mayor parte de madres conocen los pasos para preparar adecuadamente el ACF, pero en la práctica la forma de preparación, las cantidades ofrecidas a los niños y niñas, así como la frecuencia semanal no son óptimas. Lo más resaltante es que la gran mayoría de madres prepara el alimento en forma de atol que es una preparación diluida, y apenas una de cada diez madres lo prepara en papilla como es recomendable. Las cantidades ofrecidas en especial a los niños y niñas de 12 a 23 meses son menores a lo recomendado, así como el porcentaje importante de madres que no dan el alimento a diario. Las preferencias culturales, pero también las dudas de las madres sobre cómo lograr la consistencia adecuada, son aspectos que se mencionan como determinantes de las prácticas de preparación del ACF.

205. Las recomendaciones de la guía para la adecuada preparación y uso del ACF solo se cumplen parcialmente. **Las personas usuarias en su mayoría conocen los pasos para preparar adecuadamente el alimento** (con excepción del tiempo de cocción de dos minutos), **aunque en menor proporción en el orden correcto**, aunque los datos siguen siendo satisfactorios (Gráficos 23 y 24). El aspecto que muestra una frecuencia menor es el tiempo de cocción, ya que, según afirman, suele ser mucho mayor a los dos minutos recomendados. Las madres hierven más tiempo para que no se malogre y pueda mantenerse bien durante todo el día. No obstante, esta práctica es incorrecta: por una parte, el alimento pierde parte de sus propiedades nutricionales y, por otra, el alimento preparado debe ser consumido inmediatamente y no dejarlo por más dos horas a temperaturas mayores de 60°C, dado que existe alto riesgo de contaminación. El paso más mencionado por las personas usuarias encuestadas es el lavado de manos. La gran mayoría (99.3 por ciento) de ellas indican que lo practican antes de preparar el alimento.

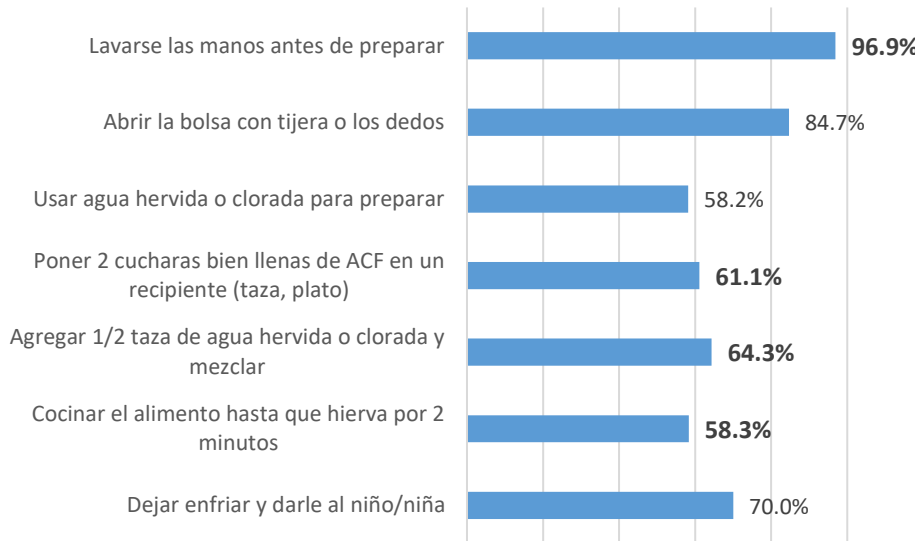
Gráfico 23. Proporción de madres que conocen los pasos para la preparación adecuada del ACF



Fuente. Encuesta a personas usuarias.

¹⁰⁹ Actualmente se entregan 2 bolsas de 1,5kg por niño cada mes. Cuando la entrega es bimestral, la madre tiene que cargar con un mínimo de 6kg, si solo uno de sus hijos se beneficia del ACF.

Gráfico 24. Proporción de personas usuarias que conocen los pasos para la preparación adecuada del ACF en el orden correcto

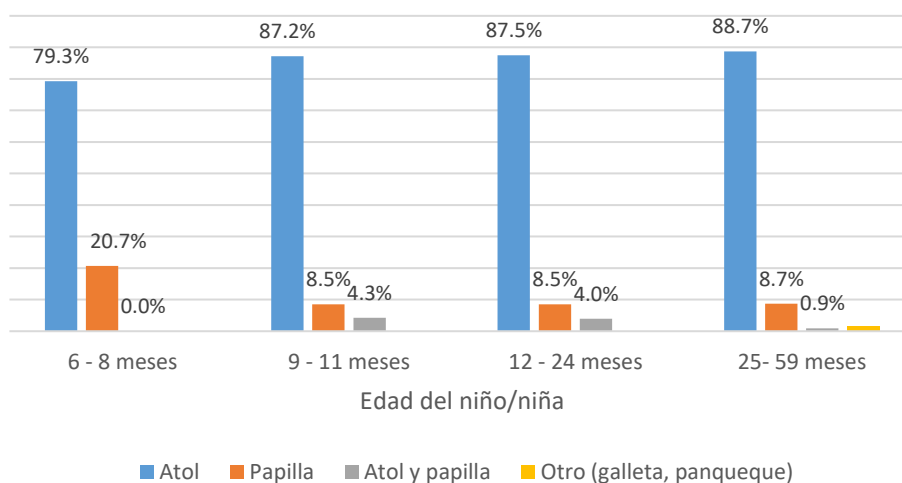


Fuente. Encuesta a personas usuarias

206. Sin embargo, aunque queda demostrado que la mayoría de las madres conocen los pasos para preparar el alimento de manera adecuada, **un porcentaje importante de ellas no ponen en práctica las recomendaciones** en cuanto a forma de preparación, las cantidades recomendadas según la edad del niño o niña, así como la frecuencia semanal de consumo del ACF.

207. En primer lugar, **la mayor parte de madres prepara el ACF en atol**¹¹⁰ (preparación diluida con mucho menos densidad nutricional) según se evidencia en los resultados de la encuesta a las personas usuarias, las discusiones grupales, los talleres con personas usuarias y las entrevistas al personal institucional. Más del 80 por ciento de niños y niñas en todos los grupos de edad reciben el ACF en esa forma de preparación (gráfico 25).

Gráfico 25. Proporción de niños y niñas según tipo de preparación del ACF, por grupo de edad

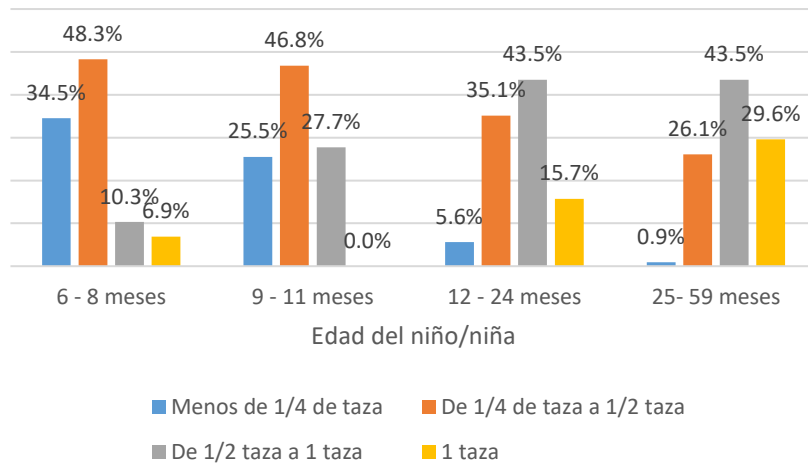


Fuente: Encuesta a personas usuarias

¹¹⁰ La evaluación de Mi Comidita obtuvo un resultado similar.

208. El 40 por ciento de los niños y niñas de 12 a 23 meses y el 27 por ciento de 24 a 59 meses reciben menos de media taza de alimento preparado por vez¹¹¹ (lo que es menor a la cantidad recomendada por vez para estos grupos de edad que deben recibir hasta una taza (gráfico 26)).¹¹² En cuanto al número de veces por día, este es adecuado, de dos a tres veces por día en todos los grupos de edades (gráfico 27), pero la frecuencia semanal no es óptima. Menos de la mitad de niños y niñas entre 9 y 59 meses reciben el alimento todos los días y alrededor del 20 por ciento lo reciben apenas entre 1 a 3 días (gráfico 28). Muchas madres indican que dan el atol a sus niños y niñas cada dos días, sea para que el alimento no se termine rápido o para que el niño no se canse.

Gráfico 26. Proporción de niños y niñas según cantidad de ACF que reciben por vez, por grupo de edad¹¹³



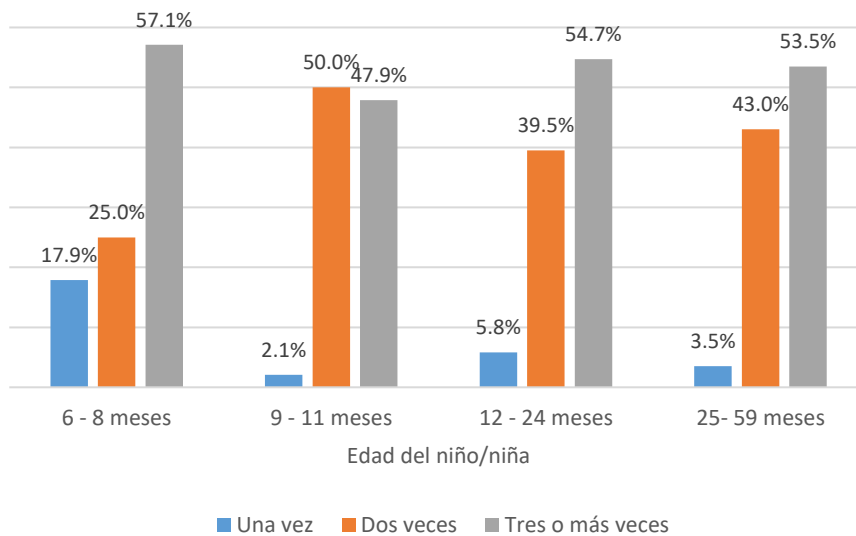
Fuente. Encuesta a personas usuarias

¹¹¹ Agrupando las respuestas que afirman que le dan al niño o a la niña menos de cuarto de taza o menos de media taza cada vez.

¹¹² No se han recogido evidencias sobre las razones por las cuales los niños/as reciben poca cantidad de alimento. Una de ellas puede ser su poca capacidad gástrica, que al recibir atol diluido ya no pueden consumir más alimento.

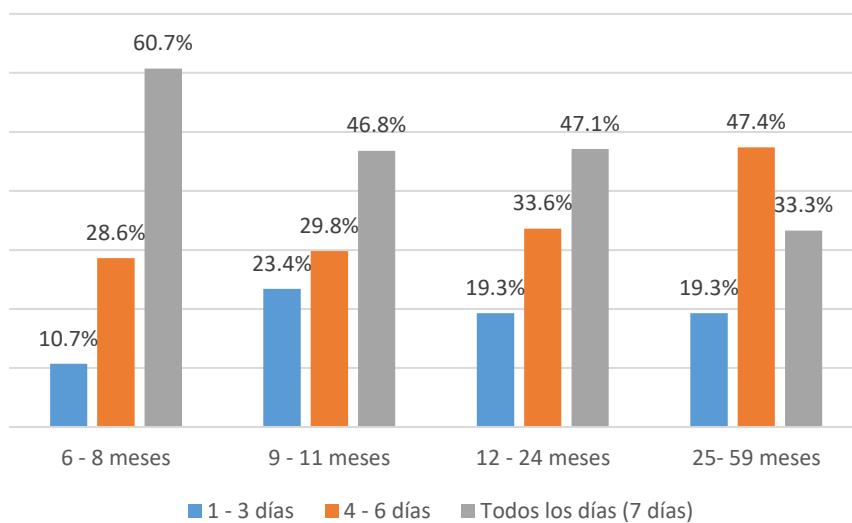
¹¹³ El equipo evaluador realizó una desagregación por sexo de esta información. No obstante, el gráfico no recoge dicha desagregación porque el cruce no resultó estadísticamente representativo.

Gráfico 27. Proporción de niños y niñas según frecuencia de consumo de ACF por día, por grupo de edad¹¹⁴



Fuente: Encuesta a personas usuarias

Gráfico 28. Proporción de niños y niñas según frecuencia de consumo de ACF por semana, por grupo de edad¹¹⁵



Fuente: Encuesta a personas usuarias

209. **El atol es preferido por ser parte de la cultura.** Las madres argumentan que es la forma en que gusta a los niños y niñas (se le añade azúcar, a veces leche y se mejora el sabor) y que así toda la familia puede consumirlo. Al parecer, pese a las reiteradas indicaciones por parte del personal de salud, este factor

¹¹⁴ El equipo evaluador realizó una desagregación por sexo de esta información. No obstante, el gráfico no recoge dicha desagregación porque el cruce no resultó estadísticamente representativo.

¹¹⁵ El equipo evaluador realizó una desagregación por sexo de esta información. No obstante, el gráfico no recoge dicha desagregación porque el cruce no resultó estadísticamente representativo.

no está cambiando.¹¹⁶ Adicionalmente está el hecho de que **por mucho tiempo se ha reforzado el consumo de alimentos complementarios en atol**, como en el caso de la Incaparina. No obstante, también harían falta más demostraciones prácticas y monitoreo más cercano de la preparación, pues una dificultad que mencionan las madres encuestadas es que no saben bien como preparar el alimento, sobre todo la consistencia apropiada de la papilla.

El tema cultural es bien complicado. Por más que le demos demostraciones de cómo debe ser la consistencia de la papilla y demás, terminan haciendo el alimento complementario en atol. Esto es lo que manifiestan la mayoría. (Mujer, nutricionista de las Áreas de Salud).

3.5 ¿Cuáles son los factores que han facilitado y dificultado el logro de los resultados esperados de Nutri niños a lo largo de la cadena de entrega del ACF?

H35. Nutri niños no ha aprovechado los aprendizajes de programas anteriores que incorporaban alimentos complementarios, ni los ha incorporado al Convenio. En consecuencia, los resultados actuales de la intervención son muy similares a los obtenidos en programas anteriores, especialmente en relación con el uso y el consumo del alimento.

210. A lo largo del informe se han ido mencionando un conjunto de elementos que han facilitado o dificultado el logro de los resultados. No se introducen elementos nuevos, por lo que esta subpregunta de evaluación no da lugar a nuevos hallazgos. No todos los factores que se mencionen como facilitadores han funcionado de manera excelente o han carecido de problemas. Sin embargo, se considera que su efecto ha sido positivo, aunque pueda ser mejorable. La Tabla 10 los presenta resumidos, agrupados según el eslabón del proceso de la cadena de entrega.

Tabla 10. Factores facilitadores y dificultades para el logro de resultados

Etapas del proceso	Factores facilitadores	Dificultades
En relación con la cadena de entrega	<ul style="list-style-type: none"> • Convenio interinstitucional con roles definidos por MIDES, MSPAS, SESAN y apoyo técnico y logístico del PMA • Casos donde otras instituciones colaboran con el traslado (MAGA, alcaldías, etc.) • Rol de delegados de SESAN para promocionar el ACF a nivel de autoridades y permitir su aceptación 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal de salud pide el alimento no para todos los niños/niñas por temor a auditorías. • La mayor parte de las actividades recaen en el sector salud.
En relación con la distribución a partir de la entrega	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción, comunicación sobre la entrega del ACF por parte del personal de salud. • Jornadas integrales de salud con participación de todas las instituciones involucradas, para llevar el alimento a las comunidades. También micro concentraciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las debilidades de la red de servicios de salud, especialmente en las áreas rurales: falta de transporte, personal, atención discontinua, distancias. • Falta de bodegas/espacio físico para el almacenamiento del alimento. • Limitado acceso a los servicios de salud por parte de la población por cultura y distancias. Las familias de lugares más alejados no siempre llegan a recibir. • Débil coordinación con otras instituciones para coordinar fechas de traslado.

¹¹⁶ Además, una parte de las propias enfermeras auxiliares se refieren al ACF como “el atol” o “el atolito”. Si bien estos casos no son numerosos, sí indican que, aunque las auxiliares de enfermería conocen las ventajas de la preparación en papilla, no son ajenas a la valoración del atol como costumbre.

Etapas del proceso	Factores facilitadores	Dificultades
En relación con el uso del ACF	<ul style="list-style-type: none"> • Demostraciones, promoción del adecuado uso, sesiones de capacitación más prácticas, aunque parcial por parte del personal de salud. • Personal recibe formación para la consejería sobre alimentación complementaria en un proceso en cascada. • Estrategia CCSC de la Gran Cruzada, como oportunidad que no fue aprovechada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de personal de salud e involucramiento de otros actores para las sesiones de demostración. • Falta de tiempo del personal de salud para educación alimentaria. • Formación del personal de salud escasa, sin seguimiento ni evaluación de cómo el personal aplica los conocimientos adquiridos y cómo transmite los mensajes a las madres/padres. • Limitado acceso de las familias a agua segura, condiciones inadecuadas de la vivienda, falta de higiene, combustible y utensilios. • Dilución intrafamiliar. • Limitado acceso a alimentos por las familias de menos recursos hace que el ACF sea el único alimento que se consume.
En relación con el sistema de monitoreo y evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • El monitoreo de conocimientos, actitudes y prácticas frente al ACF por parte de los monitores de SESAN. • El sistema de información que registra las entregas del ACF. • El análisis de datos realizado por SESAN y las reuniones de seguimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • No hay evidencia del uso de los resultados del monitoreo de SESAN para mejorar la intervención. • No hay un sistema de monitoreo de los conocimientos y la práctica por parte del MSPAS. • No hay evaluación de impacto de PACF en términos de nutrición.
En general	<ul style="list-style-type: none"> • Marco legal: Ley y política SAN • Programas nacionales: Gran Cruzada oportunidad de anclaje institucional de Nutrin niños. 	<ul style="list-style-type: none"> • El programa/producto ha cambiado constantemente de nombre, se ha descontinuado su entrega mediante el MSPAS. • No se diseñaron objetivos ni metas claras. • No se aprovecharon los aprendizajes de evaluaciones anteriores. • Factores subyacentes y estructurales que determinan la desnutrición y la falta de complementariedad efectiva con otras intervenciones.

211. En general el hecho que Nutrin niños está inserto en el marco legal de seguridad alimentaria y nutricional y en los programas nacionales de combate a la desnutrición, y en concreto en la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición, facilita su implementación y anclaje institucional. **Programas e intervenciones de alimentación complementaria han existido en Guatemala durante muchos años** (con apoyo del PMA existen desde 2005-2006), **pero el nombre y la formulación del alimento complementario ha cambiado** en cada gobierno (Vitacereal, Mi Comidita, Nutrin niños) **y esto no ha permitido que el alimento se integre en la cultura guatemalteca**, como sí ocurrió con la Incaparina, y esto hace que con cada “alimento” hay que iniciar nuevamente un proceso de promoción de sus bondades y su uso adecuado, lo que ocurrió también con Nutrin niños.

212. Por otra parte, Nutrin niños no ha aprovechado las lecciones aprendidas de las intervenciones anteriores y, muy especialmente de Mi Comidita. Muchos de los resultados obtenidos en esta evaluación en relación con el uso y el consumo del alimento son coincidentes con los apuntados en la evaluación de Mi Comidita, y los aprendizajes no han sido incorporados a la hora de definir la intervención actual.

213. La participación de las tres instituciones – MIDES, MSPAS y SESAN, con roles diferentes en la intervención y la asistencia técnica y logística del PMA, ha permitido que el alimento llegue a los servicios de salud de manera general, a tiempo, en las cantidades solicitadas y con una calidad adecuada. No obstante, **se percibe que la mayor parte del proceso está a cargo del sector salud**, que, por las debilidades de la red de servicios, en especial en las áreas rurales, **no siempre está en condiciones de cumplir con la implementación de manera óptima sin recursos adicionales.**

214. En cuanto a la entrega a los beneficiarios, no está claro el número de veces que cada niño/niña recibe el alimento, especialmente en los dos primeros años (o no se cumple el número de entregas establecidas por niño/niña)¹¹⁷. Está claro que, **si un niño recibe el alimento solo por unos pocos meses, el efecto en el estado nutricional será reducido.**

215. **El personal de salud está motivado con la intervención** y cumple con promocionar el alimento, en el sentido de darlo a conocer, comunicar la fecha de distribución, distribuir el alimento a las madres, incluso llevándolo a las viviendas y, en ocasiones, explicar su uso adecuado. **Pero enfrenta dificultades que limitan su trabajo** a nivel de infraestructuras y de recursos. En cuanto a las infraestructuras, se señala la falta de medios de transporte para llevar el alimento a las comunidades cuando las madres o padres no acuden al servicio y la falta de espacio en los servicios de almacenamiento del ACF. Por su parte, a nivel de recursos, se identifica la falta de tiempo y de mayor número de personal en los servicios de salud, pues las enfermeras y auxiliares de enfermería tienen mucha carga de trabajo con la administración de los diferentes programas del sector y pueden considerar Nutriñiños como una carga adicional, no teniendo tiempo suficiente para el proceso educativo y las demostraciones sobre el uso del alimento.

“Sabemos que, en clínica de niños sanos, una enfermera no tiene el tiempo suficiente para dar un plan educacional para el uso del alimento. Que de repente puede dar algunas indicaciones muy generales, pero son cortas y a veces las olvidan o no las valoran. Yo creo que sí se necesita el personal suficiente como para poder trabajar esa parte de educación alimentaria, ese cambio para la aceptabilidad, porque no es un insumo que tenga pertinencia cultural.” (Mujer, nutricionista de las Áreas de Salud).

216. En cuanto a la preparación del alimento, cuando se produce el trabajo educativo, las demostraciones y capacitaciones por parte del personal de salud, suele producirse un efecto positivo en la forma como se prepara el ACF,

“Para que a un niño, pues, de buscar una mejor forma que este alimento, buscamos formas de cómo hacerlo con frutas y verduras, pues se hizo de zanahoria. Se hizo de banano, de mango, de güisquil y de pollo también. Lo que les gustó más fue lo de las frutas y verduras. ¡Que rico! Los niños pedían más. (Mujer, COMUSAN).

217. Por otro lado, la **estrategia de CCSC de la Gran Cruzada** trata de escalar las acciones orientadas a mejorar los comportamientos familiares en torno a la alimentación del niño/a pequeño/a y las madres, y es una oportunidad para coadyuvar en la mejora de las prácticas alimentarias. Se ha obtenido alguna información respecto de que el personal de salud recibió capacitación sobre consejería nutricional, aunque no se le ha dado seguimiento ni apoyo suficiente.¹¹⁸

218. **A nivel familiar existen factores que limitan la adecuada preparación y entrega**, especialmente en las familias en mayor situación de pobreza. Uno de estos factores es el acceso al agua, ya que un 18,7 por ciento de las personas usuarias entrevistadas indicaron que no tenían acceso a agua en su casa.¹¹⁹ Además, dentro de las personas que indicaron que tenían dificultades para preparar el alimento, un 32,1 por ciento remarcaron que el acceso al agua era una de ellas. Otros factores son la falta de utensilios para preparar los alimentos, las pobres condiciones de higiene en la vivienda y la falta de acceso a alimentos, que implica que el ACF sea muchas veces el único alimento que se le ofrece al niño/a y que se opte por compartirlo con toda la familia.¹²⁰

219. El monitoreo por parte de la SESAN es un instrumento que proporciona información valiosa sobre los conocimientos y práctica del uso adecuado del ACF. Sin embargo, no hay evidencia de la utilización que

¹¹⁷ Inicialmente, SESAN realizaba estimaciones del número de entregas, pero se interrumpieron por las diferencias entre meses de entrega.

¹¹⁸ De hecho, una buena parte de las personas informantes, tanto en los territorios como a nivel central, mencionan que sería necesario capacitar a las auxiliares de enfermería, para reforzar sus conocimientos en este ámbito, y especialmente para reforzar su capacidad de proporcionar consejería y educación a las personas que van a recoger el ACF.

¹¹⁹ Pese a que la mayoría de la población (81,3 por ciento) tiene acceso a agua en su vivienda, sólo una minoría tiene acceso a agua segura (30,8% a nivel nacional) según la línea de base de la GCNN.

¹²⁰ Según la encuesta a familias, el 47,6 por ciento de madres respondieron que el ACF se comparte con otros miembros de la familia como los hermanos/as mayores, la propia madre y en general todo el grupo familiar

se hace de esta información, ni del modo en el que retroalimenta la intervención para apoyar la toma de decisiones para mejorarlo. También es importante resaltar que los resultados de los monitoreos de SESAN son bastante alentadores. De hecho, mucho más alentadores que los resultados obtenidos en esta evaluación. Por ejemplo, a lo largo del 2022 los informes reportan porcentajes altos de madres que tienen conocimiento y practican la preparación adecuada del ACF en papilla, lo que difiere de los hallazgos de la encuesta a las personas usuarias y la opinión generalizada del personal comunitario e institucional contactado en la presente evaluación, que indican que la mayor parte prepara el alimento como atol.

220. Desde otro punto de vista, el sistema de información de rutina del sector salud (SIGSA) incluye información nominativa sobre la entrega del ACF. Sin embargo, al no ser necesario aportar el CUI, **las personas beneficiarias no quedan identificadas de forma única**, lo que es una dificultad adicional para el monitoreo de la cantidad de raciones que recibe un mismo niño/a.

221. Finalmente, el efecto del ACF en la nutrición infantil también se ve limitado por la persistencia de otros factores determinantes, como la falta de agua potable o la baja educación de la madre, o porque los niños y niñas no reciben la cantidad de dosis necesarias y hay discontinuidad en la distribución.

“Seguro, como lo hemos visto ahorita, y según las estadísticas que tenemos, que no hemos logrado dar más de cuatro veces a un mismo niño” (Hombre, funcionario del MSPAS).

3.6. ¿Hubo resultados inesperados positivos o negativos?

H36. Nutrin niños ha contado con resultados inesperados positivos (la entrega de ACF contribuye a incrementar la cobertura del monitoreo de crecimiento y existe cierta contribución a la mejora de la seguridad alimentaria de las familias en peor situación de pobreza), pero también negativos (se le añade azúcar para cambiarle el sabor, se ofrece el alimento en biberón, con los riesgos que conlleva para la nutrición, se reparte con toda la rapidez posible, con el riesgo de distorsionar parcialmente la entrega y contribuye a perpetuar los roles de género).

222. Se han identificado seis resultados inesperados, dos de los cuales pueden valorarse como positivos y cuatro como negativos. Empezando por los positivos:

- El personal de salud de diferentes lugares menciona que tiene la percepción de que la entrega del ACF mejoró la asistencia de las madres a los servicios de salud y por tanto **contribuyó al incremento de la cobertura de vacunaciones y del control de peso y talla**. De hecho, hacer coincidir en el tiempo el día de recogida del ACF y del monitoreo de crecimiento fue una estrategia buscada, que ya iba en esa dirección. Según se reportan en diferentes DAS y centros y puestos de salud, las mujeres que van al monitoreo del crecimiento reclaman que se les dé el ACF.
- Como consecuencia de la dilución intrafamiliar, y aunque no era lo que se buscaba, el hecho de que toda la familia o, al menos todos los niños y niñas de la casa, consumiesen el ACF ha contribuido a una **mejor seguridad alimentaria en condiciones muy difíciles** (por ejemplo, durante la pandemia). El equipo evaluador no dispone de evidencias para cuantificar en qué medida se ha producido este fenómeno, pero ha recogido diversos testimonios de que ha sido así en el caso de las familias con menos recursos.

“Incluso, le sirven también como un pequeño gancho a los compañeros de salud para que todas las personas puedan llegar a los puestos y de la misma forma poder evaluarlo. Porque cuando no hay algo que se les va a entregar, a veces cuesta un poquito que las personas lleguen, pero a través de esto, cuando escuchan que se les va a entregar algo, las personas llegan a recoger su alimento y de igual forma se hace el monitoreo.” (Hombre, monitor SESAN)

“Porque ya se ha arraigado eso en los puestos de salud, de que cada vez que ellas vienen a monitoreo de crecimiento preguntan por su Nutrin niño.” (Mujer, monitorea SESAN).

223. Los resultados inesperados que pueden considerarse negativos son:

- En los centros y puestos de salud, por no contar con buenas condiciones de almacenamiento y para reducir el riesgo de tener que asumir responsabilidades si el alimento se malogra, el objetivo

de las auxiliares de enfermería, una vez que llega el envío de ACF, es **repartir el producto tan pronto como es posible, lo que en algunos casos ha generado distorsiones en la entrega** (entrega de raciones mayores a la estipulada o a niños o niñas que no se encuentran en el rango de edad focalizado). Si bien buscar la rapidez en el reparto es muy frecuente, solo se han detectado casos aislados en los que la entrega no ha cumplido con todos los requisitos. Lo que sí es general es que la mayor parte de las auxiliares de enfermería y algunas nutricionistas consideran que se ha hecho un buen trabajo si el alimento se distribuye rápidamente.

- Las madres **incorporan grandes cantidades de azúcar al alimento complementario durante su preparación**. Esto no solo modifica su sabor, sino también la composición del ACF, introduciendo cantidades de azúcar no recomendables para los niños y niñas que se encuentran en estas edades¹²¹.
- Las madres mencionan que **dan el atol en biberón**, lo que perjudica la nutrición, pues se conoce que el biberón es un utensilio que no garantiza una buena higiene y además puede interferir con la lactancia materna, como refieren algunos estudios realizados especialmente en países en desarrollo.^{122 123, 124}
- Nutrinifos no busca la igualdad de género en su diseño ni en su implementación, sin cuestionar el reparto de roles tradicionales. En la práctica, ello contribuye a **perpetuar esos roles**, que atribuyen a las madres, en exclusiva, el cuidado y la alimentación de hijos e hijas.

¹²¹ Según las normas de la OMS, es negativo agregar azúcar a los alimentos que reciben los bebés.

¹²² La OMS desaconseja el uso de biberón si no hay condiciones para una buena higiene como la disponibilidad de agua, además está asociado con la terminación temprana de la lactancia materna.

<https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/359>

¹²³ Batista CL, Ribeiro VS, Nascimento MD, Rodrigues VP. Association between pacifier use and bottle-feeding and unfavorable behaviors during breastfeeding. J Pediatr (Rio J). 2018;94:596-601.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755717303273>

¹²⁴ R. Rigotti, M. Oliveira, C. Boccolini. Association between the use of a baby's bottle and pacifier and the absence of breastfeeding in the second six months of life. Cien Saude Colet, 20 (2015), pp. 1235-1244.

<https://www.scielo.br/j/csc/a/v5bRLDr6v6swctjLxNqSz8j/?lang=en>

P.E.5. ¿HASTA QUÉ PUNTO LAS PERSPECTIVAS DE GÉNERO E INCLUSIÓN FUERON INTEGRADAS EN LA PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y MONITOREO DE NUTRINIÑOS?

224. Más allá de las consideraciones de género mencionadas a lo largo del informe, este apartado responde directamente a la pregunta sobre el grado de incorporación de estas perspectivas en Nutrin niños. La respuesta se divide en dos subpreguntas: la primera se refiere a su integración en el diseño y planificación inicial, y la otra a su inclusión en la ejecución y monitoreo de las actividades.

5.1. ¿En qué medida la planificación inicial tomó en cuenta los objetivos y estrategias del Gobierno de Guatemala y del PMA en respecto a igualdad de género, equidad e inclusión y fue informada por un análisis de género y equidad?

H37. La perspectiva de género no está incluida en la formulación de la intervención, ni en su planificación inicial. No existe un diagnóstico que la incluya, ni se ha realizado un análisis de género; no se incluye un objetivo específico en materia de género y sus lineamientos técnicos dan por supuesto que el rol de la alimentación y el cuidado es de las mujeres, sin cuestionarlo ni plantear alternativas. Por esta razón, la intervención no se puede considerar alineada con la política de género del gobierno ni con la del PMA.

225. Difícilmente se puede incorporar la perspectiva de género en el diseño y planificación inicial, ya que no se produce un diseño propiamente dicho, como ya se ha mencionado. **Tampoco existe un diagnóstico específico** y el único documento de referencia es la línea de base de la GCNN, que constituye un estudio poblacional, nutricional y de alimentación de gran amplitud. En el estudio, las variables sociodemográficas y algunas otras referidas al estado nutricional se desagregan por sexo.

226. **La línea de base no incluye un análisis de género**, ya que no dedica un espacio a analizar las diferencias en los roles que desempeñan mujeres y hombres en el ámbito de la alimentación y el cuidado de los hijos e hijas y en la toma de decisiones respecto a ellos. No analiza tampoco sus diferentes niveles de poder, ni sus necesidades, limitaciones y oportunidades específicas, así como el impacto de estas diferencias en sus vidas. Por ello, y desde esta otra perspectiva, **no se incorpora la perspectiva de género** en su planificación inicial.¹²⁵

227. Los objetivos a los que se dirige Nutrin niños tampoco se expresan en estos términos y **no se establecen objetivos específicos en materia de género**, lo que es especialmente importante en el proceso que va desde la entrega del alimento a las familias hasta su consumo. Además, no se definieron indicadores para valorar el nivel de logro alcanzado, ni cuantitativos ni cualitativos. Ello se relaciona con su ausencia de metas, especialmente en términos de cobertura.

228. Por otra parte, los Lineamientos Técnicos se refieren a las **mujeres como únicas cuidadoras de los niños y niñas**, sin tener en cuenta la posibilidad de que el padre también participe en este rol. Esto refuerza la división tradicional de roles y agrega carga y responsabilidad adicional a la mujer.

229. Es decir, desde el comienzo de la intervención existe la conciencia de que son las mujeres quienes de manera casi exclusiva recogen y preparan el ACF y que serán ellas quienes alimenten a los niños y niñas. Sin embargo, **este conocimiento no se ha tenido en cuenta para el diseño de actividades específicas** dirigidas a contribuir a cambiar la situación, entre ellas actuaciones de sensibilización y capacitación en género de las usuarias del servicio.

230. También es posible analizar la **alineación y coherencia de Nutrin niños con las políticas de género** del gobierno y de las instituciones que participan en él y, en concreto, con la Política Nacional de Promoción y Desarrollo Integral de las Mujeres (PNPDIM) y el Plan de Equidad de Oportunidades -PEO- 2008-2023, ya comentados anteriormente, así como con la Política del Programa Mundial de Alimentos en materia de género para 2022-2026. Se incorporan al análisis las valoraciones realizadas por las personas

¹²⁵ Una de los informantes mencionó que la GCNN sí tuvo en cuenta la perspectiva de género, así como la PNPDIM y el PEO, pero no se definieron mecanismos específicos para Nutrin niños.

entrevistadas y, más en particular, de las unidades de género que han participado en el proceso (las del MSPAS y el PMA).

231. **La PNPDIM y el PEO- 2008-2023** tienen el objetivo de avanzar en la aplicación de los derechos económicos, sociales, políticos y culturales de las mujeres mayas, ladinas, garífunas y xincas. Como se ha mencionado en apartados anteriores, los objetivos específicos de la política nacional son la verificación, monitorización y seguimiento de la Política, así como la evaluación de los efectos que su aplicación tiene para la vida de las mujeres. El PEO, por su parte, tiene como objetivo específico integrar los ejes y metas de la PNPDIM en las políticas generales y específicas de las instituciones del Organismo Ejecutivo.

232. Entre los doce ejes en los que se articula el PNPDIM, algunos incluyen sub-ejes relacionados con la participación autónoma de las “mujeres mayas, garífunas, xincas y mestizas” en la economía, pero también en el acceso a los servicios de salud con pertinencia cultural o su derecho a acceder al mercado laboral en paridad de condiciones. **Ninguno de estos elementos se encuentra presente en Nutrin niños** ni en sus documentos jurídicos iniciales (convenio, adendas, acuerdos) o técnicos (lineamientos), donde no hay ninguna referencia a los derechos específicos de las mujeres ni a su empoderamiento.

233. Por otra parte, como se ha señalado en las entrevistas con las unidades de género, el PEO no es el único documento que introduce la obligatoriedad de incorporar la perspectiva de género en todas las intervenciones públicas, sino que otros planes y estrategias de género de carácter más institucional también señalan esta necesidad. En la misma línea, desde la firma de los acuerdos de paz se estableció que todas las instituciones gubernamentales vinculadas al despacho de los ministerios debían contar con una unidad de género que les asesorara. Según la información recogida, esta obligatoriedad se está aplicando solo parcialmente, ya que estas unidades no tienen una participación activa en los programas, ni financiación, ni mucha capacidad real de actuación. De hecho, en el caso del ACF, **las unidades de género no han participado en el diseño ni en la implementación** y tampoco estaban enteradas de su existencia hasta las fases finales, **por lo que se perdió la oportunidad de integrar su enfoque y consejería.**

234. En lo que concierne a **la política de género del PMA**, en sus primeras etapas se buscó la incorporación de las mujeres a los procesos de toma de decisión y en la política de 2015-2020 se hace responsable a todo el personal del cumplimiento de la política de género. La actual Política del PMA en materia de género para 2022-2026 se centra en mejorar los mecanismos de identificación de las intervenciones y en garantizar la participación de las personas a lo largo de todo el proceso. Se considera imprescindible realizar un análisis de género antes de comenzar cualquier intervención, para poder poner en marcha una estrategia doble de incorporación transversal de la perspectiva de género y de definición de medidas selectivas. Nutrin niños **no contempla ninguna de las vías de la estrategia, por lo que no resulta coherente con la política del PMA en la materia.**¹²⁶ Tampoco incluye ninguna línea de trabajo que vaya dirigida a **transformar las relaciones de género,**¹²⁷ por lo que su implementación no tendrá ninguna capacidad de incidir sobre la situación de desigualdad previa. Finalmente, los datos que se ofrecen en los Lineamientos Técnicos del ACF, **no están desagregados por sexo** para entender la situación diferenciada de niñas y niños, así como de las cuidadoras y cuidadores.

¹²⁶ Es cierto que en el momento de publicación de la política actual, Nutrin niños ya se encontraba en marcha. Por tanto, este análisis debe entenderse, sobre todo, como “una advertencia” de cara al diseño de nuevas intervenciones que incluyan alimentos complementarios.

¹²⁷ De hecho, refuerza los estereotipos tradicionales de género.

5.2. ¿En qué medida la ejecución y monitoreo de las actividades de Nutrin niños tuvieron perspectiva de género (enfoques diferenciados, datos desagregados, etc.)?

H38. Las instituciones identifican que no cuentan con suficiente personal capacitado en materia de género, pero apenas se plantean procesos de capacitación y sensibilización para mejorar la situación. Por último, la CCSC no incluyó la igualdad de género entre sus objetivos.

H39. El monitoreo de Nutrin niños se orienta en su totalidad a las madres y no se realiza ninguna desagregación de datos. Las estadísticas de población beneficiaria sí lo hacen. Las Unidades de Género de las instituciones no han tenido ninguna presencia en el monitoreo de la intervención.

H40. Las madres siguen siendo quienes se ocupan, casi en exclusiva, del cuidado y alimentación de hijos e hijas, con unos padres ausentes de esta función, que no se sienten interpelados por estas responsabilidades.

H41. No existen diferencias significativas entre niños y niñas en ninguna variable de consumo ni de diversidad de alimentos. Sí que existen, sin embargo, cuando los datos se analizan por pueblo de pertenencia, lo que muestra una mayor situación de vulnerabilidad y de inseguridad alimentaria de la población maya frente a la ladina.

235. Si el diseño no tenía en cuenta el enfoque de género, es poco probable que su implementación, lo tenga. Efectivamente, **no se han contemplado actuaciones de sensibilización ni de mejora de las capacidades individuales ni institucionales para poder aplicar el enfoque de género**. La sensibilización y capacitación es necesaria de manera transversal en los niveles centrales de las instituciones, pero también en sus estructuras territoriales, tanto departamentales como municipales y locales. Diversos informantes (no solo las Unidades de Género) han reconocido que el **personal involucrado en Nutrin niños no cuenta con las capacidades necesarias para incorporar un enfoque de género e inclusión** (recursos, personal, etc.) y que también sería necesario proporcionarles capacitación sobre cuestiones como la desagregación de los datos de personas beneficiarias por sexo.

“De pronto ahora te dicen, el simple hecho de pedirles datos desagregados por sexo, ya es así como, ¿y eso para qué sirve? Si es de desnutrición, no importa que sean niños o niñas.” (Mujer, Unidad de Género).

236. En las entrevistas a los funcionarios del MSPAS, por ejemplo, se menciona que no se cuenta con un diagnóstico específico del nivel de conocimientos y capacidad de acción del personal de salud en términos de género, de hasta qué punto lo conoce y valora su importancia y significado. Sin embargo, se han recogido numerosas declaraciones respecto a que las auxiliares de enfermería, por ejemplo, no cuentan con bagaje específico en esta materia. Al ser ellas las responsables de la mayor parte de las labores de consejería a las personas usuarias del servicio, esta limitación supone un riesgo de que los mensajes que se transmitan perpetúen esta división de roles e, incluso, que se traduzcan en comportamientos “desempoderantes”. Por tanto, sería necesario pensar en un nuevo abordaje que facilite la sensibilización y una mayor comprensión de cómo afectan estas cuestiones a las personas usuarias.

237. La norma de género del MSPAS recoge que es necesario atender a las personas desde la perspectiva de género, por lo que, aunque no exista un diagnóstico como tal, puede afirmarse que **no se están realizando suficientes capacitaciones de género**, no solo al nivel de centros y puestos de salud, sino también en el resto de los niveles de la institución. También se resalta la importancia de que los procesos de **sensibilización y capacitación en género** no se limiten a esfuerzos puntuales, ya que, si realmente se desea promover un cambio de comportamiento en este sentido, es necesario que **se mantenga en el tiempo, entendiendo que los cambios se producirán de manera progresiva**.

238. Desde otro punto de vista, en Nutrin niños se encontraba prevista la realización de una **campaña CCSC**, dirigida a mejorar la comprensión de la importancia de la alimentación complementaria y del ACF, así como a fomentar su adecuada preparación y uso. Según la información de la que dispone el equipo evaluador¹²⁸, en esta campaña, dirigida fundamentalmente a las instancias interinstitucionales de los

¹²⁸ En este caso, las entrevistas con las unidades de género y la revisión del documento de estrategia de CCSC.

diferentes niveles territoriales, **nunca se planteó la inclusión del enfoque de género**, de manera que pudiera también fomentarse una mayor compartición de estas funciones entre hombres y mujeres, por lo que, desde este punto de vista, puede entenderse que constituye una oportunidad perdida para incidir en estos aspectos, ya que difícilmente puede transformarse el comportamiento si previamente no hay conocimientos y una actitud positiva hacia el cambio.

239. En el taller de contraste de la teoría del cambio realizado en la primera etapa de la evaluación se recogieron varios testimonios, procedentes de varias de las instituciones que participan en Nutrin niños que mencionaron la **importancia de incorporar aspectos de promoción para el cambio de comportamiento desde la perspectiva de género e interculturalidad**, dirigidos a las comunidades. Igualmente, se recogía, ya en esas primeras etapas de la evaluación la recomendación de que se incluyese de forma clara y directa los mensajes de género tanto en las consejerías como en los monitoreos que se realicen. Además, se resaltaba que debían definirse indicadores específicos para poder comprobar en qué medida los mensajes se incorporaban y podían contribuir, efectivamente a un cambio de comportamiento.

240. Desde las unidades de género entrevistadas se defiende que sería necesario dirigir estas actuaciones de consejería también a los padres y a los cuidadores masculinos. La experiencia de esta evaluación es que los hombres no se sienten aludidos por la temática de la alimentación y nutrición de sus hijos e hijas. Por tanto, pensar que los hombres van a desplazarse al establecimiento de salud donde podrían recibir la consejería puede ser poco realista. La recomendación que se hacía desde una unidad de género entrevistada era hacer llegar los mensajes clave a los lugares donde están los hombres, a través de otros agentes, mientras en paralelo son las mujeres las que son reforzadas en los centros sanitarios.

241. En relación con el monitoreo de la intervención, los informes cuatrimestrales recogen las percepciones de las personas usuarias sobre Nutrin niños e identifican si se están cumpliendo las pautas a la hora de la entrega del ACF, de su preparación y de su consumo en el hogar. Para su realización, los monitores de SESAN se basan en unos cuestionarios que deben ir rellenando con la información que las personas cuidadoras de los niños y niñas van aportando. Por ello, analizar su contenido permite detectar la presencia o ausencia del enfoque de género en su elaboración.

242. En primer lugar, **las preguntas que contiene van orientadas a las madres**. Es decir, se presupone que serán ellas las encargadas del cuidado de los niños y niñas. Ello se detecta especialmente en los títulos de los grupos de preguntas y en las orientaciones que se proporcionan a los monitores, que son quienes se encargan de recoger las respuestas. Se encuentran formulaciones del tipo: “preguntas para madres que reciben ACF por primera vez” o “conocimiento de la madre en la preparación de ACF”. Otra muestra de que se da por supuesto que serán las madres quienes responderán es que no se pregunta la relación entre la persona entrevistada y el niño o niña que recibe el ACF, por lo que no es posible identificarla.

243. En consecuencia, estos datos nunca son desagregados por sexo de la persona que responde (normalmente, la persona que acude al establecimiento de salud a recoger el alimento), pero tampoco de las niñas y niños beneficiados, ya que este dato tampoco se pregunta. Los datos que se presentan tampoco muestran un lenguaje inclusivo, ya que en todo caso se refieren a la niñez beneficiaria como “niños” o “hijos”.

244. Las **estadísticas de personas beneficiarias** que la SESAN elabora a partir de las bases de datos del MSPAS **sí recogen datos desagregados por sexo**, aunque no siempre: en 2021, solo el informe publicado en abril de 2022 incluía esta desagregación (en concreto, un gráfico de niños y niñas que fueron beneficiarios/as de ACF en ese año). No obstante, los informes que se presentaron en el año 2022 incluyeron datos desagregados no solo por sexo, sino también según discapacidad y por etnia y comunidad lingüística. Dado que son datos de personas beneficiarias, estos informes tampoco incluyen información sobre el sexo de la persona que se encarga de recoger y preparar el alimento y de dárselo al niño o niña, por lo que no existe ninguna fuente que refleje esta cuestión.

245. Aun así, es posible extraer algunos datos de la información facilitada por las enfermeras auxiliares y de otro personal de salud, quienes señalaron que **la representación de padres en las consultas o monitoreos de crecimiento y en la recogida del ACF es muy escasa**, pues lo usual es que la tarea de cuidado de las niñas y niños sea realizada por la madre. Asimismo, en los talleres participativos realizados por el equipo evaluador, no hubo participación de padres o cuidadores masculinos, a pesar de que se buscaba explícitamente, lo cual vuelve a incidir en su ausencia de los cuidados de hijos e hijas.

246. Los datos de la encuesta realizada a personas usuarias muestran que un **99 por ciento de las personas que fueron entrevistadas eran mujeres**, fundamentalmente madres, lo que refuerza esta dedicación casi exclusiva. La encuesta muestra también que **las madres siguen siendo quienes llevan principalmente la carga del cuidado de los niños y niñas**. En concreto, al preguntar por la persona encargada de preparar el ACF en el hogar, un 98 por ciento eran las madres y un 2 por ciento eran las abuelas (gráfico 29). Finalmente, las personas que dan de comer principalmente a los niños y niñas beneficiarios de ACF (gráfico 29) son las madres en un 97 por ciento de casos, y las abuelas en un 2 por ciento, de manera que la presencia de los padres en estas funciones puede considerarse anecdótica. Esta distribución muestra una **clara división en los roles de la familia en función del género**, y la **casi inexistente implicación de los padres en la recogida, preparación y uso del ACF en los hogares**.

Gráfico 29. Persona encargada de preparar y dar el ACF en función de su relación con el niño o niña



Fuente. Encuestas a personas usuarias

247. Además, no existen datos de **resultados** desagregados por sexo. En los grupos focales con monitores se argumentó que en esta intervención la desagregación no era necesaria porque no existían diferencias por sexo en los patrones de alimentación.¹²⁹ Algo similar mencionaron las nutricionistas que participaron en grupos focales. De hecho, indicaron que las últimas mediciones mostraban que hay más niños que niñas en situación de desnutrición crónica, lo mismo que mostraban, por ejemplo, los datos de la línea de base de la GCNN. No obstante, si los datos no se desagregan, no es posible conocer con precisión si existen diferencias o no.

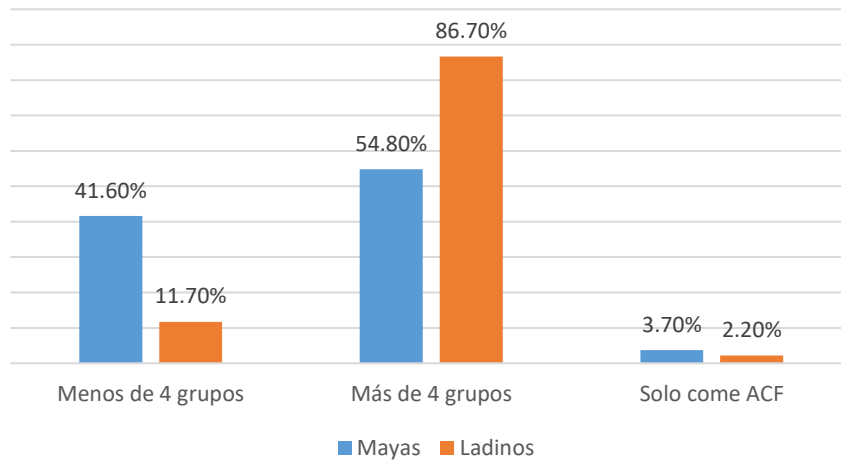
248. Los datos de la encuesta a personas usuarias realizada en la evaluación ofrecen datos similares: **no hay diferencias significativas por sexo en ninguna variable de consumo de ACF¹³⁰** (cantidad, número de veces al día, número de veces por semana), **ni de diversidad de alimentos. Tampoco para la variable del estado nutricional del niño o niña reportado por la madre.**

249. En cambio, **sí que se encuentran diferencias significativas cuando se analizan los resultados por pueblo de pertenencia** (gráficos 30 y 31). En primer lugar, se observa que hay una mayor proporción de niños y niñas mayas que consumen menos de 4 grupos de alimentos (de los recomendados por OMS) que niños mestizos. Por otra parte, se identifica una mayor proporción de niños/as mayas que tienen bajo peso reportado por la madre, según lo que le indicó el personal de salud. Estos datos muestran una situación de **mayor vulnerabilidad nutricional y de inseguridad alimentaria de la población maya frente a la población ladina.**

¹²⁹ Puede que no existan diferencias en el modo en el que se les alimenta, pero sí en su valoración. En la sesión con una COMUSAN de Alta Verapaz, se mencionaba que aún en la actualidad era frecuente darle a la madre que acababa de dar a luz, para su recuperación, un caldo de pollo, si había tenido un niño, pero solo un huevo, si era una niña.

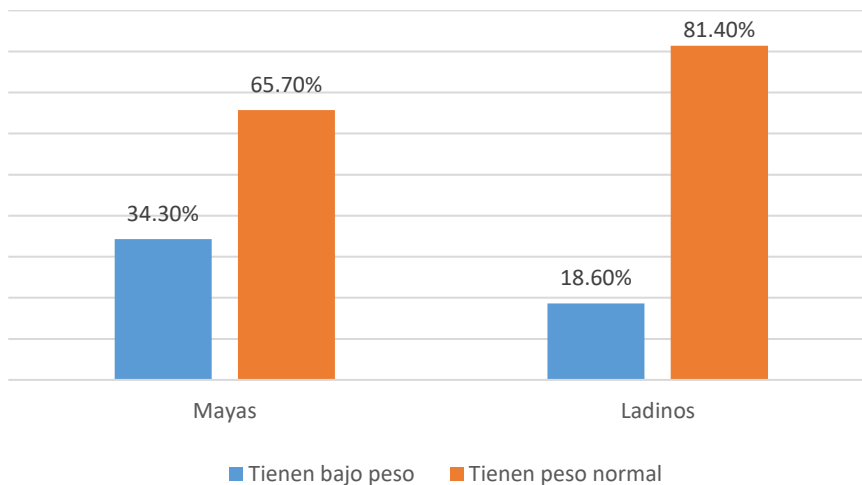
¹³⁰ No se han analizado otros patrones de alimentación. Solo el del ACF.

Gráfico 30. Porcentaje de niños mayas y ladinos en función del número de grupos de alimentos que consumen¹³¹



Fuente: encuesta a personas usuarias

Gráfico 31. Porcentaje de niños que se encuentran con peso normal y bajo peso en función a su pueblo de pertenencia¹³²



Fuente: encuesta a personas usuarias

250. En resumen, **el enfoque de género en la ejecución de Nutrin niños y en su monitoreo es claramente mejorable**. Un factor que ha podido incidir es la total ausencia de las Unidades de Género de las instituciones no solo en la fase de formulación de la intervención, sino también en las reuniones de seguimiento que se han venido celebrando semanalmente. Cuando se pregunta a las instituciones sobre las razones por las que no están presentes, la respuesta es que simplemente no lo han pensado, pero que no habría inconveniente en hacerlo. De hecho, este puede ser un factor de mejora importante, porque de este modo se podría incorporar su mirada y su consejería sobre el conjunto del proceso, y son quienes se encuentran capacitadas para impulsar los cambios en las instituciones y programas.

¹³¹ Significatividad <.001

¹³² Significatividad <.001

3. Conclusiones, recomendaciones y lecciones aprendidas

3.1. CONCLUSIONES

251. A continuación, se muestran las conclusiones obtenidas del ejercicio de evaluación, que han sido clasificadas por pregunta principal de evaluación.

P.E. 1. ¿En qué medida Nutriniños mantiene coherencia con las principales políticas y estrategias de prevención de desnutrición e igualdad de género por parte de MIDES, MSPAS, SESAN y del PMA y del Gobierno de Guatemala en general?

Conclusión 1. Nutriniños es coherente con las políticas nacionales de nutrición, pero no con las de igualdad de género. En su formulación no se han incorporado los aprendizajes derivados de experiencias de ACF anteriores y sus evaluaciones, ni se ha realizado un proceso de diseño como tal.

252. Nutriniños es coherente con los objetivos y estrategias de las principales políticas y planes nacionales de reducción de la desnutrición y constituye una estrategia válida, desde este punto de vista, para el mejoramiento de la alimentación complementaria de los niños y niñas en sus primeros dos años de vida, especialmente en los grupos de menores recursos. No obstante, el diseño vertical sin tomar en cuenta la participación de la población y las limitaciones en su enfoque de género hace que la intervención no sea coherente con aspectos específicos que promueven las políticas nacionales.

253. Desde otro punto de vista, Nutriniños constituye una acción muy específica en el marco de un plan integral de lucha contra la desnutrición como la Gran Cruzada Nacional. Sin embargo, no se han encontrado evidencias de que se beneficie de estar dentro de ese marco, ya que no se han identificado sinergias con otras actuaciones realizadas por las mismas instituciones que participan o por otras con intereses compartidos, que tengan otras funciones en la GCNN.

254. Además, Nutriniños no se ha aprovechado totalmente de los aprendizajes obtenidos a partir de las evaluaciones de intervenciones anteriores de alimentos complementarios. En concreto, la evaluación de Mi Comidita muestra hallazgos y conclusiones muy similares a los evidenciados por esta evaluación, sin que en el momento de formulación de la nueva intervención se hayan tenido en cuenta para tratar de superar las dificultades. Este hecho establece una cautela de cara a posibles intervenciones futuras, que cuentan con una base importante de aprendizajes sobre los que construir.

255. Finalmente, no existe un documento explícito de concepción integral de la intervención, que incluya una teoría de cambio y, por tanto, una base para el monitoreo y la evaluación de productos, resultados y efectos.

P.E.2. ¿En qué medida se ha proporcionado asistencia de manera diferenciada en áreas geográficas y grupos de poblaciones priorizados, de acuerdo a sus necesidades y a demanda del MSPAS e instancias locales (CODESAN, COMUSAN, COCOSAN)?

Conclusión 2. Varios desafíos iniciales de la cadena suministro se han podido ir resolviendo de forma satisfactoria (como el transporte). Sin embargo, también se han detectado problemas estructurales, fuera del alcance de los socios de Nutriniños (limitaciones en la disponibilidad del producto, por ejemplo) y otros que requieren tiempo y recursos para paliar sus efectos (retos en la distribución a la población)

256. En general, los primeros eslabones de la cadena de suministro, desde la compra del alimento al almacenamiento en las bodegas del PMA han estado funcionando bien, más allá de la falta de disponibilidad de producto suficiente en algunos mercados, que ha conducido a cambios de color, textura y sabor en el producto que han afectado a su aceptabilidad. Este es un desafío que queda fuera del control de las instituciones participantes.

257. En el resto de la cadena, las mayores oportunidades de mejora se presentan en la coordinación para el transporte a los servicios de salud, su almacenamiento en esos mismos servicios y la distribución del alimento a las personas beneficiarias. Los cuellos de botella se refieren a la descoordinación de los horarios de llegada del alimento, la falta de espacios adecuados para el almacenamiento en los servicios y la falta de transporte para la distribución a las comunidades.

Conclusión 3. La asistencia se ha ajustado a las demandas del MSPAS (en cantidad y calidad), que se formulan según la capacidad instalada y la población que ya es usuaria del centro, pero no tanto según las necesidades existentes, que superan el volumen de los pedidos. El alcance real de Nutrin niños queda limitado por ello y por las capacidades del personal responsable de la distribución, que se encuentra sobrecargado y con dificultades para realizar la labor de consejería y comunicación para el cambio de comportamiento.

258. De manera general, la llegada de alimento a los establecimientos de salud se ajusta a las demandas y necesidades expresadas por estos, tanto en términos temporales, como de cantidad y calidad de producto. De hecho, la mayor parte del personal que distribuye el alimento a la población considera que le llega en cantidad suficiente y con una calidad adecuada.

259. Sin embargo, la distribución del alimento no es continua, debido a que la demanda de los servicios de salud es frecuentemente conservadora, por temor a que el producto llegue a la fecha de vencimiento sin que se haya podido entregar.¹³³ Por ello, para su cálculo se parte de la población que ya es usuaria de los servicios de salud, así como de la capacidad instalada para su distribución, sin plantearse, en general, ampliaciones de cobertura. Esto se encuentra en línea con lo que establece el Convenio, pero limita el alcance de la intervención. Es decir, el ajuste a la demanda no significa que se esté llegando a toda la población que lo necesita.

260. En términos cuantitativos, las capacidades instaladas no son suficientes para lograr una ampliación de cobertura absoluta (el número de niños y niñas que participan), ni de intensidad (el número de entregas que se realiza para cada niño o niña), debido a la sobrecarga del personal de salud. Cualitativamente, las capacidades del personal de los puestos de salud son básicas, lo que dificulta la asunción del rol de las auxiliares administrativas más allá de la entrega del alimento.

261. La labor de consejería a las personas usuarias se ve afectada por estas limitaciones de capacidades, lo que supone que no se realiza de manera consistente, reforzando los mensajes en cada nueva entrega. También por el déficit existente en las competencias del personal sanitario en términos de género, que se extiende en todos los niveles de organización de las instituciones.

Conclusión 4. La asistencia se ha prestado de manera diferenciada en áreas geográficas y grupos poblacionales priorizados, si bien existen grupos específicos que quedan fuera, en particular, las personas que viven en comunidades más alejadas que no cuentan con medios de transporte. Los padres no participan en esta actividad, por lo que la responsabilidad de recoger el alimento recae sobre las madres.

262. Desde el punto de vista geográfico, el ACF comenzó llegando a las zonas donde se encuentra la población más vulnerable o en mayor riesgo de inseguridad alimentaria y desnutrición. Las sucesivas ampliaciones del ámbito geográfico y poblacional de la intervención disminuyeron su focalización, aunque no la pertinencia de la selección de población beneficiaria, ya que las condiciones de riesgo se habían extendido a un mayor volumen de la población en situación de vulnerabilidad por circunstancias sobrevenidas.

263. En términos de poblaciones específicas, el alimento no llega con la suficiente amplitud a las comunidades más aisladas, por la lejanía al establecimiento de salud. En concreto, existen especiales dificultades para las madres, que son quienes de manera casi exclusiva recogen el alimento, ya que deben desplazarse a pie, en ocasiones con cargas muy pesadas. Se constata que los padres no participan en este proceso.

¹³³ Tampoco es posible redistribuirlo entre zonas.

P.E.3. ¿Cuáles son los resultados que ha obtenido la entrega del ACF respecto su población meta?

Conclusión 5. Según las percepciones, el ACF es aceptado por las familias, tendría efectos positivos en la ganancia de peso de los niños y niñas y en el mejoramiento del acceso a alimentos de las familias de menores recursos, sin embargo, como se ha podido observar en la evaluación, sus efectos en el estado nutricional de los niños y niñas se ven disminuidos por diferentes factores: desde la insuficiencia en el número de raciones entregadas en comparación con los lineamientos del uso del ACF, hasta la forma de preparación y uso del alimento determinado por preferencias culturales y que no se adecua a las recomendaciones.

264. El alcance de Nutrin niños fue del 88,7 por ciento del total de niños y niñas destinatarios con al menos una entrega, pero la gran mayoría de niños y niñas no estaría recibiendo el número de raciones recomendado de acuerdo a su edad. Con carácter general, los datos de niños y niñas que reciben ACF, al menos una vez, muestran un buen balance por género (50,7 por ciento de niñas frente a un 49,3 por ciento de niños) y una mayor cobertura de la población indígena (62,56 por ciento del total de población beneficiaria).

265. Desde otro punto de vista, el potencial efecto de la intervención en la ingesta de nutrientes y estado nutricional de los niños y niñas es limitado, debido al inadecuado uso por parte de las familias en cuanto a la forma de preparación, cantidades y frecuencia del consumo, que no siguen las pautas recomendadas, además de que el alimento frecuentemente es compartido con otros miembros de la familia, especialmente con el resto de los hijos e hijas, sobre todo en periodos en los que las familias disponen de menos recursos.

266. La evidencia, además, sugiere que el 20,7 por ciento de niños y niñas de 6 a 8 meses y 8,3 por ciento de 9 a 11 meses no lo reciben como alimento complementario, sino como alimento único, lo que disminuye aún más su contribución potencial a la mejora de la nutrición.

267. El alimento es aceptado por la mayor parte de las madres, quienes lo consideran valioso para los niños y niñas. No obstante, la forma de preparación recomendada, aunque nutricionalmente adecuada, no es acorde con la cultura: la evidencia recogida en la evaluación indica que las madres preferirían un alimento que se pueda preparar en atol, y quizá tenga un sabor diferente.

268. Nutrin niños ha generado efectos inesperados positivos, relacionados con el refuerzo cruzado con otras intervenciones (monitoreo de crecimiento) o con la contribución a la mejora alimentaria de las familias en situaciones muy difíciles. Otros efectos inesperados fueron negativos, algunos relacionados con el uso del alimento (darlo en biberón o añadirle azúcar), otros con la distribución a las familias (acelerar la entrega para disminuir el tiempo de permanencia en los centros de salud) y otros con la perpetuación de los roles de género.

P.E.4. ¿En qué medida la colaboración y coordinación entre las cuatro instituciones a los diferentes niveles fue eficiente y oportuna?

Conclusión 6. A nivel central, la colaboración y coordinación entre las instituciones ha sido buena. En los territorios, sin embargo, la coordinación no suele funcionar y en muchos lugares las relaciones entre las instituciones se encuentran deterioradas. La circulación de la información no ayuda, puesto que el alto grado de formalización de las estructuras hace que el flujo sea lento y a veces se vea interrumpido, especialmente cuando la información circula del nivel central a los territorios.

269. La colaboración y coordinación entre las instituciones muestra diferencias muy claras entre el nivel central y el departamental y municipal. A nivel central las funciones de cada socio están claras, especialmente en aquellos casos en los que son exclusivas de uno de ellos. En las funciones compartidas el grado de compromiso es menor. Por otra parte, frecuentemente las instituciones no están conformes con las funciones que se les asignaron, lo que es explícito y conocido por el resto de los socios. Aun así, a nivel central la colaboración y la coordinación ha sido satisfactoria, viéndose favorecidas por las reuniones de coordinación, que se han convertido en un mecanismo efectivo de coordinación estratégica y operativa.

270. En el nivel departamental y municipal, en los que el convenio no asigna funciones a los socios, la colaboración y coordinación ha sido menos frecuente, encontrando ejemplos de relaciones deterioradas entre todas las instituciones, y también con las instancias de coordinación territorial. La rigidez de funcionamiento en cada institución y lo formalizado de las comunicaciones internas (desde el nivel central

al territorial), no han contribuido al funcionamiento fluido de las relaciones, ya que dificulta el cumplimiento de los compromisos.

271. Podría afirmarse, como hipótesis, que esta función no es considerada como propia por parte de las instituciones, a excepción de la SESAN y no en todos los casos. Esta hipótesis apuntaría a dificultades de coordinación entre las instituciones en esta materia. Sin embargo, todas las personas responsables del **ACF a nivel central** mencionan que **la coordinación interinstitucional, en general, ha funcionado bien**.

P.E.5. ¿Hasta qué punto las perspectivas de género e inclusión fueron integradas en la planificación, ejecución y monitoreo del ACF?

Conclusión 7. Las perspectivas de género e inclusión no han sido integradas hasta el momento en ninguna fase de Nutri niños, ni en la formulación ni en la ejecución y monitoreo. Los materiales generados asumen que la tarea de cuidado y alimentación de hijos e hijas recae en exclusiva sobre las madres, lo que contribuye a perpetuar los roles tradicionales de género. Las capacidades de género en las instituciones se encuentran limitadas, especialmente en el nivel de atención directa a la población.

272. Las perspectivas de género e inclusión no se encuentran presentes en la formulación de Nutri niños. De hecho, la intervención refuerza los roles de género tradicionales por los que las madres tienen la responsabilidad única de la alimentación de sus niños y niñas, dificultando la identificación y abordaje de las brechas de género existentes en su cuidado.

273. La perspectiva de género tampoco está presente en su planificación, ni en su ejecución. No existe un diagnóstico previo que incorpore estas cuestiones, no se realizó un análisis de género, no existen indicadores específicos y los documentos generados dan por supuesto que el rol de alimentación y cuidado de niños y niñas es de las mujeres, sin cuestionarlos ni plantear alternativas. La estrategia de comunicación para el cambio de comportamiento tampoco incorpora estos enfoques ni contenidos específicos.

274. Por otra parte, el personal de las instituciones no suele contar con capacitación en género, incluso en los casos en los que la norma o la política establece que las personas beneficiarias deben ser tratadas de manera diferenciada. Finalmente, las Unidades de Género de las instituciones socias no han participado en él a lo largo de su existencia.

275. Sin embargo, a partir de 2022 las estadísticas de niños y niñas beneficiarias desagregan la información por sexo y por variables como pueblo, lengua materna o nivel educativo de las madres, lo que constituye un primer paso para conocer los posibles efectos diferenciados de unas y otros.

276. Desde otro punto de vista, la ejecución de Nutri niños no tiene en cuenta la igualdad de género: los enfoques son los mismos para niños y niñas y para las personas que recogen, preparan y usan el alimento, independientemente de su sexo.

Otras conclusiones

Conclusión 8. El alcance de las actuaciones de CCSC ha sido insuficiente para facilitar el logro de los resultados deseados, en términos de cambio de comportamiento alimentario con pertinencia cultural y transformación de relaciones de género. Además, no se ha aprovechado la oportunidad de generar sinergias con la estrategia desarrollada en el mismo ámbito por la GCNN.

277. A pesar de que la GCNN incluye una estrategia de comunicación para el cambio social y de comportamiento y que también lo hace el convenio del ACF, en la implementación de la iniciativa no se observan sinergias entre ambas ya que, en la práctica, se trató de una única estrategia, desarrollada desde la GCNN.

278. El trabajo en terreno apenas ha recopilado evidencias de la actividad desarrollada en este ámbito y las respuestas de la encuesta a personas usuarias muestra que casi la mitad de las que respondieron no habían recibido una demostración de la utilización del producto. Además, el personal institucional en terreno no cuenta con una percepción homogénea del alcance de las actividades CCSC desarrolladas ni sabe con claridad quién debe llevarlas a cabo, lo que es especialmente importante dada la relevancia de la comunicación para mejorar las prácticas alimentarias, incluyendo el uso adecuado del ACF.

279. Por otra parte, no se encontraron evidencias de la existencia de mecanismos de comunicación dinámicos con actores en las comunidades (de gobierno o beneficiarios/as) que permitan la rápida retroalimentación y tener un mecanismo de quejas y sugerencias.

280. El texto del convenio menciona que la campaña de comunicación está principalmente dirigida a las madres y mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, sin tener en cuenta los roles y las responsabilidades de los otros miembros de la familia.

3.2. RECOMENDACIONES

Núm.	Recomendación	Responsabilidad	Otras entidades que contribuyan	Prioridad: Alta/media	Para cuándo
Recomendaciones estratégicas					
1	<p>Institucionalizar Nutrin niños como programa y redefinir su arquitectura institucional y su funcionamiento en un instrumento legal, con asignación clara de funciones y responsabilidades para mejorar la coordinación interinstitucional, sobre todo a nivel territorial.</p> <p>1.1 Encuadre presupuestario Incluir el ACF en un programa presupuestario, que otorgue previsibilidad a la financiación y permita dotarlo de los recursos financieros, humanos y físicos necesarios.</p> <p>1.2 Articulación y coordinación institucional Reforzar mecanismos de coordinación tanto en el nivel central como en el territorial favoreciendo la participación de agentes e instituciones menos presentes en esta etapa (alcaldías, por ejemplo); definir protocolos más operativos que establezcan escenarios según la presencia institucional y la voluntad política en cada territorio. Confirmar o adaptar los roles definidos en el programa y definir resultados esperados para todos ellos.</p> <p>1.3 Fortalecimiento de la comunicación Para la toma de decisiones a nivel central, considerar las dificultades existentes en los niveles institucionales inferiores, para fortalecer su factibilidad, y mejorar los canales de comunicación intra e interinstitucional de doble vía, para detectar donde se producen interrupciones.</p>	MIDES (puesto que es la entidad que tiene en encargo presidencial de institucionalización)	Resto de socios: SESAN, MSPAS y PMA	ALTA	En primera instancia, diciembre de 2023

Núm.	Recomendación	Responsabilidad	Otras entidades que contribuyan	Prioridad: Alta/media	Para cuándo
Recomendaciones programáticas					
2	<p>De cara a una nueva intervención de ACF, realizar un diseño detallado y fortalecer su planificación, monitoreo y seguimiento.</p> <p>2.1 Proceso de diseño</p> <p>Este proceso debe partir de un diagnóstico específico y de las lecciones aprendidas de intervenciones previas; garantizar la coherencia con las nuevas políticas del país sobre seguridad alimentaria y nutricional, género, inclusión y equidad; involucrar a todas las instituciones y dependencias implicadas, incluidas las unidades de género y las de pueblos e incorporar un proceso de participación ciudadana, con criterios de diversidad (geográfica, de género, étnica, etc.).</p> <p>La intervención debe establecer, en consenso, una línea de base, contar con objetivos claramente definidos, metas alcanzables, una teoría de cambio contrastada, indicadores para el seguimiento, monitoreo y evaluación, una clara focalización territorial y una inequívoca incorporación de la perspectiva de género y equidad en todo su ciclo, garantizando la interseccionalidad.</p> <p>2.2 Planificación y gestión</p> <p>A partir de la línea de base y de las metas, se debe reforzar una planificación de la información más sectorial que institucional. También se debe establecer un sistema compartido de monitoreo y mejora continua, con definición conjunta de indicadores, y fomentar la gestión por resultados.</p>	<p>SESAN (dado su rol rector y coordinador de las actuaciones de SAN en el país)</p> <p>MIDES (en caso de que el ACF se institucionalice) y</p> <p>MSPAS (dado su rol rector en salud)</p>	PMA	ALTA	Junio 2024
3	Mejorar el último tramo de la cadena de suministro, hasta la llegada a la persona beneficiaria y flexibilizar	MIDES	Alcaldías, CODESAN, COMUSAN, COCOSAN	ALTA	Junio 2024

Núm.	Recomendación	Responsabilidad	Otras entidades que contribuyan	Prioridad: Alta/media	Para cuándo
	<p>las frecuencias de entrega, pudiendo realizarla en periodos más cortos.</p> <p>3.1 Llegada a las personas beneficiarias Definir estrategias alternativas de almacenamiento del producto y de llegada a las personas beneficiarias y fomentar la entrega mensual, para promover el monitoreo de crecimiento y disminuir el peso del alimento que se recoge.</p> <p>3.2 Aprovechamiento de todos los recursos disponibles Favorecer la articulación interinstitucional para la logística a nivel comunitario, con el objetivo de llevar el alimento a los lugares más alejados y ampliar la cobertura poblacional. En este proceso, incorporar también a las COMUSAN.</p>	<p>MSPAS (como futuro responsable de la intervención y dada la mayor penetración territorial del MSPAS)</p> <p>PMA (Cadena de Suministros)</p>			
4	<p>Reforzar los sistemas de información y registro, para posibilitar la trazabilidad de los indicadores intermedios y finales del ACF y definir protocolos de registro y gestión de la información.</p> <p>Vale de poco diseñar un buen sistema de seguimiento, desde el principio, si los datos básicos que deben alimentarlo no se recogen de manera sistemática, homogénea y generalizada. Reforzar la base de recogida de la información de personas beneficiarias en los establecimientos de salud permitiría contar con datos reales sobre alcance y cobertura de la intervención.</p>	<p>MIDES (como futuro responsable de la intervención)</p>	<p>Resto de socios: MSPAS, SESAN y PMA</p>	MEDIA	Diciembre 2024
5	<p>Valorar la mejora de la pertinencia cultural del producto, a partir de la evidencia de su uso, considerando la producción local.</p> <p>Analizar la presentación del alimento para mejorar su pertinencia cultural y su consumo. Valorar la posibilidad de recurrir a la producción local del producto. Mientras no se</p>	<p>MSPAS (para garantizar su idoneidad alimentaria, respectivamente)</p>	<p>PMA (ya que cuenta con experiencia en la formulación de alimentos)</p>	ALTA	Junio 2025

Núm.	Recomendación	Responsabilidad	Otras entidades que contribuyan	Prioridad: Alta/media	Para cuándo
	cuente con un producto reformulado, analizar su uso para generar una base de evidencia y diseñar prácticas para fomentar la mejora del consumo.		complementarios anteriores).		
6	<p>Incluir el ACF en la estrategia de CCSC de la GCNN, hacerla sensible al género y reforzar su pertinencia cultural, articulada con la política sectorial del gobierno y realizando una mayor promoción de la iniciativa y del uso correcto del alimento, involucrando a todos los agentes del cambio (educadores, madres consejeras u otro actor fundamental para la implementación de acciones de comunicación y promoción).</p> <p>6.1 Estrategia de CCSC</p> <p>Garantizar la participación de las unidades que diseñan, implementan y evalúan las estrategias de comunicación (unidades de pueblos, unidad de comunicación social, ministerial y de programa, de las instituciones involucradas) y dirección de educación, entre otras) e incluir la estrategia en la mesa técnica de coordinación interinstitucional, para que se institucionalice y continúe independientemente de los cambios de gobierno.</p> <p>Los contenidos de la estrategia deberían construirse de abajo a arriba y deberían transversalizarse las perspectivas de género e interculturalidad en salud y nutrición, con mensajes destinados particularmente al involucramiento de hombres, padres y abuelos, líderes religiosos y alcaldía indígena, sobre la importancia del cuidado compartido para mejorar el estado nutricional de niños y niñas.</p> <p>6.2 Promoción</p> <p>Establecer planes a nivel comunitario en los que participen los agentes locales de cambio presentes en cada lugar para</p>	<p>SESAN (dado su rol en el ámbito de la SAN del país y su experiencia previa)</p>	<p>Resto de socios: MSPAS, MIDES y PMA (incluyendo sus unidades de género)</p> <p>Agentes de cambio en los territorios donde se vaya a desarrollar</p>	ALTA	Septiembre 2024

Núm.	Recomendación	Responsabilidad	Otras entidades que contribuyan	Prioridad: Alta/media	Para cuándo
	la promoción y entrega: líderes y lideresas, brigadas, educadores y educadoras en salud, madres consejeras, etc.				
7	<p>Asegurar que la búsqueda de la igualdad de género y la interculturalidad estén presentes en el diseño, la ejecución y el monitoreo del ACF.</p> <p>Para ello, establecer objetivos e indicadores específicos en el diseño de la intervención, así como un eje transversal, presente desde el momento de la planificación; garantizar la presencia de las unidades de género en todas las fases, con funciones específicas y reconocidas por todos los socios; finalmente, incorporar actuaciones de comunicación para el cambio de comportamiento al interior de las instituciones que participa, en términos de género e interculturalidad.</p>	<p>MIDES (dado que sería la principal entidad responsable del ACF)</p>	<p>Resto de socios: MSPAS, SESAN y PMA</p>	ALTA	Desde junio de 2024 a la finalización de la nueva intervención

3.3. LECCIONES APRENDIDAS

281. A la hora de formular una nueva intervención, es importante construir a partir de los aprendizajes obtenidos en intervenciones anteriores, especialmente cuando son muy similares. De ese modo, el diseño de la intervención puede incorporar elementos que incrementen la probabilidad de superar los problemas que se identificaron y la de obtener los resultados que se desean.

282. Definir los objetivos de alcance y de cobertura solamente en función de las capacidades existentes en las instituciones implementadoras puede limitar el logro de resultados óptimos en términos de llegada a poblaciones más vulnerables que normalmente no tienen acceso a los servicios (de estas instituciones). Por tanto, las intervenciones deben ser definidas en función de las necesidades de la población, planteando no obstante metas realistas y acompañadas de acciones de incremento de capacidades.

283. Tener en cuenta el enfoque de género desde la concepción y formulación de una intervención disminuye la probabilidad de que su implementación contribuya a perpetuar los roles tradicionales de mujeres y hombre y posibilita identificar actuaciones que, por el contrario, trabajen por la igualdad y el empoderamiento de las mujeres, para hacer más efectiva la acción pública.

284. El establecimiento de sistemas de información, monitoreo, evaluación y documentación de aprendizajes que generen conocimientos y evidencia sobre casos de éxito, así como factores que inciden en su desempeño y permiten hacer el seguimiento del logro de indicadores intermedios, incrementa la probabilidad de éxito de una intervención.

285. La introducción de mensajes ajustados culturalmente por medios de divulgación comunitarios permite una mejor comprensión de las propiedades del ACF y mejora la probabilidad de aceptación del producto. A ello también contribuyen los materiales educativos y de promoción para las familias, especialmente cuando se encuentran en idiomas locales y son más visuales, para facilitar la comprensión de las personas que no leen.

286. La experiencia de iniciativas similares al ACF en Guatemala ha demostrado que es importante contextualizar el alimento y su uso a la cultura del país, por lo que queda patente la importancia de contextualizar el alimento complementario para mejorar la aceptación y, sobre todo, el uso y el aprovechamiento.

287. Distribuir alimento complementario solo para niños y niñas en hogares muy pobres tiene alta probabilidad de dilución intrafamiliar. Por ello, se podría explorar el vínculo con otras iniciativas de distribución de alimento a nivel familiar que tienen lugar en Guatemala, como son los programas del MAGA.

288. Una articulación y colaboración interinstitucional fortalecida facilita superar algunas dificultades derivadas de la implementación de las actuaciones, en particular las relativas a la escasez de recursos. Además, la colaboración mejora la eficiencia de las intervenciones y hace más probable que se obtengan sinergias. En el caso particular del nivel comunitario, la entrega del alimento es más efectiva cuando se logra generar un diálogo y un proceso interinstitucional, de manera que se optimizan los recursos. La integración y colaboración multisectorial a nivel local depende del liderazgo del gobierno local (municipio). Ejemplos positivos de la colaboración interinstitucional se han dado en el ACF en casos que MIDES acompaña en algún momento al MSPAS en el proceso de entrega.

289. Movilizar personas voluntarias, con cierto liderazgo, en las comunidades para apoyar a los establecimientos de salud, amplía las oportunidades de acercamiento a las familias, pues estas personas pueden realizar la divulgación, apoyo y consejería en la entrega del ACF y con una adecuada capacitación pueden incluso constituirse en agentes de cambio para promover el uso adecuado del ACF.

Anexos

Anexo 1. Resumen de los términos de referencia

Los Términos de Referencia (TdR) corresponden a la evaluación conjunta entre Programa Mundial de Alimentos (PMA) y el Gobierno de Guatemala sobre el Alimento Complementario Fortificado (ACF) durante los años 2020 y 2022. La evaluación ha sido encargada por la oficina país del PMA de Guatemala y se llevará a cabo de enero a junio 2023. Tiene por objetivo valorar el programa de entrega del alimento complementario fortificado desde una visión integral enfocada en género y basada en la participación de los actores involucrados. Los actores involucrados en el objeto de evaluación son el Ministerio de Desarrollo (MIDES), el Ministerio de Salud y Asistencia Social (MPSAS), la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN), y PMA.

Objetivo y enfoque de la evaluación

Rendición de cuentas: La evaluación valorará y proporcionará información sobre el desempeño y los resultados del programa de entrega del ACF con una atención particular en la identificación de los cambios del estado nutricional de los niños y niñas identificados como población meta y a los cuales el ACF ha contribuido, e integrará una mirada transversal de género e inclusión.

Aprendizaje: La evaluación determinará las razones por las que se produjeron o no se produjeron ciertos resultados para extraer lecciones, derivar buenas prácticas y proporcionar punteros para el aprendizaje. Asimismo, proporcionará resultados con base empírica para fundamentar la adopción de decisiones operacionales y estratégicas. Los hallazgos se divulgarán de forma activa y las enseñanzas se incorporarán a los sistemas pertinentes de intercambio de lecciones.

Principales partes interesadas

- Personas beneficiarias (hogares donde se encuentran niños y niñas entre los seis a los 59 años de edad que han recibido el ACF),
- Gobierno: MIDES, MPSAS, SESAN.

PMA: Oficina País de Guatemala, Oficina Regional en Panamá, Divisiones de la Sede del PMA y Oficina de Evaluación.

Preguntas claves de la evaluación

- P1. ¿En qué medida el Programa de ACF mantiene coherencia con las principales políticas y estrategias de prevención de desnutrición e igualdad de género por parte de MIDES, MSPAS, SESAN y PMA y del gobierno de Guatemala en general?
- P2. ¿En qué medida se ha proporcionado la asistencia de manera diferenciada en áreas geográficas y grupos de poblaciones priorizados, de acuerdo con sus necesidades y a demanda de MSPAS e instancias locales (CODESAN, COMUSAN, COCOSAN)?
- P3. ¿Cuáles son los resultados que ha obtenido el programa de entrega ACF en respecto a su población meta?
- P4. ¿En qué medida la colaboración y coordinación entre las cuatro instituciones a los diferentes niveles fue eficiente y oportuna?
- P5. ¿Hasta qué punto las perspectivas de género e inclusión fueron integrados en la planificación, ejecución y monitoreo del Programa ACF?

Alcance, metodología y consideraciones éticas

La evaluación estará centrada en el conjunto de las actividades realizadas por las cuatro entidades (MIDES, MSPAS, SESAN y PMA) en relación con la entrega del Alimento Complementario Fortificado con un enfoque particular en los temas relacionados con nutrición e igualdad de género. Se espera que el equipo evaluador examine todo el proceso desde su planificación, pasando por la ejecución y monitoreo a lo largo de la cadena de entrega del ACF.

La evaluación debe analizar la forma en que los objetivos de género, equidad e inclusión en sentido más general, así como los principios para la incorporación de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres han sido incluidos en el diseño de la intervención, y si los objetivos de las cuatro instituciones en materia de igualdad de género y empoderamiento de las mujeres han servido para orientar el objeto de la evaluación.

En la evaluación se aplicarán los criterios de evaluación internacionales de *coherencia, pertinencia, eficacia y eficiencia*. En base de las discusiones con las partes interesadas y los objetivos de la evaluación se agregó también un criterio adicional de *inclusión y género*.

La evaluación es de naturaleza tanto formativa como sumativa y su enfoque principal será el aprendizaje y la identificación de buenas prácticas y modelos para replicar. Se utilizarán métodos participativos y mixtos que abarquen diferentes niveles en los cuales ha actuado el programa. Particularmente en respecto a la recopilación de datos primarios de las madres, padres, cuidadoras y cuidadores de niños y niñas y personal de salud de primer nivel.

La recopilación de datos se debe desarrollar por etapas donde primero se realiza una encuesta y luego se validan y profundizan sus hallazgos mediante entrevistas observacionales y aplicación de métodos de investigación participativa. El uso de múltiples métodos de investigación contribuirá a la triangulación de información.

La metodología elegida debe prestar atención a la imparcialidad y a la reducción del sesgo mediante la aplicación de métodos mixtos (cuantitativos, cualitativos, participativos, etc.) y diferentes fuentes primarias y secundarias de datos sometidos a una triangulación sistemática (documentos de fuentes distintas; varios grupos de partes interesadas, incluidos los beneficiarios; observación directa en diferentes ubicaciones; distintos evaluadores; distintos métodos, etc.).

Los hallazgos, las conclusiones y recomendaciones de la evaluación deben reflejar el análisis en materia de género, equidad e inclusión. Estos hallazgos deben incluir un debate sobre los efectos previstos y los no esperados que la intervención puede tener en las dimensiones relativas a la igualdad de género y la equidad.

Roles y responsabilidades

El gestor de la evaluación del PMA será responsable de garantizar que la evaluación avance de conformidad con la Guía del proceso sobre el sistema de garantía de calidad de las evaluaciones descentralizadas, así como de realizar un riguroso control de calidad de los productos de la evaluación antes de su finalización.

El comité de evaluación conjunto existe para ayudar a garantizar la independencia e imparcialidad de la evaluación. Este Comité estará compuesto de los representantes de MIDES, MSPAS, SESAN y PMA asimismo como el gestor de evaluación y el oficial de evaluación del PMA. Las funciones y responsabilidades clave serán la supervisión del proceso de evaluación, la adopción de decisiones importantes y la revisión de los productos de la evaluación.

El grupo de referencia de la evaluación actuará como un órgano consultivo con representación de técnicos de las cuatro entidades. Los miembros del grupo de referencia de la evaluación revisarán y aportarán sus comentarios al borrador de los productos de la evaluación, y actuarán como informantes clave con el fin de contribuir a la pertinencia, imparcialidad y credibilidad de la evaluación aportando diversos puntos de vista y garantizando la transparencia del proceso.

Comunicación

El líder del equipo de evaluación se comunique con el gestor de evaluación designado para este mandato, quien optimizará la comunicación con MIDES, MSPAS, SESAN y el equipo del PMA, así como con otras partes interesadas externas, según sea necesario.

El informe de evaluación, una vez aprobado por el Comité, se hará público.

Calendario e hitos claves

- Fase de inicio: de noviembre 2022 a enero 2023.
- Recopilación de datos: febrero 2023 .
- Borrador de informe de evaluación: mayo 2023.

Aprobación y distribución del informe: última semana de mayo 2023.

Anexo 2. Calendario

Semanas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	24
Meses	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				
Fecha	9	16	23	30	6	13	20	27	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	22	29	5	12	19	26
Presentación equipo central	■																								
Examen documental y entrevistas preliminares	■	■	■																						
Redacción del borrador informe de inicio		■	■																						
Envío del borrador informe de inicio				■																					
Aseguramiento de la calidad				■																					
Validación de la teoría del programa				■	■																				
Integración de observaciones					■																				
Envío del informe de inicio corregido					■																				
Revisión del informe de inicio corregido						■	■																		
Integración de observaciones								■																	
Envío del informe de inicio final								■																	
Aprobación y distrib. del informe de inicio									■																
Reunión informativa										■															
Encuesta											■	■													
Técnicas cualitativas												■	■												
Debriefing													■												
Elaboración de borrador*													■	■	■	■	■								
Envío del borrador de informe de evaluación																									
Retroalimentación de la calidad																									
Corrección del informe de evaluación																									
Envío del segundo borrador																									
Taller de conclusiones y recomendaciones																									
Ajuste del segundo borrador con correcciones																									
Envío del segundo borrador con correcciones																									
Revisión del informe de evaluación																									
Corrección del informe de evaluación																									
Envío del informe final definitivo																									
Aprobación y distribución del informe final																									

Anexo 3. Matriz de evaluación

Preguntas de la evaluación				Crterios
Subpreguntas	Indicadores	Métodos de recopilación de datos	Fuentes de datos y de información	Métodos de análisis y triangulación de datos
1. ¿En qué medida el Programa de ACF mantiene coherencia con las principales políticas y estrategias de prevención de desnutrición e igualdad de género por parte de MIDES, MSPAS, SESAN y PMA y del gobierno de Guatemala en general?				Coherencia
---	<p>Alineación del PACF con los objetivos y principales lineamientos de las instituciones participantes.</p> <p>Complementariedades y solapamientos entre el PACF y las políticas de seguridad alimentaria y nutrición del país.</p>	<p>Revisión documental</p> <p>Entrevistas</p>	<p>Documentos de política: Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Reglamento de la Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional; Plan de Gobierno de Guatemala y Política General 2020-2024. Gran Cruzada Nacional por la Nutrición. Ventana de los 1.000 días Política de promoción y desarrollo integral de las mujeres y plan de equidad de oportunidades 2008-2023 Responsables técnicos de las instituciones participantes.</p>	Análisis comparado.
2. ¿En qué medida se ha proporcionado la asistencia de manera diferenciada en áreas geográficas y grupos de poblaciones priorizados, de acuerdo con sus necesidades y a demanda de MSPAS e instancias locales (CODESAN, COMUSAN, COCOSAN)?				Pertinencia Eficiencia
2.1 ¿Cómo se ha desarrollado y desempeñado la cadena de	Condiciones en las que llega el producto (inocuidad,	Revisión documental Entrevistas	Informes de monitoreo.	Análisis evolutivo. Análisis de contenido (Atlas.TI)

entrega del alimento complementario fortificado?	calidad apta para el consumo). Calidad general del producto. Barreras/cuellos de botella en los procesos de entrega (nivel internacional, bodegas centrales, mecanismos de distribución hasta población beneficiaria). Prácticas adecuadas de preparación y consumo del ACF (incluida la higiene). Capacidades del personal.	Grupos focales Talleres participativos Encuesta	Responsables técnicos de las instituciones participantes. Nutricionista de las DAS. A usuarias/os. A enfermeras auxiliares ¹³⁴	Análisis estadístico (tablas de frecuencia o de contingencia).
2.2 ¿Hasta qué punto el programa de entrega de ACF responde a las necesidades de la población beneficiaria (niños, niñas, madres, padres o personas cuidadoras)?	Se entrega a los grupos poblacionales más vulnerables a inseguridad alimentaria y nutricional. Se entrega de manera consistente en el tiempo. Se entrega en cantidad suficiente para necesidades, según diagnósticos existentes. Las condiciones de entrega no suponen dificultades adicionales para las mujeres Es percibido así por las usuarias/os.	Revisión documental Entrevistas Talleres participativos Encuesta Grupos focales	Informes de monitoreo. Base de datos MSPAS. Responsables técnicos de las instituciones participantes. Usuarias/os del programa. A enfermeras auxiliares Nutricionista de las DAS. Representantes de CODESAN/COMUSAN ¹³⁵ .	Análisis de contenido. Análisis estadístico-descriptivo Análisis estadístico-descriptivo (tablas de frecuencias/ /contingencia). Análisis de contenido (Atlas.Ti). Identificación de buenas prácticas (indagación apreciativa).
2.3 ¿En qué medida la cadena de entrega respondió a tiempo a la demanda de MSPAS e instancias locales?	Recepción oportuna, según demanda. En tiempo. En volumen.	Análisis documental. Encuesta.	Minutas de las reuniones de seguimiento de la mesa técnica de cooperación interinstitucional.	Análisis de contenido.

¹³⁴ Según la información recogida, la mayor parte de estas personas no dispone de conectividad, por lo que se trataría de una encuesta no representativa, para capturar algunas de las barreras en la entrega.

¹³⁵ En las municipalidades que se visiten, se intentará celebrar un grupo

	En calidad.	Grupos focales	A enfermeras auxiliares Nutricionista de las DAS. Representantes de CODESAN/ COMUSAN.	Análisis estadístico-descriptivo (tablas de frecuencias/ /contingencia). Análisis de contenido (Atlas.Ti). Identificación de buenas prácticas (indagación apreciativa).
2.4 ¿Hasta qué punto, las capacidades instaladas a los diferentes niveles han sido suficientes para asegurar la entrega del ACF de acuerdo con la demanda y necesidades y de acuerdo con el grado de importancia o prioridad institucional?	Barreras a la entrega a lo largo de la cadena (desde la llegada del ACF al país). Barreras a la distribución a usuarias. Razones de las barreras.	Análisis documental. Entrevista grupal Grupos focales	Minutas de las reuniones de seguimiento de la mesa técnica de cooperación interinstitucional. Responsables técnicos de las instituciones participantes. Nutricionistas de las DAS. Representantes de CODESAN/ COMUSAN/COCOSAN en las municipalidades y comunidades que se visiten.	Análisis de contenido. Identificación de buenas prácticas (indagación apreciativa).
Subpreguntas	Indicadores	Métodos de recopilación de datos	Fuentes de datos y de información	Métodos de análisis y triangulación de datos
3. ¿Cuáles son los resultados que ha obtenido el programa de entrega ACF en respecto a su población meta?				Eficacia
3.1. ¿Cuál ha sido la cobertura del programa?	Cantidad de entregas. Nº de personas atendidas (estimación): por departamentos, grupos de edad, género, comunidad lingüística y condición de discapacidad. % de niños y niñas que recibieron el producto en relación con las que podrían haberlo recibido (estimación).	Explotación de base de datos. Entrevistas. Grupo focal presencial y virtual	SESAN. Datos de base de los informes anuales. Base de datos MSPAS Enfermeras auxiliares en las municipalidades y comunidades que se visiten. A usuarias/os (en las visitas a terreno) ¹³⁶ . Monitores de SESAN en las municipalidades que se visiten.	Análisis estadístico-descriptivo (tablas de frecuencias/ /contingencia). Análisis de contenido.

¹³⁶ Podrán ser entrevistas grupales si hay coincidencia de personas usuarias en un mismo lugar (similar a micro-concentraciones).

	Existencia de sesgos en los procesos de entrega, según localidad (por género, discapacidad, lengua o etnia...).	Talleres participativos	Monitores de SESAN en localidades no visitadas.	
3.2. ¿Cuáles son los cambios nutricionales (si hay algunos) que se pueden observar en los niños y niñas que se beneficiaron del ACF? ¹³⁷	Cambios en el estado nutricional de los niños y niñas menores de dos años y menores de cinco años con desnutrición aguda, a partir de fuentes secundarias. Apreciación de la mejora en los conocimientos de madres, padres y cuidadores sobre alimentación adecuada a niños menores de dos años a partir de los servicios del programa Apreciación cualitativa de la mejora en el consumo/ingesta de alimentos por parte de los niños menores de dos años Percepción de las personas usuarias de los cambios en los niños y niñas, a partir del consumo del ACF.	Utilización de los datos de monitoreo de SESAN a partir de los cuales preparan sus informes ¹³⁸ . Encuesta Entrevistas y grupos focales Talleres participativos	Base de datos de MSPAS, al menos en el corte que se le facilita a SESAN quincenalmente. Cuestionarios de la SESAN. Usuaris/ios. Enfermeras auxiliares Nutricionistas DAS Personal técnico de instituciones participantes Enfermeras auxiliares en puestos y centros de salud Monitores de SESAN A personas usuarias.	Análisis comparativo y de tendencia.

¹³⁷ Las técnicas que se van a aplicar no cuentan con potencial para hacer un análisis riguroso de esta cuestión. No obstante, se pediría colaboración a SESAN para tratar de explotar los campos correspondientes de la base de datos del MSPAS.

¹³⁸ Ya se ha solicitado la información de base con la que la SESAN elabora sus estadísticas e informes de monitoreo, pero aún no se dispone de anuencia por su parte.

3.3 ¿Cuáles son las percepciones de las madres, padres y otros cuidadores acerca del producto?	Satisfacción con la forma del producto (empaqué, gusto...). Satisfacción con la forma de distribución. Satisfacción con la cantidad de producto. Satisfacción con la forma de preparación. Satisfacción general.	Encuesta Entrevista Talleres participativos Grupo focal	A usuarias/os. A usuarias/os (en las visitas a terreno) ¹³⁹ . Monitores, en las localidades no visitadas.	Análisis estadístico-descriptivo (tablas de frecuencias/contingencia). Análisis de contenido.
3.4. ¿En qué medida las prácticas de consumo (preparación, higiene) son adecuadas?	Nivel de aplicación de las principales recomendaciones para la preparación del producto: lavado de manos, agua hervida o clorada, cantidad adecuada, forma de preparación recomendada Se declaran adecuadas condiciones de almacenamiento.	Encuesta Entrevista Grupo focal Talleres participativos	A usuarias/os. A usuarias/os (en las visitas a terreno). Enfermeras auxiliares en las municipalidades y comunidades que se visiten. Monitores, en las localidades no visitadas. A usuarias/os (en las visitas a terreno).	Análisis estadístico-descriptivo (tablas de frecuencias/contingencia). Análisis de contenido.
3.5 ¿Cuáles son los factores que han facilitado y dificultado el logro de los resultados esperados del programa a lo largo de la cadena de entrega del ACF?	Identificación de factores facilitadores y barreras: En relación con la cadena de entrega. En relación con la distribución a partir de la entrega. En relación con el uso del ACF. En relación con el sistema de monitoreo y evaluación	Entrevista Grupos focales	Responsables técnicos de las instituciones participantes. Nutricionista de las DAS. Monitores de SESAN en localidades no visitadas. Representantes de CODESAN/COMUSAN/COCOSAN en las municipalidades y comunidades que se visiten.	Análisis de contenido.
3.6 ¿Hubo efectos inesperados positivos o negativos?	Identificación de cualquier efecto no previsto, positivo o negativo.	Entrevista Grupos focales	Responsables técnicos de las instituciones participantes. Nutricionistas de las DAS.	Análisis de contenido.

¹³⁹ Podrán ser grupos focales si hay coincidencia de personas usuarias en un mismo lugar (similar a micro-concentraciones).

			Monitores de SESAN en localidades no visitadas. Representantes de CODESAN/COMUSAN/COCOSAN en las municipalidades y comunidades que se visiten. A usuarias/os (en las visitas a terreno) ¹⁴⁰ .	
		Entrevista		
Subpreguntas	Indicadores	Métodos de recopilación de datos	Fuentes de datos y de información	Métodos de análisis y triangulación de datos
4. En qué medida la colaboración y coordinación entre las cuatro instituciones a los diferentes niveles fue eficiente y oportuna?				Eficiencia
4.1 ¿Hasta qué punto los mecanismos de coordinación establecidos han asegurado una colaboración óptima y logro de resultados?	Claridad en la asignación de funciones y en las competencias de cada socio. Existencia de cuellos de botella, demoras o conflictos. Existencia de mecanismos eficaces de resolución de conflictos.	Análisis documental Entrevista Grupos focales	Convenio y adendas. Acuerdos específicos. Minutas de las reuniones de seguimiento de la mesa técnica de cooperación interinstitucional. Responsables técnicos de las instituciones participantes. Nutricionistas de las DAS. Representantes de CODESAN/COMUSAN/COCOSAN en las municipalidades y comunidades que se visiten.	Análisis de contenido
4.2 ¿En qué medida todas las partes del convenio pudieron contar con la información necesaria, en el formato adecuado y a tiempo para el logro del objetivo conjunto?	Apreciación de los socios del proyecto.	Análisis documental Entrevista Grupos focales	Minutas de las reuniones de seguimiento. Responsables técnicos de las instituciones participantes. Nutricionistas de las DAS. Monitores de SESAN en localidades no visitadas.	Análisis de contenido

¹⁴⁰ Podrán ser grupos focales si hay coincidencia de personas usuarias en un mismo lugar (similar a micro-concentraciones).

			Representantes de CODESAN/ COMUSAN/COCOSAN en las municipalidades y comunidades que se visiten.	
5. ¿Hasta qué punto las perspectivas de género e inclusión fueron integrados en la planificación, ejecución y monitoreo del Programa ACF?				Género e inclusión
5.1 ¿En qué medida la planificación inicial tomó en cuenta los objetivos y estrategias del Gobierno de Guatemala y del PMA en respecto a igualdad de género, equidad e inclusión y fue informada por un análisis de género y equidad?	Presencia del enfoque en el diagnóstico previo a la acción. Presencia del enfoque en la definición de los objetivos y de los indicadores. Correspondencia del programa con las estrategias de gobierno y PMA.	Análisis documental. Entrevistas.	Política nacional de promoción y desarrollo integral de las mujeres (PNPDIM) y plan de equidad de oportunidades 2008-2023 Política en materia de género del PMA (2015-2020 y 2022-2026) Personas encargadas del diseño de la intervención. Responsables de género en las instituciones participantes.	Análisis comparado. Análisis del discurso.
5.2 ¿En qué medida la ejecución y monitoreo de las actividades del programa de ACF tuvieron perspectiva de género (enfoques diferenciados, datos desagregados, etc.)?	Desagregación de la información recogida/ /informada con enfoque de género. Análisis de resultados diferenciales para niños y niñas. Análisis de incidencia del programa sobre madres y padres. Presencia de unidad de género en las reuniones de seguimiento.	Análisis documental. Entrevistas Grupos focales	Estadísticas e informes de monitoreo. Estructura de cuestionarios de SESAN. Responsables técnicos de las instituciones participantes. Responsables de género en las instituciones participantes. Monitores de SESAN en localidades no visitadas.	Análisis documental.

Anexo 4. Análisis detallado de las partes interesadas

	Rol en el Programa	Interés en la evaluación	Participación en la evaluación	Seleccionado para trabajo de campo
Personas beneficiarias (niños/niñas, madres, padres, cuidadores)	Los niños y las niñas son los beneficiarios centrales del programa, para quienes se espera que el ACF tenga efectos positivos en su salud y nutrición.	De interés es conocer en qué medida el programa ha contribuido a mejorar su estado nutricional.		
Personas beneficiarias: madres, padres, cuidadores de niños y niñas de seis a 59 meses	Parte interesada primaria: Las madres, padres y cuidadores son los responsables del uso del producto para alimentar a los niños y niñas	Tienen interés en conocer en qué medida el programa ha beneficiado la nutrición de los niños y niñas, así como su inclusión e igualdad desde la perspectiva de género.	Informantes clave: en especial las madres, padres y cuidadores brindarán información directa sobre el uso del alimento, sus percepciones sobre los procesos de entrega, el producto mismo y también darán recomendaciones para mejorar el programa	Encuesta a una muestra de madres, padres y cuidadores Entrevistas grupales con madres, padres y cuidadores en localidades visitadas Entrevistas individuales con madres y padres para la aplicación del CMS.
SESAN	Parte interesada primaria co-ejecutora del programa y de la presente evaluación. Como entidad encargada de la coordinación del sistema de SAN en el país, es responsable de la coordinación, monitoreo y seguimiento de las acciones del programa estipuladas en el convenio interinstitucional. Asimismo, es responsable de diseñar e implementar una estrategia de comunicación para el cambio de comportamiento en el marco de la Gran Cruzada, para mejorar la alimentación de madres y niños/niñas, incluyendo la promoción del uso adecuado del ACF	Interés en la valoración y lecciones aprendidas del desempeño de la implementación del programa con énfasis en el enfoque interinstitucional, identificando factores facilitadores y cuellos de botella. Podrá utilizar los resultados para plantear las mejoras en programas a futuro.	Informante clave en las etapas de inicio y de campo. Proporcionará información secundaria del proceso de monitoreo y otros análisis realizados para el programa	Entrevistas individuales y grupales a monitores de SESAN en municipios visitados.

	Rol en el Programa	Interés en la evaluación	Participación en la evaluación	Seleccionado para trabajo de campo
MIDES	Parte interesada primaria, co-ejecutora del programa y de la presente evaluación. Es la entidad gubernamental responsable de las gestiones financieras ante el Ministerio de Finanzas Públicas para garantizar la asignación presupuestal para el programa, así como facilitar procesos administrativos para facilitar la compra del ACF por parte del PMA y el control de calidad por parte del MSPAS	Interés directo en conocer los resultados del programa y en qué medida la modalidad de articulación interinstitucional para la ejecución del programa ha contribuido a mejorar la implementación en comparación con programas anteriores. Está también interesado en las recomendaciones para mejorar la cobertura y desempeño del programa	Informante clave, proporcionará documentos	Entrevista con responsables técnicos del Programa
MSPAS – En general	Parte interesada primaria, co-ejecutora del programa y de la presente evaluación. Es la entidad responsable de la cadena de distribución del ACF, partiendo de la estimación de la cantidad requerida hasta llegara la población beneficiaria final. Además, es responsable de brindar orientación nutricional sobre el adecuado uso del producto y de ejecutar intervenciones específicas de nutrición como aquellas de la Ventana de los 1000 días a fin de lograr la mejora en el estado nutricional de los niños y niñas menores de cinco años	Su interés se enfoca en el funcionamiento del enfoque interinstitucional, la eficiencia de la cadena de distribución a su cargo, identificando facilitadores y cuellos de botella, así como en los resultados nutricionales y la contribución a la igualdad de género. Podrá utilizar los hallazgos y recomendaciones como aprendizaje para plantear mejoras al programa u otras intervenciones similares	Las distintas dependencias del MSPAS constituyen informantes clave tanto en la fase de inicio como en la fase de campo Proporcionará documentación relevante y se tiene la posibilidad de acceso a la base de datos del SIGSA para hacer análisis cuantitativos adicionales	Entrevista con responsables de áreas técnicas involucradas a nivel central: SIAS, PROSAN, Unidad de Género
DG SIAS	Es la dependencia del sector salud que consolida las solicitudes de ACF provenientes de las Direcciones de Área de Salud (DAS) a nivel central para trasladarlos al MIDES para la gestión de financiamiento.	El interés de estas dependencias se enfoca en los hallazgos respecto a la eficiencia del proceso de distribución del ACF así como en los resultados nutricionales. Podrá utilizar los resultados	Informante clave en la etapa de inicio y en la fase de campo	Si: Técnicos involucrados en el programa

	Rol en el Programa	Interés en la evaluación	Participación en la evaluación	Seleccionado para trabajo de campo
		para plantear mejoras a la cadena de distribución al interior del sector salud		
Direcciones de Área de Salud (DAS)	Son las instancias de gestión del sector salud a nivel descentralizado, su rol en el programa consiste en consolidar las solicitudes del ACF por parte de los establecimientos de salud de su ámbito		Informantes clave en la etapa de campo.	Entrevistas grupales con nutricionistas de las DAS en áreas seleccionadas
Distritos y Establecimientos de salud	Son las instancias operativas del sector salud y por tanto las que están en contacto con las personas beneficiarias. Su comprende la estimación de la cantidad de ACF requerida, el almacenaje, distribución a población beneficiaria, así como la consejería para el adecuado uso del alimento y la implementación de las otras intervenciones del sector salud	Su interés se enfoca en el aprendizaje y valoración del proceso de distribución- especialmente las relaciones entre los diferentes niveles del sector salud, así como el uso del producto por parte de las personas beneficiarias y los resultados nutricionales.	Informantes clave en la etapa de campo, proporcionarán información sobre el proceso de distribución, las percepciones sobre los resultados y efectos esperados y no esperados del programa a nivel de la comunidad	Entrevistas individuales y grupales a enfermeras, auxiliares de enfermería en los municipios y comunidades visitadas
Gobiernos departamentales y locales	Participan en la planificación y en muchos casos autorizan recursos para colaborar en la distribución y entrega del alimento de manera adecuada y oportuna a nivel de las comunidades de su ámbito.	Tienen interés en conocer los resultados del programa en la nutrición de los niños, así como los factores que facilitaron y dificultaron la entrega del servicio. Pueden aprovechar los resultados para brindar mayor colaboración a la ejecución del programa	Informantes clave en la etapa de campo, en especial respecto a los factores facilitadores, oportunidades y debilidades en la cadena de distribución del producto	Entrevistas individuales o grupales a alcaldes en municipios visitados
CODESAN, COMUSAN, COCOSAN	Plataformas de coordinación multi-sectorial a nivel departamental, municipal y comunitario que están directamente vinculadas con la planificación y apoyo a la entrega del ACF en el ámbito local. Así	Tienen interés en la valoración del desempeño de la implementación del programa y en los resultados nutricionales especialmente en el ámbito local. Pueden	Informante clave en la etapa de inicio y en la etapa de campo	Entrevistas grupales a miembros del COMUSAN en municipios visitados

	Rol en el Programa	Interés en la evaluación	Participación en la evaluación	Seleccionado para trabajo de campo
	mismo son instancias que coordinan la planificación de las acciones de SAN garantizando de este modo las sinergias y complementariedades entre programas de los diferentes sectores.	aprovechar los hallazgos y recomendaciones para mejorar los procesos de planificación multi-sectorial de acciones de SAN en su ámbito		
Agencias de las Naciones Unidas, especialmente UNICEF por su mandato en infancia y nutrición	Velan por garantizar la acción armonizada de las diferentes Agencias en el país como contribución a las estrategias de desarrollo del gobierno.	Tienen interés en que los programas implementados por las distintas agencias (como el PMA) estén enmarcados y contribuyan eficazmente a los esfuerzos de las Naciones Unidas en el país. Será de utilidad para ellas las lecciones aprendidas y los resultados del programa	Proporcionarán documentos normativos, por ejemplo, por parte de UNICEF la estrategia de comunicación para el cambio de comportamiento	No
OP (Oficina de País del PMA)	Parte interesada primaria co-ejecutora del programa y de la evaluación. Es la gestora de los procesos de compra, almacenamiento, así como transporte del ACF a los lugares indicados por el MSPAS. Responsable de asegurar la oportunidad de las compras y la calidad e inocuidad del producto.	Interés de aprender sobre el desempeño de la implementación del programa y resultados alcanzados para tomar decisiones sobre el futuro del mismo u otros programas similares. Utilizará la evaluación como instrumento de rendición de cuentas tanto internamente como ante las personas beneficiarias y socios	Informante clave en la fase de inicio y de campo. Proporcionará además información secundaria cualitativa y cuantitativa sobre los procesos de su competencia	Entrevistas con responsables de áreas de Supply Chain, Nutrición, Género, M&E y Monitores de campo en departamentos visitados
Oficina Regional del PMA (OR)	Brinda los lineamientos técnicos adaptados a la región para la ejecución de los planes de país y programas implementados por las oficinas de los países	Utilizará los resultados de la evaluación como aprendizaje para respaldar el programa y otros similares en el país y otros países. Tiene interés también en la rendición de cuentas imparcial	Informante clave en la fase de campo, para brindar información sobre las directrices institucionales sobre este tipo de programas	Posible entrevista con Oficial de Nutrición de la OR
La Sede del PMA	A través de las diferentes divisiones, es responsable de emitir y supervisar el despliegue de las	Tiene interés en los hallazgos de las evaluaciones como aprendizaje y para el	Informante clave, proporciona las directrices globales, documentos de	No

	Rol en el Programa	Interés en la evaluación	Participación en la evaluación	Seleccionado para trabajo de campo
	directrices normativas sobre los temas, acciones y programas institucionales, así como las políticas y estrategias globales del PMA.	uso en otras zonas geográficas. Puede utilizar la evaluación también como instrumento de rendición de cuentas en un sentido más amplio	política y estrategias del PMA	
Oficina de Evaluación del PMA	Brinda las directrices, apoya y supervisa la realización de evaluaciones descentralizadas y centralizadas, asegurando que cumplan con estándares de calidad, confiabilidad y utilidad	Tiene interés en garantizar la calidad de las evaluaciones descentralizadas y puede utilizar los resultados para la elaboración de otros productos de aprendizaje	Supervisión del proceso de evaluación	No
Junta Ejecutiva del PMA	Se encarga de la supervisión final de los programas del PMA	Tiene interés en mantenerse informado acerca de la eficacia de los programas del PMA. Puede utilizar los resultados para la elaboración de otros productos de aprendizaje e instrumentos de rendición de cuentas	No tiene un rol directo en la presente evaluación	No

Anexo 5. Contexto de la evaluación detallado

290. Guatemala tiene una población de 17 millones de personas y un territorio de 108,890 kilómetros cuadrados. El territorio nacional está dividido en 22 departamentos con 340 localidades.¹⁴¹ Su producto interno bruto (PIB) per cápita es de \$4.603.¹⁴² Guatemala es la mayor economía de Centroamérica y el crecimiento de su PIB ha oscilado entre el 2,5 por ciento y el 3,5 por ciento en los últimos cinco años (exceptuando la época de pandemia). A pesar de su crecimiento económico, el 46,5 por ciento de los niños y niñas del país menores de cinco años presentan retraso en su crecimiento y 2/3 de las personas viven con un ingreso menor de \$2 diarios.¹⁴³ Actualmente un 43,72 por ciento de la proporción del gasto público total se destina a educación, salud y protección social. No obstante, solo el 32,2 por ciento de los hogares cuenta con acceso a servicios básicos. El promedio de personas por hogar en el área urbana es de 4,3 miembros, mientras que en la rural es de 5.¹⁴⁴ Según datos del INE, un 41,7 por ciento de la población total pertenece al grupo étnico Maya, un 56 por ciento se autoidentifica como Ladino, y el 2,3 por ciento restante pertenece a otros grupos étnicos (Xinkas, Garífunas, Afrodescendiente y otros extranjeros). A nivel departamental las localidades de Sololá, Alta Verapaz y Totonicapán están caracterizados por una población mayor al 90 por ciento que se autoidentifica como indígena.

Pobreza y seguridad alimentaria y nutricional

291. De acuerdo con el índice de pobreza multidimensional, seis de cada 10 personas en el área rural son pobres y cinco de cada 10 lo son a nivel urbano. En 2014 el porcentaje de personas de etnia Maya en situación de pobreza era del 69,8 por ciento, frente al 41,9 por ciento de etnia Ladina.¹⁴⁵

292. Según la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI)¹⁴⁶ la incidencia total de pobreza en el país es de 59,3 por ciento y la de pobreza extrema de 23,4 por ciento. Los departamentos con los índices más elevados de pobreza extrema son Alta Verapaz, Quiché y Chiquimula, superando al promedio nacional en más de 15 puntos porcentuales.

¹⁴¹ Naciones Unidas, 2022.

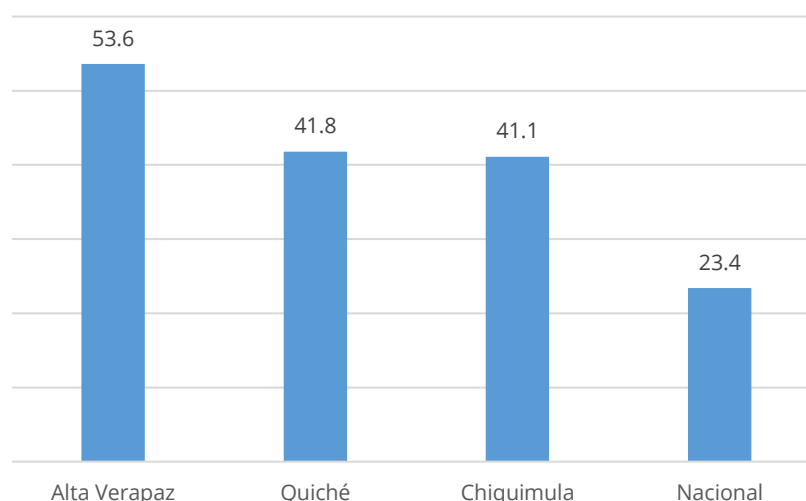
¹⁴² Banco Mundial, 2022.

¹⁴³ Programa Mundial de Alimentos, 2022.

¹⁴⁴ Instituto Nacional de Estadística (2019). *Resultados Censo 2018*. Guatemala, diciembre de 2019.

¹⁴⁵ Ministerio de Desarrollo Social y Oxford Poverty and Human Development Initiative, 2018. *Índice de Pobreza Multidimensional*. Guatemala, 2018.

Departamentos de Guatemala con incidencias más altas de pobreza extrema



Fuente: ENCOVI 2014¹⁴⁷

293. Uno de los mayores retos de Guatemala es la seguridad alimentaria y nutricional de su población. De acuerdo con el Estudio Nacional de Seguridad Alimentaria¹⁴⁸ el 57 por ciento de los hogares se encuentran en inseguridad alimentaria marginal, el 23 por ciento en inseguridad alimentaria moderada y uno por ciento en inseguridad alimentaria severa. Únicamente el 19 por ciento de los hogares se encuentra en seguridad alimentaria. Por departamentos, Alta Verapaz, Quiché y Totonicapán son los que presentan mayores tasas de inseguridad alimentaria.

294. A nivel familiar, los hogares monoparentales con jefatura femenina son los que presentan el mayor porcentaje de inseguridad alimentaria marginal, lo mismo que las poblaciones que se autoidentifican como indígenas.

295. La **migración y la seguridad alimentaria** están fuertemente correlacionadas. Durante el año 2021, un total de 2.289.069 personas emigraron de Guatemala¹⁴⁹, lo que representa una proporción importante sobre una población de 17 millones de personas (13,5 por ciento). El elevado peso de la emigración tiene un gran impacto en la seguridad alimentaria del país, ya que la mayoría de los hogares donde se registró una migración se encontraban en situación de inseguridad alimentaria marginal o inseguridad alimentaria moderada en los últimos meses. Una de las causas es que, para emigrar, los hogares utilizan recursos financieros (endeudamiento) para cubrir gastos.

296. Guatemala es el país de América Latina con los **índices más altos de desnutrición crónica** y a nivel mundial ocupa el sexto lugar. Tomando como base la información de la VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015 (ENSMI)¹⁵⁰, la situación nutricional de los niños y niñas menores de cinco años al nivel nacional se resume de siguiente forma:

- Desnutrición aguda: 0,7 por ciento
- Desnutrición crónica: 46,5 por ciento
- Anemia: 32,4 por ciento

297. La desnutrición crónica afecta casi a la mitad de los niños y niñas en Guatemala. Las prevalencias más altas a nivel nacional, se encuentran en el occidente del país, en particular en Totonicapán, aunque hay otros departamentos que también superan al promedio nacional.

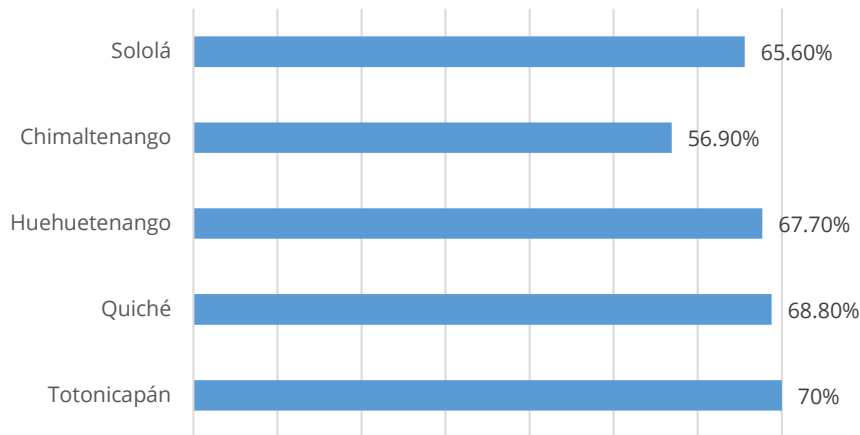
¹⁴⁷ Instituto Nacional de Estadística (2016). *Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2014*. Tomo I. Guatemala, enero 2016.

¹⁴⁸ PMA y SESAN, 2022. Estudio Nacional de Seguridad Alimentaria. Guatemala.

¹⁴⁹ Instituto Nacional de Estadística. 2021. *Estadística de Migración*. Guatemala.

¹⁵⁰ Solo se presentan datos desagregados por sexo en los casos donde se encuentran disponibles. No obstante, en la mayoría de los casos esta información no existe.

Departamentos con más altas prevalencias de desnutrición crónica



Fuente: ENSMI 2014-2015¹⁵¹

298. Por edades, la prevalencia fue más alta en el rango de 18 a 23 meses, donde más de la mitad de los niños y niñas que participaron en la encuesta presentaron algún grado de retardo en el crecimiento. No obstante, en el resto de los rangos de edad las prevalencias también son altas.

Porcentajes de desnutrición crónica según edad

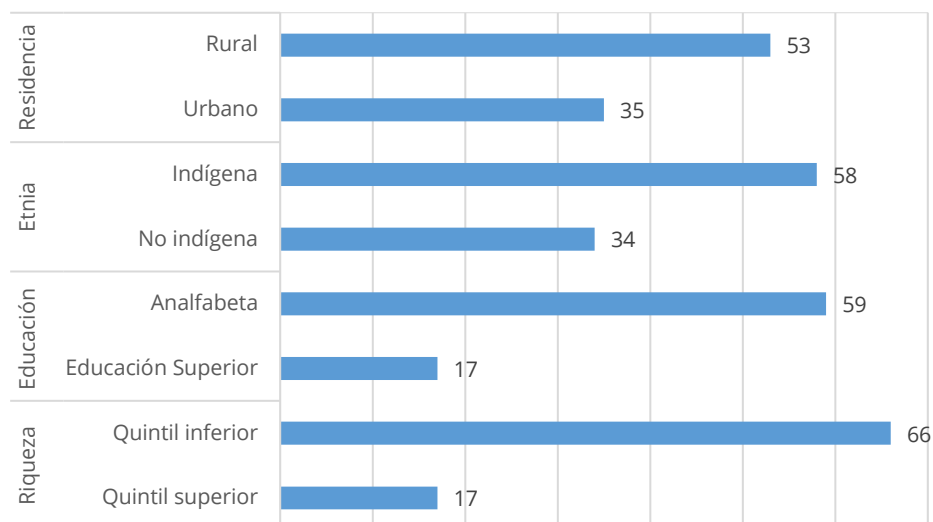
Edad en meses	%
Menores de 6	29,8
6 a 8	32,3
9 a 11	37,4
12 a 17	47,2
18 a 23	54,8
24 a 35	51,5
36 a 47	51
48 a 59	45,8

Fuente: ENSMI 2014-2015

299. En relación con su distribución en los diferentes grupos de población, la desnutrición crónica es más elevada en niños y niñas que viven en el área rural, que son indígenas, hijos de una madre analfabeta y cuya familia se ubica en el quintil inferior de riqueza.

¹⁵¹ MSPAS, INE, Segeplán. 2017. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015. Guatemala.

Porcentajes de desnutrición crónica por características socioeconómicas



Fuente: ENSMI 2014-2015

300. Este no es el único reto al cual se enfrenta la población guatemalteca. En el grupo de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) también lo es la **obesidad y el sobrepeso** y los números de mujeres embarazadas con anemia por deficiencia de hierro son igual elevados (24,2 por ciento).

Situación nutricional de mujeres en edad fértil

	%
Anemia en embarazadas	24,2
Anemia en no embarazadas	14,5
Talla menor de 145	25,3
Sobrepeso	31,9
Obesidad	20,0

Fuente: ENSMI 2014-2015

Igualdad de género, empoderamiento de las mujeres y equidad

301. Respecto a la igualdad de género, Guatemala se clasifica en la posición 121 de 170 países.¹⁵² En general, las mujeres guatemaltecas enfrentan un **nivel educativo y de ingresos** más bajo que los hombres. La falta de educación formal impacta directamente en la reproducción de los roles de género propios del modelo patriarcal y restringe el desenvolvimiento de las mujeres en ámbitos sociales donde son necesarios conocimientos básicos.

302. Las niñas y adolescentes de familias pobres desertan de la educación formal a más temprana edad por múltiples razones, la mayoría de ellas ligadas a discriminación de género: porque se les asigna, casi de forma exclusiva, el trabajo doméstico o de cuidados¹⁵³; o porque son las primeras en ser colocadas en empleos precarios que no requieren formación; porque se les vincula al trabajo en casas particulares o servicios generales; a lo que se suma la idea de que es más rentable para el futuro que sean los hombres los que se mantengan en la escuela. Además, si bien la situación general de las mujeres guatemaltecas es ya alarmante, esta se agrava en las mujeres rurales y en aquellas que se autoidentifican como Mayas. De hecho,

¹⁵² Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2021.

¹⁵³ Esta situación afecta a todas las edades. Por ejemplo, las niñas son las encargadas de recolectar el agua para el hogar en un 13 por ciento de los casos, frente a un cinco por ciento de los niños.

mientras que en las áreas metropolitanas el promedio educativo de las mujeres de más de 15 años es de ocho años de escolarización, en las áreas rurales el promedio es de 4 años, y entre las mujeres de etnia Maya, este promedio es de tres años de escolarización.¹⁵⁴ Todo ello contribuye a que el analfabetismo de las mujeres adultas, que alcanza el 23 por ciento ¹⁵⁵ siga siendo una limitación para ampliar sus oportunidades económicas y sociales, particularmente entre las mujeres rurales y pertenecientes a la etnia Maya, que cuentan con tasas de analfabetismo de hasta el 48 por ciento.

303. La posición de subordinación y dependencia por falta de educación enfrenta a las mujeres a más situaciones de vulnerabilidad en todos los ámbitos sociales; limita el desarrollo de sus capacidades, las relega a la realización del trabajo reproductivo y se ven excluidas de procesos de toma de decisión en casi la totalidad de la vida familiar y comunitaria, lo mismo que del ámbito político, esfera en la que contar con conocimiento formal contribuye a posicionarse mejor.

304. En cuanto a la **jefatura del hogar** en Guatemala, el 17,8 por ciento del total de los hogares son monoparentales con jefatura femenina.¹⁵⁶ Estos son especialmente vulnerables en términos económicos y sociales, presentando las mayores tasas de inseguridad alimentaria marginal.¹⁵⁷ Esta situación se produce por dos causas principales: o bien la mujer jefa del hogar no tiene cónyuge, o bien su cónyuge ha emigrado y no reside en la actualidad en el hogar. Esta última causa es especialmente relevante, ya que Guatemala es un país con saldo migratorio negativo.

305. Las mujeres también se enfrentan a dificultades para tener acceso a los **servicios de salud**. Tanto las mujeres Mayas (66 por ciento) como las Ladinas (54 por ciento) reportan falta de recursos para cubrir tratamientos médicos y dificultades para desplazarse al establecimiento de salud. Estos obstáculos se amplían en el área rural, donde un 50 por ciento reporta dificultades por la distancia y un 66 por ciento dificultades para la compra de medicamentos. Aunque la tasa global de **fecundidad** de las mujeres guatemaltecas ha disminuido hasta 2,7 nacidos vivos, según mediciones de 2019, aún se encuentra por encima de la tasa a nivel mundial, que se estima en 2,5. Esta tasa aumenta en el área rural llegando a 3,7,¹⁵⁸ siendo las mujeres que no tienen ningún año de estudios quienes tiene hijas o hijos a más corta edad. De hecho, según ONU Mujeres, la tasa de fertilidad en niñas adolescentes de 13 a 19 años es de 66,7 por 1.000 nacidos vivos, lo que quiere decir que uno de cada 15 nacimientos es en niñas y adolescentes.

306. En términos de **seguridad alimentaria y nutricional**, la equidad de género se refiere a que mujeres y niñas puedan tener el mismo acceso, disponibilidad y oportunidad de consumir alimentos que los hombres y niños.¹⁵⁹ Una medida para conseguir dicha equidad es la participación de las mujeres en la agricultura familiar. En este sentido, a medida que los hombres emigran a otros lugares, es cada vez más común que las mujeres tomen el rol de agricultoras. No obstante, la discriminación continúa, ya que las mujeres suelen recibir salarios muy inferiores a los que reciben los hombres. Además, aspectos sociales y culturales limitan su participación en grupos y cooperativas de agricultores y su tasa de tenencia de la tierra es muy limitada, ya que solo el 7,8 por ciento de los propietarios de tierras agrícolas son mujeres.¹⁶⁰ Todo esto implica una mayor inseguridad alimentaria, que viene a sumarse al cúmulo de desigualdades previas, como las dobles y triples jornadas laborales, la menor escolarización y el peor acceso a la salud.¹⁶¹

Otras cuestiones humanitarias

307. Guatemala se enfrenta a diversos problemas humanitarios entre los que destacan, más allá de la pobreza y la inseguridad alimentaria y nutricional, la violencia armada, la violencia sexual y los desastres climáticos.

308. La **violencia armada** es especialmente alarmante. Las muertes y lesiones por causas violentas, los robos callejeros y las extorsiones son frecuentes y afectan a todas las clases sociales. Los datos recogidos

¹⁵⁴ ONU Mujeres. 2019. Guatemala.

¹⁵⁵ Banco Mundial, 2018.

¹⁵⁶ Instituto Nacional de Estadística (2019). *Resultados Censo 2018*. Guatemala, diciembre de 2019.

¹⁵⁷ Instituto Nacional de Estadística (2016). *Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2014*. Tomo I. Guatemala, enero 2016.

¹⁵⁸ Programa Mundial de Alimentos, 2021.

¹⁵⁹ Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia de la República, 2020.

¹⁶⁰ FAO. 2017. Inicia proceso para mejorar igualdad de género en el área rural.

¹⁶¹ Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural, 2021.

por el Observatorio de Violencia Triángulo Norte¹⁶² muestran que, a lo largo del año 2022, se cometieron 2.983 homicidios y se reportaron 82.848 denuncias de violencia contra mujeres, niñas y adolescentes.¹⁶³ El 65 por ciento fueron tipificadas como violencia contra la mujer, el 13 por ciento fueron casos de **violencia sexual** contra mujeres adultas y un 10 por ciento casos de violencia contra niñas y adolescentes. De hecho, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)¹⁶⁴ estima que cada día se reportan 23 casos de abuso sexual entre niñas y adolescentes (teniendo en cuenta que un gran número de ellas no se denuncian).

309. Por otra parte, el Reporte Mundial de Riesgos de 2021 mostró que Guatemala está entre los diez países más vulnerables, proclives a **peligros naturales**. De hecho, sequías prolongadas seguidas de lluvias torrenciales han resultado en enormes pérdidas de cosechas y muertes pecuarias, agravando la situación de inseguridad alimentaria.

310. Frente a esta situación de fuerte vulnerabilidad, **actores humanitarios y de desarrollo** intervienen en el país con el objetivo de combatir la pobreza y el hambre, que están directamente vinculados con el resto de problemas humanitarios expuestos. Un ejemplo de estos actores es el PMA que, en línea con las prioridades del Gobierno, tiene como objetivo abordar las múltiples dimensiones de inseguridad alimentaria y nutricional a largo plazo, así como satisfacer las necesidades inmediatas de la población. Sus operaciones están centradas en el fortalecimiento de la capacidad y el apoyo a las políticas. En su Programa para 2021-2024, el PMA establece algunas actividades principales como:

- Prestar asistencia directa, teniendo en cuenta cómo el género introduce condiciones de vulnerabilidad para acceder a una buena nutrición a las poblaciones afectadas por crisis.
- Fortalecer las capacidades nacionales y locales para promover la nutrición y las dietas sanas entre las poblaciones vulnerables.
- Fortalecer las capacidades de las instituciones encargadas de la alimentación escolar.
- Proporcionar capacitación, equipo, transferencias de base monetaria y asistencia técnica a los pequeños agricultores vulnerables, las comunidades, las cooperativas y las instituciones locales.
- Prestar asistencia técnica en el plano normativo y operacional a las instituciones de protección social, así como a las instituciones nacionales y subnacionales.

311. Además del PMA, otros actores como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) o UNICEF, aunque no estén ligados directamente a la entrega de Alimento Complementario Fortificado, realizan una indispensable labor en otros campos para mejorar la situación de la población guatemalteca.

312. Las intervenciones de UNICEF en Guatemala se dan en cuatro áreas: 1) el impulso de la primera infancia atendiendo a cinco áreas clave (salud, nutrición, cuidados cariñosos, seguridad y protección); 2) la creación de un ambiente potenciador de oportunidades para la adolescencia y la juventud; 3) la construcción de un Sistema Integral de Salud; 4) y la atención en las emergencias humanitarias.

313. La OPS trabaja en Guatemala desde el año 1943, buscando apoyar al país en investigaciones de enfermedades tropicales. Actualmente, la OPS trabaja en seis áreas programáticas: 1) liderazgo y gestión; 2) enfermedades transmisibles y vigilancia; 3) enfermedades no transmisibles y promoción de la salud; 4) salud en el ciclo de vida; 5) Sistemas y Servicios de salud; 6) Análisis, sistemas de información y equidad.

Políticas nacionales y prioridades institucionales

314. Dos planes principales definen las prioridades nacionales de Guatemala: El Plan Nacional de Desarrollo K'atun Nuestra Guatemala 2032¹⁶⁵ y la Política General de Gobierno 2020-2024.¹⁶⁶ A estos se añade

¹⁶² Observatorio de Violencia Triángulo Norte. 2022. *Informe lesionados por violencia*. Guatemala.

¹⁶³ Observatorio de las Mujeres del Ministerio Público. 2022. Portal estadístico.

¹⁶⁴ UNICEF, 2020.

¹⁶⁵ Consejo Nacional de Desarrollo Urbano y Rural. 2014. *Plan Nacional de Desarrollo K'atun: nuestra Guatemala 2032*. Guatemala: Consadur/Segeplan.

¹⁶⁶ Gobierno de la República de Guatemala. 2020. *Política General del Gobierno 2020-2024*. Guatemala.

el Marco de Cooperación entre las Naciones Unidas y Guatemala para el Desarrollo Sostenible,¹⁶⁷ que delimita las acciones de las Naciones Unidas en el país.

315. En primer lugar, el **Plan Nacional de Desarrollo K'atun** define los lineamientos generales para la transformación de la sociedad guatemalteca y constituye la política nacional de desarrollo de largo plazo, articulando políticas, planes, programas, proyectos e inversiones. En términos generales, este plan incorpora cinco ejes principales que definirían las prioridades estatales:

- La reducción de asimetrías entre los territorios urbanos y rurales, desarrollando de forma sostenible los territorios rurales y urbanos, así como fortaleciendo a los gobiernos locales.
- La garantía al acceso a la protección social universal. Se busca dar acceso a servicios básicos, a la habitabilidad segura y el acceso a alimentos a los grupos poblacionales más discriminados: las mujeres, la niñez y la juventud, los pueblos indígenas y las personas migrantes, así como los residentes en áreas rurales.
- La dinamización económica del país. Las prioridades de este eje son: acelerar el crecimiento económico, crear empleo decente y de calidad, reformar el sistema fiscal, promover mecanismos para una mejor gobernanza, y garantizar el derecho a una vida libre de pobreza.
- El cuarto eje es el relativo a la gestión de los recursos naturales, permitiendo satisfacer las demandas actuales y futuras del país. Esto va unido a un ordenamiento territorial que permita el aprovechamiento sostenible de los recursos y la adaptación y mitigación al Cambio Climático.
- El último eje propone que el enfoque de DDHH sea transversal a todas las políticas. Para ello, se plantea fortalecer las capacidades del Estado, la gobernabilidad democrática y la seguridad y justicia.

316. En tercer lugar, entre las prioridades nacionales se encuentra la coordinación política y técnica con diferentes instituciones del país, que es detallada en la **Política General de Gobierno 2020-2024** (PGG 2020-2024). Esta Política General se fundamenta en el Plan Nacional de Innovación y Desarrollo (PLANID), en sinergia con el Plan nacional de desarrollo K'atun y la Agenda 2030. En ella se detallan los siguientes cinco pilares estratégicos: 1) Economía, competitividad y prosperidad, que busca un mayor crecimiento económico y el aumento de las fuentes de empleo sostenibles, 2) Desarrollo social, con el objetivo de atender de forma más efectiva a los más vulnerables, 3) Gobernabilidad y seguridad en desarrollo, que persigue mejorar la gobernabilidad y la convivencia en el país, 4) Estado responsable, transparente y efectivo, con el objetivo de poner las instituciones al servicio de los ciudadanos 5) Relaciones con el mundo, buscando que estas propicien un mejor orden del comercio internacional, turismo, inversión, y trato a los migrantes. Además, el aspecto ambiental se consolida en el PGG como un tema transversal, entendiendo que es la solución a diversas problemáticas nacionales.

317. Por otra parte, el **Marco estratégico de Cooperación entre las NNUU y Guatemala** se rige por seis principios básicos: no dejar a nadie atrás; un enfoque del desarrollo basado en DDHH; la igualdad y el empoderamiento de las mujeres; la resiliencia; la sostenibilidad; y la rendición de cuentas. En base a estos, se establecen cinco áreas de trabajo prioritarias: el desarrollo económico incluyente; el desarrollo social (vivienda, protección social, educación, salud, seguridad alimentaria y nutrición); instituciones sólidas; paz, seguridad y justicia; y medio ambiente (mayor resiliencia y uso sostenible de los recursos naturales).

318. Guatemala tiene un **marco legal** muy desarrollado en lo que concierne a la **seguridad alimentaria y nutricional**. De hecho, la Constitución Política de la República reconoce expresamente el derecho a la alimentación como derecho fundamental. Así, estipula “el derecho a la alimentación, salud, educación, seguridad y previsión social, especialmente a los menores de edad y los ancianos” (art.51). En esta línea, el artículo 99 indica que “el Estado velará porque la alimentación y nutrición de la población reúna los requisitos mínimos de salud”. Además, tanto el Plan Nacional de Desarrollo K'atun nuestra Guatemala 2032, como la Política General de Gobierno 2020-2024 y el Marco de Cooperación establecido entre Guatemala y las NNUU son coherentes con estos derechos constitucionales, incluyendo prioridades y objetivos específicos para garantizar la seguridad alimentaria y nutricional.

¹⁶⁷ Naciones Unidas Guatemala. Marco de Cooperación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible 2020-2025. Guatemala.

319. Los artículos 28-34 de la Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, oficializada por Decreto 32-2005, identifican las instituciones responsables y corresponsables en esta materia y establece mecanismos públicos para el abordaje de esta prioridad nacional. En 2006, el Decreto Número 75-2006 aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley y brinda directrices para el Consejo de Seguridad Alimentaria y Nutricional – CONASAN. A partir de 2016, se comienza a enfatizar la magnitud de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil y la necesidad de adoptar un abordaje multicausal.

320. Finalmente, otra prioridad para el Gobierno de Guatemala es avanzar en el proceso de aplicación de los derechos económicos, sociales, políticos y culturales de las mujeres mayas, ladinas, garífunas y xinkas a partir de la **Política Nacional de Promoción y Desarrollo Integral de las Mujeres (PNPDIM)**¹⁶⁸ y el **Plan de Equidad de Oportunidades -PEO- 2008-2023**. Como objetivos específicos, esta política nacional considera clave la verificación, monitorización y seguimiento de la Política, así como la evaluación de los efectos que su aplicación tiene para la vida de las mujeres. Asimismo, la PNPDIM marca doce ejes centrales donde se recogen cuestiones tan relevantes como el desarrollo económico equitativo de hombres y mujeres, la salud, la educación, o la erradicación de la violencia hacia las mujeres, entre otras.

Objetivos de Desarrollo Sostenible 2, 5 y 17

321. El Objetivo de Desarrollo Sostenible 2 (ODS), **Hambre Cero**, busca poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible. Este ODS se focaliza en la población que se encuentra por debajo del nivel nacional de pobreza (59,3 por ciento) y en la que vive en pobreza extrema (23,4 por ciento). El tercer informe de revisión nacional voluntaria reporta que en 2019 la meta de reducción de desnutrición crónica en el país fue alcanzada al 87,31 por ciento.¹⁶⁹

322. El ODS 5 tiene como objetivo lograr la **igualdad de género** y empoderar a todas las mujeres y niñas. El interés de este tipo de evaluación pasa por reforzar la evidencia de que la aplicación de acciones transversales y de acciones explícitamente dirigidas a la transformación de género, aportan calidad a las intervenciones, haciendo visible su importancia en cualquier tipo de proceso o programa. En el contexto de esta evaluación, algunos de los actores implicados, como el PMA, otorgan especial importancia al cumplimiento del ODS 5. De hecho, el PMA cumplirá el ODS 5 en el marco de su mandato, establecido en la Política de Género (2022-2025).

323. Bajo el ODS 17, **Alianzas para lograr los objetivos**, el Gobierno ha creado alianzas con organismos nacionales e internacionales en el ámbito de la seguridad alimentaria y nutricional, que se encuentran incluidas en La Gran Cruzada Nacional por la Nutrición (GCNN).

Otras actividades relacionadas

324. La **Gran Cruzada Nacional por la Nutrición** es una estrategia gubernamental en la que se involucran distintos sectores del país (gubernamental, empresa privada, organizaciones no gubernamentales (ONG), cooperación internacional, academia, instituciones religiosas y sociedad civil) con el objetivo de mejorar la nutrición de la población pobre y marginalizada, mediante un enfoque integral que permita responder a la multicausalidad del problema (Gobierno de Guatemala, n.d.).

325. Las líneas de acción de la GCNN son salud y nutrición, disponibilidad y acceso a una alimentación saludable, protección social, agua segura, saneamiento e higiene y comunicación social y de comportamiento. Los ejes transversales que se definen son: gobernanza, monitoreo y evaluación, financiamiento, equidad de género y pertinencia cultural.

326. La primera línea de acción, **Salud y Nutrición**, tiene como objetivo central la mejora de la cobertura y el acceso a servicios básicos de salud y nutrición con calidad, integralidad y equidad. Estas intervenciones están destinadas a la atención individual, familiar y comunitaria. A **nivel individual**, las intervenciones se dan sobre las mujeres en edad fértil (planificación familiar, vacunación, suplementos, prevención del embarazo y evaluación del estado nutricional); sobre las mujeres embarazadas (controles prenatales, evaluación del estado nutricional, suplementación, vacunación, consejería, etc.); sobre el parto y los recién

¹⁶⁸ Secretaría Presidencial de la Mujer. 2009. Política Nacional de Promoción y Desarrollo Integral de las Mujeres (PNPDIM) y Plan de Equidad de Oportunidades 2008-2023. Guatemala.

¹⁶⁹ Esta meta es anterior al Plan nacional de desarrollo K'atun: nuestra Guatemala (SEGEPLAN, 2021)

nacidos (atención en el parto, lactancia, desarrollo infantil temprano, etc.); sobre los niños/as menores de seis meses (vacunación, control del crecimiento y desarrollo, consejería, etc.); sobre los niños de seis a 59 meses (suplementación, ACF, desparasitación, vacunación, consejería, atención a enfermedades); y sobre los niños/as pre y escolares (alimentación escolar, vacunación, desparasitación, promoción de actividad física, etc.). **A nivel familiar**, los objetivos son el empoderamiento, la mejora en higiene, salud y nutrición, el consumo de ACF, el acceso a alimentos, la mejora de las cocinas en hogares y la mejora del agua y saneamiento de los hogares. Finalmente, **a nivel comunitario**, se busca fortalecer las capacidades del MSPAS en estrategias de promoción y educación, brindar apoyo a los profesionales de salud, y promover las oportunidades de colaboración y sinergias con otros órganos nacionales como la SESAN o el MIDES.

327. La segunda, **Disponibilidad y acceso a una alimentación saludable**, considera que la disponibilidad insuficiente e inestable de alimentos y la baja capacidad adquisitiva son las causas subyacentes de la desnutrición crónica. Contra esto, su objetivo principal es el desarrollo agrícola.

328. La tercera línea, **Protección social**, busca cuatro objetivos primordiales: 1) mejorar los ingresos de los grupos vulnerables mediante programas de transferencias condicionadas o no condicionadas; 2) promover esquemas de empleo temporal remunerado; 3) estimular la oferta de servicios permanentes de educación y salud en la mayor parte del territorio nacional; 4) promover el cambio de comportamientos sociales.

329. La línea de acción **Agua segura, saneamiento e higiene**, parte de la idea de que la mejora de estos aspectos contribuirá no solo a cumplir con el derecho humano al agua, sino con la reducción de los problemas de malnutrición en el país.

330. La última línea de acción, **Comunicación para el cambio social y de comportamiento**, tiene como objetivo promover y generar espacios de diálogo y acción con la población para comprender la problemática y así establecer acciones concretas para superarla.

Eventos externos clave

331. Varios son los factores externos clave que afectaron al país en el contexto de la entrega del ACF.

- El **COVID-19** impactó sobre la economía y la sociedad de Guatemala, afectando al empleo, al gasto en salud de las personas, el impacto de las remesas, el aumento de grupos vulnerables y el crecimiento de la desigualdad.
- Los **huracanes Eta e Iota** afectaron principalmente el norte del país y los departamentos colindantes con Honduras y El Salvador, especialmente los de Izabal y Alta Verapaz. El resto del país se vio afectado por lluvias y vientos más intensos de lo habitual. Como consecuencia, muchas comunidades quedaron incomunicadas y se produjeron situaciones de desabastecimiento y de incremento de precios en los alimentos. Durante 2021, las personas afectadas se vieron en la necesidad de recibir asistencia alimentaria e insumos para preparar sus tierras para el siguiente ciclo de cultivo.
- Uno de los efectos significativos del 2022 ha sido el **conflicto entre Rusia y Ucrania**, con consecuencias en el alza de precios en fertilizantes y bienes de consumo. El precio de la canasta básica aumentó en un 17,2 por ciento en 2022, pasando de Q3,110.18 en enero de 2022 a Q3,638.16 en enero de 2023.¹⁷⁰

¹⁷⁰ INE, 2023.

Anexo 6. Metodología

El siguiente anexo metodológico busca profundizar y aportar detalles que han sido considerados como relevantes para entender cómo se desarrolló el proceso de recolección de datos. En este anexo se encontrará una **descripción detallada de las diferentes técnicas** que fueron aplicadas para la recolección de datos. Asimismo, se incluyen en esta descripción inicial algunos **retos o limitaciones** que se presentaron durante esta etapa de levantamiento de datos, y se explica cómo se adaptaron las metodologías planteadas inicialmente a los imprevistos que fueron surgiendo. Esta información recogida en el anexo metodológico se complementa con 4 subanexos que se presentan a continuación. El primero de ellos, el subanexo 6.1. incluye las **herramientas utilizadas** para cada una de las técnicas empleadas (cuestionarios, guiones para entrevistas, etc.). En segundo lugar, el subanexo 6.2. presenta las **agendas de trabajo** tanto en Ciudad de Guatemala, como en los municipios y comunidades visitados. A continuación, el subanexo 6.3. muestra cuáles fueron las **localizaciones para el trabajo de campo**. Finalmente, el subanexo 6.4. especifica quiénes fueron las **personas y perfiles entrevistados**.

La metodología se basó en **métodos mixtos**, a partir de la aplicación de técnicas cuantitativas y cualitativas, integrando más adelante la información obtenida por ambas vías. Así mismo, se complementó con técnicas participativas.

En primer lugar, en lo relativo a los **métodos cuantitativos**, se realizaron dos encuestas.

La primera de ellas fue **una encuesta presencial con preguntas cerradas dirigida a personas usuarias**, cuyos hijos e hijas hubieran sido población beneficiaria del programa. Con la aplicación de la fórmula para determinar el tamaño muestral para poblaciones infinitas, se planteó realizar 384 encuestas, que sería una muestra estadísticamente representativa a nivel nacional para los 332.238 niños y niñas atendidos a noviembre de 2022 (con un nivel de confianza del 95 por ciento y un error muestral del cinco por ciento). Para eliminar posibles encuestas inválidas y llegar a un mínimo de 384 encuestas, el número se incrementó en un 10 por ciento. La tabla que se encuentra a continuación muestra las encuestas válidas que se obtuvieron finalmente en los 4 departamentos en los que se realizó la encuesta. El número total de respuestas válidas recolectadas fue de 442, lo que supera el mínimo establecido, mostrando que se logró la representatividad deseada.

La encuesta a personas usuarias fue realizada por un equipo de ocho encuestadores y encuestadoras, cada uno de los cuales debía realizar un total de 53 encuestas, para garantizar que se obtenían las 48 encuestas válidas requeridas.

Para que su realización fuese posible en el tiempo disponible, se realizó un muestreo intencional, tratando de cubrir la diversidad de condiciones sociales y de Seguridad Alimentaria y Nutricional del país. Las etapas de selección de la muestra fueron las siguientes:

Respuestas válidas por departamento

Departamento	Respuestas válidas
Santa Rosa	105
Quiché	112
Chiquimula	111
Alta Verapaz	114

Fuente: Encuestas a personas usuarias.

- Se seleccionaron **4 departamentos** en función de los siguientes criterios: estar incluidos y no incluidos en la GCNN, presentar diferentes condiciones sociales (tasa de pobreza y desnutrición) así como su área geográfica. Con el objetivo de cubrir las **distintas zonas del país**, se seleccionó un

departamento del corredor seco, Chiquimula, donde hay una mayor concentración de casos de desnutrición aguda; otro departamento en el norte, Alta Verapaz, donde los niveles de pobreza y de desnutrición crónica son altos, y hay dificultades en el acceso a servicios; otro en la zona occidental, Quiché, con altos niveles de pobreza y desnutrición crónica; y otro departamento de la zona costera, Santa Rosa, que no está en la Gran Cruzada, pero que fue incorporado en ampliaciones posteriores del alcance del Programa.

- En cada uno de los departamentos se seleccionaron aleatoriamente, aplicando el criterio de probabilidad, dos municipios. En cada uno de ellos se seleccionaron tres comunidades atendiendo a dos criterios clave: que hubiesen recibido ACF en los últimos tres meses, y que la distancia en vehículo no fuese mayor a tres horas desde la cabecera municipal.
 - i. Se clasificaron las comunidades (con familias que recibieron ACF) en función de la distancia en vehículo a la cabecera municipal: a) menos de una hora; b) en torno a una hora; c) en torno a dos horas.
 - ii. Se eligió uno de cada categoría al azar, corrigiendo la selección, según el grado de apertura de las comunidades.
 - iii. En cada comunidad se entrevistó a un mínimo de 16 madres/padres/cuidadores con niños de seis a 59 meses. Dada la temática de la encuesta, se consideró que las personas que debían ser entrevistadas en los hogares seleccionados eran las que suelen ir al centro de salud a recoger el alimento y quien se responsabiliza de que las niñas y los niños coman. Se espera que la mayor parte de estos perfiles corresponda a madres o a personas cuidadoras de sexo femenino, pero se procurará incluir igualmente a algunos padres o cuidadores varones.
 - iv. Las madres/padres/cuidadores a entrevistar se seleccionarán mediante la técnica de la segmentación de las comunidades, que consiste en dividir las comunidades en segmentos, enumerarlos y elegir aleatoriamente uno de ellos. A continuación, entrevistar a todas las personas que reúnen los requisitos hasta completar el número requerido).

No obstante, durante el desarrollo de las encuestas, los encuestadores tuvieron que enfrentarse a ciertos imprevistos que modificaron, aunque fuera solo en parte, el diseño inicial de los territorios y familias a ser encuestadas.

En primer lugar, en el departamento de Quiché, si bien estaba prevista la realización de encuestas en la comunidad 31 de Mayo, los datos tuvieron que recogerse en dos comunidades diferentes. A la llegada de los encuestadores, estos conocieron la información de que, por conflictos comunitarios, la comunidad 31 de Mayo se había dividido en dos, siendo la parte más poblada la nueva comunidad de San Antonio la Nueva Esperanza. Como era necesario que los encuestadores realizaran 16 encuestas en la comunidad, y no era posible cubrir este número realizando encuestas solo en 31 de Mayo, se procedió a realizar encuestas en ambas comunidades.

Asimismo, también en el departamento de Quiché, pero esta vez en la comunidad de Tonalá (Zacualpa), desde el puesto de salud se indicó que no había suficientes familias que hubieran sido beneficiarias de ACF porque eran renuentes a recibirlo o a llevar a sus niños/as al monitoreo. Por ello, además de esta comunidad, se tomó en cuenta la comunidad de Chimatzatz a partir de la sugerencia del personal de salud.

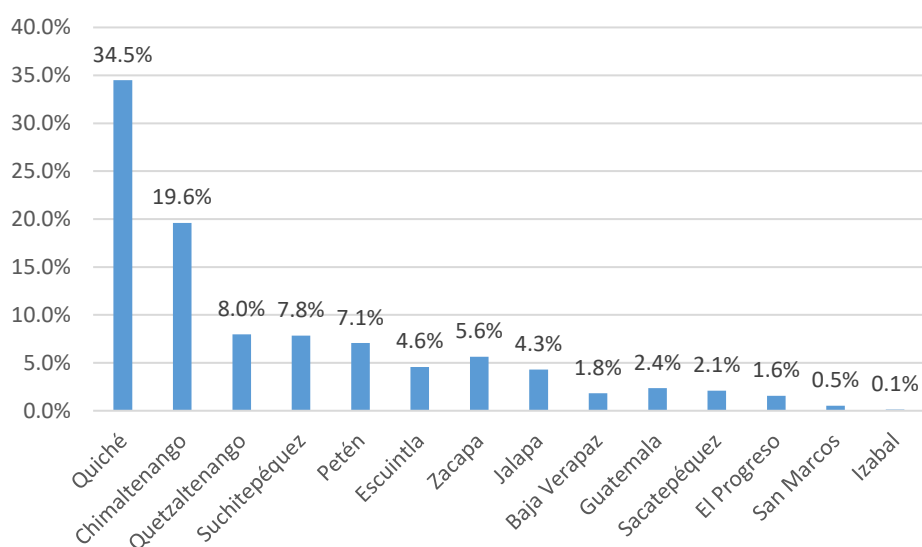
Por otra parte, esta vez en el departamento de Chiquimula, se produjo un desprendimiento en una carretera que hizo imposible acceder a la comunidad de El Orégano (Jocotán). Un considerable desprendimiento de tierras unido a un problema de avería de la maquinaria no permitió continuar con el camino de los encuestadores para llegar a esta comunidad. El equipo técnico de salud del área propuso realizar las encuestas en Guaraquiche, cerca de El Orégano, y así se realizó.

Pasando al segundo tipo de encuesta que fue implementado, este consistió en una **encuesta con preguntas principalmente abiertas dirigida a enfermeras auxiliares**. Dado que no en todos los lugares donde se desarrolla el programa se dispone de internet, se esperaba que la participación no fuese muy alta, de manera que pudieran utilizarse los resultados con fines meramente ilustrativos. Por esa razón, el modelo de entrevista era muy sencillo, centrado en los principales obstáculos y dificultades a los que se han tenido que

enfrentar, los puntos fuertes del programa y el ajuste a las necesidades de las personas usuarias, tratando de recoger igualmente recomendaciones para actividades futuras.

Pese al planteamiento inicial, en el que se pensó que la tendría una cantidad muy limitada de respuestas, gracias al apoyo del MSPAS en el proceso de distribución de la encuesta, se obtuvieron un total de 919 respuestas válidas, que fueron respondidas en un 81,2 por ciento por enfermeras auxiliares. En cuanto al resto de categorías (enfermeros, médicos, promotores de salud, educadores y nutricionistas), ninguno llegaba al cinco por ciento de representación. En ella participaron 14 de los 22 departamentos del país, con proporciones de respuesta muy diferentes respecto del total. Ello se debe a la mayor o menor intensidad de la distribución de la encuesta en los diferentes departamentos, lo que ha conducido a la sobrerrepresentación de algunos de ellos, como puede verse en el gráfico siguiente.

Respuestas válidas por departamento



Fuente: Encuestas a auxiliares de enfermería

Por otra parte, para **la recopilación de datos cualitativos**, se realizaron entrevistas en municipios diferentes a las localidades visitadas por los encuestadores. El detalle de cómo se estructuraron estas entrevistas se encuentra en el cuerpo del informe, y se complementa con el Anexo 6.3., donde una tabla resume cuáles fueron las localidades visitadas para cada una de las entrevistas. Por otra parte, también se realizaron talleres participativos.

Se preveía la realización de un **taller participativo** con personas usuarias (madres, padres o adultos responsables de la persona menor de edad que recibe el alimento) en cada una de las localidades visitadas. Se planteó la utilización de técnicas constructivistas y basadas en la educación popular, con una estructura en tres fases (ver, juzgar y actuar). Por ejemplo, cartografías sociales, donde las personas beneficiarias puedan plasmar su mirada al PACF, los cambios o resultados experimentados, comportamentales o nutricionales o su lectura de su realidad sin Programa y con Programa. Estas técnicas permiten también ahondar en elementos de género, especialmente porque se planteó la división de cada grupo en dos: padres y cuidadores masculinos, y madres y cuidadoras femeninas, con dos sesiones que discurriesen en paralelo.

No obstante, las técnicas propuestas para los talleres participativos tuvieron que ajustarse por motivos diferentes.

- En primer lugar, los espacios donde se realizaron los talleres no cumplían con condiciones para llevar a cabo lo planificado; hubo lugares donde no se contaba con una infraestructura mínima, un ejemplo de esto fue uno de los talleres que se desarrolló en un espacio abierto al lado de una despensa, siendo la única infraestructura una banca bajo un techo de lámina (galera) y suelo de tierra.

- En segundo lugar, el número de participantes varió enormemente en función del taller. En el primero, realizado en Bijagues (Santa Rosa) participaron seis madres acompañadas por ocho niños y niñas. En el segundo, realizado en San Nicolás (Santa Rosa), participaron 16 madres y 25 niños y niñas. En el taller realizado en Saspan (Chiquimula) participaron tres madres y cinco menores. En el caso del taller realizado en Los Cimientos (Chiquimula), participaron 17 madres y 20 niños y niñas. Finalmente, en el taller realizado en Xetenabaj (Quiché), participaron ocho madres. En ocasiones por exceso de participantes y en otras por defecto (se preveía la participación de 15 madres en cada taller). El hecho de que las madres fueran acompañadas de sus hijos e hijas supuso también una distracción para las mismas, pues naturalmente, estaban preocupadas atender las necesidades de sus hijos e hijas.
- En tercer lugar, a esto se le sumó los tiempos que las madres disponían para atender el taller y luego trasladarse hacia sus hogares, que en ocasiones implicó iniciar con retraso o bien acelerar los cierres.

Estas dificultades contextuales conllevaron al ajuste del diseño del taller acentuando tres aspectos: (1) los momentos del taller, haciendo énfasis en “un camino” con diferentes pasos que marcaron la experiencia del programa, para ello se ubicaron imágenes (representaciones gráficas) que permitieron que las participantes pudieran asociar su vivencia con las consultas que se iban realizando de parte del equipo facilitador, relacionadas con la experiencia del programa, con la preparación del AFC, considerando también si hubo cambios gracias al programa; (2) el tiempo del taller, se ajustó para que pudiese desarrollarse entre 40 a 60 minutos; (3) el taller fue facilitado por dos personas, esto permitió que una llevara a cabo las dinámicas y otra tomará nota. De aquí que, el taller mantuvo su enfoque constructivista y el énfasis dialógico que contribuyó al rescate de las vivencias intersubjetivas de las participantes en torno al Programa AFC.

En cuanto al enfoque de género que se propuso con la finalidad de identificar si existen condicionamientos diferenciados tanto desde, como hacia hombres, padres o cuidadores y los niños versus las mujeres, madres, cuidadoras y niñas beneficiarias; se había propuesto dividir los talleres en dos: padres/cuidadores masculinos y madres/cuidadoras femeninas, cada uno de los cuales sería facilitado por uno de los dos miembros del equipo (hombre y mujer respectivamente) de manera que ambas sesiones discurrieran en paralelo. Esto no fue posible, ya que no se contó con la participación de hombres en ninguna de las comunidades, a pesar de que se hacía la convocatoria. Al respecto, tanto las enfermeras como el personal de salud, señaló que la representación de padres en las consultas o monitoreos de crecimiento y en el AFC era muy escasa, pues lo usual es que la tarea de cuidado de los niños y niñas sea realizada por la madre. Las enfermeras convocaron a las familias (tanto padres y madres), no obstante, la participación fue de madres únicamente en los cinco talleres realizados.

La realización de los talleres participativos sumaron valor al proceso evaluativo ya que, a través de la actividad desarrollada, se propició un ambiente de construcción grupal donde los roles asumidos por las participantes fueron más activos, en cuanto a la identificación de sus experiencias a través de un camino en el cual fueron reconstruyendo cada paso desde el conocimiento del programa, la forma de recepción del AFC, la preparación, su valor e importancia a nivel familiar, así como la identificación de cambios en las niñas y niños, también permitió exponer dificultades que marcan los desafíos del programa y sugerencias para la mejora.

Además de estos talleres y entrevistas en terreno, se realizaron entrevistas con las instituciones en Ciudad de Guatemala como en la cabecera de los departamentos mencionados.

Además, estas técnicas fueron complementadas por entrevistas grupales que se realizaron de forma virtual:

4. Dos **grupos focales** con una representación de los/las **nutricionistas** de las Áreas de Salud del MSPAS, para conocer su valoración del programa y para identificar las principales dificultades que perciben y las recomendaciones de mejora que consideren de utilidad. Dado que el número máximo existente era de 29, se convocó a las de todas las áreas de salud, con la excepción de las que habían sido visitadas por el equipo evaluador (ya que se les realizaba una entrevista presencial). El número de participantes que finalmente se consiguió fue de 22 participantes en total, 11 en cada grupo.

5. Dos **grupos focales con monitores y monitoras de la SESAN** de los departamentos visitados, pero que trabajen habitualmente en municipios que no hubieran sido visitados¹⁷¹. Los objetivos de estos grupos eran similares a los mencionados en el caso del personal de los establecimientos de salud. El número de personas que se conectó fue muy amplia (42 personas, 21 en cada grupo), si bien no todas ellas se mantuvieron durante toda la duración del grupo.

Estos grupos focales no se dividieron por sexo porque, tal y como se acaba de mencionar, los criterios que se tuvieron en cuenta para la conformación de los grupos fueron de otra naturaleza.

Tras un análisis de factibilidad realizado en la primera etapa de la evaluación, considerando sobre todo los plazos existentes y las exigencias metodológicas que supone, se propuso **reconsiderar el método participativo** para recabar y analizar la información relacionada con logros, sustituyendo la cosecha de alcances (CDA) por el cambio más significativo (CMS), que permite igualmente obtener información relacionada a los cambios observables, comportamentales y estructurales, de las poblaciones beneficiarias y del personal técnico.

Para el ejercicio de seleccionar las historias más significativas, se planteó la realización de una sesión del equipo evaluador junto con las personas entrevistadas en la etapa inicial, en representación de sus respectivas instituciones, a celebrar de manera inmediatamente anterior a la sesión de *debriefing* a la finalización del trabajo en terreno. El equipo evaluador presentaría como input los cambios recogidos, categorizados y ordenados, aspecto que optimizaría el tiempo y el proceso.

Esta sesión se celebró, si bien fue necesario cambiar su naturaleza y contenido, ya que la aplicación de los talleres participativos donde se debía recoger la información referida a los cambios no había proporcionado ese resultado, o no lo había hecho en cantidad suficiente como para generar historias a seleccionar. En consecuencia, se realizó una presentación de los hallazgos preliminares obtenidos en el trabajo de campo a las personas participantes en la reunión, hallazgos que fueron trabajados individualmente y en grupo, con el fin de establecer clarificaciones, ampliaciones y recogida de comentarios. Además, fueron clasificados temáticamente, según los temas con los que se relacionaban más directamente. Los resultados de ese taller han alimentado el análisis realizado para la elaboración de este informe.

Para finalizar, también se realizó un **taller en el que participaron todas las instituciones para la construcción de las recomendaciones**. Los objetivos de esta sesión eran construir participativamente las recomendaciones de la evaluación, a partir de los hallazgos obtenidos y de las conclusiones alcanzadas, por parte de representantes de las instituciones que estuvieron trabajando en el Programa Nutrin niños a lo largo de su desarrollo. Se buscaba también que estas recomendaciones contaran con un alto grado de factibilidad en el contexto guatemalteco y su institucionalidad y que contasen con un alto grado de legitimidad y de aceptación posible.

El taller se inició a las 8:30h con un **desayuno de bienvenida**. Tras este, a las 9:00h se realizó una pequeña introducción de 15 minutos al taller, a cargo del PMA, para presentar la agenda. Igualmente, se entregó a cada participante una tarjeta de un color, que sería indicativa del grupo con el que cada uno estuvo trabajando durante la mañana. De este modo, la asignación a los grupos se realizó de manera más eficiente y sin generar dudas¹⁷².

A las 9:15h se llevó a cabo la **presentación de resultados**, que incluyó los hallazgos definitivos y las conclusiones revisadas. Asimismo, se mostró la Teoría de Cambio, con el objetivo de que sirviera como referencia para la formulación de las recomendaciones. También se explicó qué son las recomendaciones,

¹⁷¹ El número total de monitores de la SESAN existente en el país ronda los 600, por los que no resultaba posible seguir una estrategia similar a la de las nutricionistas de las DAS.

¹⁷² Si hay personas que no llegan puntuales, se pedirá colaboración al PMA para la entrega de las tarjetas restantes. Se espera que el PMA pueda confeccionar un listado de asistentes confirmados para poder hacer la preasignación a los grupos.

para qué sirven y cómo se diferencian de las acciones más concretas. Una vez realizada esta presentación de 30-40 minutos, se dejó un breve periodo para la formulación de preguntas y comentarios¹⁷³.

Para el trabajo grupal que comenzó a las 10h, se dividieron a las personas participantes en tres grupos mixtos (con un representante de cada institución en cada uno de ellos) y un grupo en el que estuvieron presentes las representantes de las Unidades de Género.

El **trabajo en grupos** para la formulación de recomendaciones se extendió entre las 10:00h y las 12:00h. Las conclusiones se encontraban escritas en **siete paneles**, distribuidos a lo largo de la sala. En los paneles, figuraba una formulación resumida de la conclusión, junto a la que se hallaban varias fichas que entraban en mayor detalle, a modo de recordatorio.

Se buscó que todos los grupos trabajasen con todas las conclusiones, pero de manera sucesiva, no simultánea. Por ello, para comenzar, se asignó una conclusión a cada uno de los grupos. El grupo compuesto por las unidades de género comenzó trabajando por la conclusión número 7, que aborda esta cuestión.

Con el fin de conseguir construir recomendaciones concretas, se pidió a cada grupo que reflexionara en relación con la conclusión, tratando de responder a las siguientes preguntas, que fueron iguales para todas ellas:

- ¿Qué habría que mantener tal y como está?
- ¿Qué sería necesario modificar?
- ¿Qué se debería eliminar?
- ¿Qué sería necesario añadir?

La **dinámica de trabajo** se basó en la metodología World Café, que trabaja por rondas. En primer lugar, cada uno de los grupos focalizó su trabajo sobre la conclusión que se le propuso durante 30 minutos, volcando sus ideas sobre el panel, a partir de las preguntas formuladas. Una vez transcurrido ese periodo de tiempo, una persona de cada grupo se quedó "en la mesa" o junto al panel y el resto se desplazó hacia otro de los paneles en los que estuvo estado trabajando otro grupo. El papel de la persona que permaneció "en la mesa" fue clarificar al siguiente grupo cualquier cuestión que fuera necesaria de la conversación anterior.

De esta forma, cada uno de los grupos visitó las otras dos mesas, donde tuvo la oportunidad de añadir sus propias aportaciones e ideas. El proceso de complementación de las recomendaciones se extendió durante 15 minutos para cada mesa.

Tras esta primera ronda, se asignaron las tres conclusiones restantes y se volvió a empezar con la dinámica: 30 minutos de trabajo por grupos y 15 minutos para aportar ideas a cada uno de los otros dos grupos.

En cuanto a la Unidad de Género, a la que se le dio un tratamiento especial en la dinámica, se focalizó durante 30 minutos en la conclusión 7, y el resto del tiempo lo dedicó a aportar al resto de conclusiones desde su enfoque de género (15 minutos para cada conclusión). En la segunda ronda, "acompañó" a cada uno de los grupos en el trabajo que se encontraban haciendo, con el fin de poder interactuar con todos ellos.

A la finalización de este ejercicio, todos los grupos ya habían pasado por todas las conclusiones y habían podido realizar sus aportaciones a las recomendaciones formuladas. A modo de resumen, en la tabla de la página siguiente se muestran los tiempos y grupos:

¹⁷³ El orden no necesariamente será el descrito. Podrá ser igualmente: (1) presentación, (2) preguntas, (3) recomendaciones, (4) teoría del cambio y (5) presentación de la dinámica.

	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
10:00h	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3				Grupo G
10:15h							
10:30h	Grupo G	Grupo 1	Grupo 2				Grupo 3
10:45h	Grupo 3	Grupo G	Grupo 1				Grupo 2
11:00h	Grupo 2	Grupo 3	Grupo G				Grupo 1
11:15h				Grupo 1 Grupo G	Grupo 2	Grupo 3	
11:30h							
11:45h				Grupo 3	Grupo 1	Grupo 2 Grupo G	
12:00h				Grupo 2	Grupo 3 Grupo G	Grupo 1	

Este ejercicio se realizó durante dos horas y 15 minutos (una hora y 15 minutos para la primera ronda de recomendaciones y una hora para la segunda). Una vez finalizadas las dos rondas, se dispuso de 45 minutos para realizar una **puesta en común** y **un debate** sobre las recomendaciones formuladas, a cargo de las personas que participaron en cada una de “las mesas”, con el fin de consolidarlas y fortalecerlas, sometiéndolas al escrutinio del resto de los grupos (aunque en realidad ya se habían construido conjuntamente).

Las representantes del equipo evaluador presentes en la dinámica utilizaron estos 45 minutos para recoger las recomendaciones y para integrarlas en la presentación que se llevó a cabo por la tarde.

La Teoría de Cambio se mantuvo proyectada durante todo el trabajo de los grupos, con el fin de que les sirviera como inspiración.

De las 13:00h a las 14:00h se hizo una pausa para almorzar. A esta comida fueron invitados representantes políticos de las instituciones participantes, que se unieron al taller por la tarde.

A partir de las 14:00h, se realizó la presentación de los resultados de la evaluación a los responsables institucionales, haciendo énfasis en las conclusiones y recomendaciones. Se dio un tiempo para turnos de preguntas, aclaraciones o aportaciones.

A las 15:00h comenzó el trabajo para la formulación de los planes de trabajo, como primer plan de respuesta con acciones más concretas. Asimismo, se buscó que se alcanzaran compromisos sobre el reparto de responsabilidades de cada una de las instituciones.

Finalmente, a las 16:00h se realizó la clausura del taller.

A modo de resumen de todo el anexo metodológico, se presenta a continuación una tabla-resumen de limitaciones y dificultades metodológicas de las técnicas expuestas.

Tabla-resumen de limitaciones y dificultades metodológicas

Técnica empleada	Departamento	Limitaciones/dificultades encontradas
Encuesta a usuarios/as	Quiché	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para establecer la comunicación con la responsable del distrito de Zacualpa - División de la comunidad 31 de Mayo en dos comunidades tras un conflicto - Falta de suficiente población beneficiaria en la comunidad de Tonalá para realizar la encuesta - Poca cobertura de telefonía móvil - Dificultades para el desplazamiento hacia las comunidades por falta de transporte propio
	Alta Verapaz	<ul style="list-style-type: none"> - Poca apoyo por parte de los promotores de salud - Tardanza del Director Departamental de Salud en la selección de los municipios - Poca cobertura telefónica en La Tinta
	Chiquimula	<ul style="list-style-type: none"> - Desprendimiento en la carretera que impidió llegar a la comunidad de Orégano - Falta de cobertura telefónica en las comunidades
Talleres participativos	Todos	<ul style="list-style-type: none"> - Espacios que no cumplían las condiciones mínimas para la realización de los talleres (falta de infraestructura) - Las madres vinieron acompañadas de sus niños y niñas, lo que implicó distracciones - No se contó con la participación de hombres en las comunidades, por lo que no se pudieron realizar los talleres con el enfoque de género previsto
Grupos focales	Virtual	<ul style="list-style-type: none"> - Gran afluencia a los grupos focales de monitores (más de 20 personas), que dificultó la interacción de todos ellos.

Anexo 6.1. Herramientas de recopilación de datos

FORMATO DEL CUESTIONARIO A USUARIOS/AS

La encuesta se aplicará a la madre, padre o cuidador del niño/niña que recibe el ACF.

	DATOS GENERALES DE LA ENCUESTA		PE
P1	Departamento		
P2	Municipio		
P3	Comunidad/barrio/caserío		
P4	Nombre del encuestador		
P5	Nombre del supervisor		
P6	Fecha de la encuesta		
P7	Consentimiento Informado		
<p>La empresa Red2Red está realizando un estudio de evaluación independiente del Programa de Alimento Complementario Fortificado en Guatemala, Nutrin niños, que le ha sido encomendado conjuntamente por el PMA, el MSPAS, el MIDES y la SESAN. Nutrin niños es parte de la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición del Gobierno de Guatemala, cuyo objetivo es garantizar la seguridad alimentaria en niños y niñas de entre 6 y 59 meses de edad. Sin embargo, nuestro trabajo es independiente de la labor del gobierno.</p> <p>En el marco del estudio se lleva a cabo esta encuesta, que busca conocer cómo ha funcionado la recepción del Alimento Complementario Fortificado, cuál ha sido su uso y cuál es la valoración de las madres/padres/personas cuidadoras que han participado en el Programa.</p> <p>La participación que se le solicita es contestar algunas preguntas relacionadas con su experiencia con el Programa de Alimento Complementario Fortificado. Se prevé que la encuesta tenga una duración aproximada de 25 minutos y se realizará una única vez.</p> <p>Su participación es voluntaria y puede negarse a participar o retirarse en cualquier momento sin perder los beneficios a los cuales tiene derecho (el ACF), ni a ser castigada de ninguna forma.</p> <p>Le garantizamos el estricto manejo y confidencialidad de la información, tomando las medidas de seguridad pertinentes. Su identidad nunca podrá ser conocida por terceros, ajenos a las personas que están realizando el estudio.</p> <p>Si necesita cualquier aclaración, por favor formule sus dudas a continuación. En caso contrario, por favor manifieste su acuerdo cuando finalice de leer el siguiente texto: He sido informado/a del objetivo del estudio sobre el Programa de Alimento Completo Fortificado. He tenido la oportunidad de preguntar sobre él y me han respondido satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente a participar en esta investigación y entiendo que toda la información que brinde va a ser manejada con confidencialidad, lo cual no me expone ni a mí ni a ninguna persona de mi familia en riesgo. Entiendo también que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.</p> <p>Por lo cual accedo a realizar esta encuesta.</p>			
		Sí	
		No -> terminar la encuesta	
	DATOS GENERALES DE LA FAMILIA		
P8	Sexo de la persona entrevistada		
		Mujer	
		Hombre	
		Prefiere no decir	

P9	¿Tiene niños o niñas de 6 meses a 23 meses?		
		Sí → pasar a la P11	
		No → pasar a P10	
P10	¿Tiene niños o niñas de 24 meses a 59 meses? (menores de 5 años)		
		Sí	
		No ->terminar la encuesta	
P11	¿En los tres meses pasados (diciembre a febrero) ha recibido alimento complementario fortificado Nutrininos?		P3.0
		Sí -> Pasar a P14	
		No	
P12	En caso que NO, recibió Nutrininos anteriormente?		P3.0
		Sí → Pasar a P13	
		No -> Terminar la encuesta	
P13	¿Cuándo fue la última vez que recibió Nutrininos en los dos años anteriores? (pregunta abierta, anotar el mes y el año en que recibió)		
		Hace 4 a 6 meses (noviembre-septiembre 2022)	
		Hace 6-12 meses (agosto-enero 2022)	
		En el 2021	
		Hace dos o más años -> terminar la encuesta	
P14	La última vez que recibió el alimento ¿Fue la primera vez que recibió el alimento?		P3.0
		Sí	
		No	
P15	¿Qué relación tiene Ud. con el/los niños/niñas menores de 5 años de su hogar?		
		Madre	
		Padre	
		Abuelo/Abuela	
		Otro (especificar)	
P16	En su hogar ¿Quién es el que da de comer mayormente a los niños menores de 5 años?	Madre	P5.2
		Padre	
		Abuela	
		Ambos madre y padre	
		Abuelo	
		Hermanos mayores	
		Hermanas mayores	
		Otro miembro (especificar)	
P17	¿Cuál es el nivel educativo de la madre o cuidador(a) de los niños menores de 5 años?		P3.4
		Sin educación formal	
		Primaria incompleta	
		Primaria completa	
		Secundaria incompleta	

		Secundaria completa	
		Educación superior técnica	
		Educación universitaria	
P18	¿Cuál es la lengua materna de la madre o cuidador (a)?(anotar pregunta abierta)		P3.0
P19	¿Cuál es el pueblo al que pertenece la madre o cuidador (a)?		P3.0
		Mestizo	
		Maya	
		Garífuna	
		Xinca	
		Otro (especificar)	
		No indica	
P20	¿Cuál es la fuente de agua de su vivienda?		P3.4
		Por cañería en la vivienda	
		Pozo, manantial protegido	
		Pileta pública, comunal	
		Pozo mecánico o manual no protegido	
		Manantial no protegido	
		Río, lago, acequia	
		Agua embotellada	
		Agua de lluvia	
		Otro (especificar)	
P21	¿A qué tiempo de su vivienda (caminando) está la fuente de agua de consumo?		P3.4
		En la vivienda	
		Menos de 30 minutos	
		30 minutos o más	
		No sabe	
RECEPCION DEL ALIMENTO COMPLEMENTARIO FORTIFICADO			
P22	¿Para cuántos niños o niñas recibió el alimento (la última vez que recibió)?		P3.0
		Anotar número de niños/niñas	
P23	¿Qué edad tiene el niño menor de edad para el que recibió el alimento? En caso de que haya más de un niño, preguntar por el niño/niña de menor edad que recibió el alimento		P3.0
		Anotar edad en meses	
P24	¿Cuál es el sexo del niño/niña que recibió el alimento? (Si hay más de un niño/niña anotar el sexo del de menor edad)		P3.0
		Niña	
		Niño	
P25	¿Qué cantidad ha recibido la última vez? (en bolsas)		P2.1
		1 bolsa	
		2 bolsas	
		3 bolsas	
		4 bolsas	
		Otro (especificar)	

P26	Pedir que le muestre las bolsas (si lo tiene) y anotar la presentación		P2.3
		1 kilo	
		1,5 kilos	
		No tiene las bolsas	
P27	¿Dónde lo ha recibido?		P2.3
		Puesto/Centro de Salud de la comunidad o comunidad cercana	
		Puesto/Centro de salud de la cabecera municipal	
		Durante las jornadas de salud en la comunidad	
		Me trajeron a la casa en las visitas de personal de salud	
		Otro (especificar)	
P28	¿Quién le entregó?		P2.3
		Médico del puesto/centro de salud	
		Enfermera del Puesto/Centro de salud	
		Técnico de salud	
		Otro (especificar)	
P29	¿A cuánto tiempo de viaje de su hogar/comunidad está el lugar donde recoge el alimento? (respuesta abierta anotar el tiempo en horas y minutos)		
P30	¿En qué medio viaja para recoger el alimento?		
		Movilidad pública (bus, auto público)	
		A pie	
		Motocicleta (propia o de otro)	
		En otro medio (especificar)	
P31	Cuando le entregaron alguna vez, ¿le explicaron para que sirve el alimento complementario fortificado?		P3.4
		Sí	
		No	
P32	Cuando le entregaron alguna vez ¿Le mostraron cómo preparar el alimento?		P3.4
		Sí	
		No	
P33	¿Sabe cuántas veces por día se debe dar Nutrinifios al niño/niña?		P3.3
		Una vez	
		Dos veces	
		Tres o más veces	
		No sabe	
		Otro (especificar)	
P34	¿Sabe cómo se prepara Nutrinifios para dárselo al niño/niña?		P3.3
		En atol	
		En papilla, comida espesa	
		Otra forma (especificar)	

		No sabe	
P35	¿Puede explicar los pasos cómo se prepara Nutriniños? Pedir que explique los pasos y anotar todo lo que indique y el orden	Marcar las opciones con un número, según las mencione, en el orden que las mencione	P3.3
		Lavarse las manos antes de preparar	
		Abrir la bolsa con tijera o los dedos	
		Usar agua hervida o clorada para preparar Nutriniños	
		Poner 2 cucharas bien llenas de Nutriniños en un recipiente (taza, plato)	
		Agregar ½ taza de agua hervida o clorada y mezclar	
		Cocinar el alimento hasta que hierva por 2 minutos	
		Dejar enfriar y darle al niño/niña	
USO ACTUAL DEL ALIMENTO			
P36	El niño/niña que recibe Nutriniños está lactando?		P3.3, P3.4
		Sí	
		No	
P37	¿Cuántos días normalmente le da Nutriniños en la semana al niño/niña?		P3.3
		Todos los días (7 días a la semana)	
		6 días	
		5 días	
		4 días	
		3 días	
		2 días	
		1 día	
		0 días (ningún día)	
		No sabe	
P38	Cuando le da Nutriniños ¿cómo prepara Nutriniños para darle a su niño/niña?		P3.3
		En atol	
		En papilla	
		Otros (especificar)	
P39	Cuando le da, ¿cuántas veces le da Nutriniños al día?		P3.3
		Una vez	
		Dos veces	
		Tres o más veces	
P40	Cuando le da ¿Qué cantidad de Nutriniños le da normalmente al niño/niña por vez? (en tazas)		P3.3
		Menos de ¼ de taza	
		De ¼ de taza a ½ taza	
		De ½ taza a 1 taza	
		1 taza	
		Otro (especificar)	
P41	¿En su hogar quién prepara mayormente Nutriniños para darle de comer al niño/niña?		P5.2, P3.4

		Madre	
		Padre	
		Hermanas mayores	
		Abuela	
		Abuelo	
		Hermanos mayores Otro miembro de la familia (especificar)	
P42	Ud. o la persona que prepara Nutrininos normalmente se lava las manos antes de preparar?		P3.3
		Sí	
		No	
		No sabe	
P43	Además del alimento fortificado, el niño/niña que recibe Nutrininos come de los siguientes alimentos?	(Marcar todo lo que come)	P3.3, P3.4
		Cereales, raíces y tubérculos (ej. maíz, tortilla, atol, pan, papa, yuca, camote)	
		Frutas y vegetales ricos en Vit. A (papaya, mango, zanahoria, hojas verdes oscuras)	
		Carne, pescado, pollo	
		Frejol, nueces, maní, semillas	
		Huevos	
		Otras frutas y vegetales (piña, manzana, naranja, lechuga)	
		Leche, queso, yogurt	
		No, come solo Nutrininos	
P44	¿Le han indicado (el médico, enfermera, sanitario y otro personal de salud) si el niño/niña que recibe Nutrininos está con bajo peso?		P3.0
		Sí	
		No -> Pasar a P46	
P45	¿En caso que sí tiene bajo peso, qué otros alimentos especiales ha recibido para el niño/niña? (respuesta múltiple)		
		Formula especial, leche especial	
		Suplementos de vitaminas (en jarabe, en polvo)	
		Otro (especificar)	
P46	Además del niño/niña que recibe Nutrininos, ¿otros miembros de la familia consumen el alimento?		P3.3, P3.4
		Sí	
		No -> Pasar a P48	
P47	En caso que sí ¿quiénes? Respuesta múltiple		P3.3, P3.3
		Toda la familia	
		Hermanos/as mayores	
		Madre	
		Otros miembros (especificar)	
PERCEPCION SOBRE EL ACF			
P48	¿Cómo cree que Nutrininos le ha ayudado a su niño/niña? (Respuesta múltiple)	Pregunta abierta	P3.1

P49	¿Cómo le ayuda a Ud. y su familia el reparto del Nutriniños?		P3.1
		Es un apoyo para la alimentación de los niños/niñas	
		Le ayuda a ahorrar en la comida de los niños/niñas	
		Otro (especificar)	
P50	¿Tiene alguna dificultad para ir a recoger Nutriniños?		P2.3
		Sí	
		No → Pasar a P52	
P51	En caso de que sí ¿Qué dificultades tiene para ir a recoger el Nutriniños? (respuesta múltiple)		P2.3
		Queda lejos el puesto o centro de salud	
		No hay transporte	
		Cuesta mucho el pasaje	
		No tiene tiempo para ir a recoger	
		No tiene quien vaya a recoger	
		Otro (especificar)	
P52	¿Tiene alguna dificultad para preparar Nutriniños?		P2.0
		Si	
		No → Pasar a P54	
P53	En caso de que sí, ¿Qué dificultades tiene para preparar Nutriniños?		P2.0
		No tiene agua potable (clorada)	
		No tiene leña/gas/combustible para hervir el agua	
		No tiene mucho tiempo	
		No sabe bien como preparar	
		Otro (especificar)	
P54	¿Tiene alguna recomendación para mejorar el producto? (pregunta abierta)		P3.2
P55	Observación carnet de salud	Pedir el carnet de salud y anotar si el peso y talla del niño/niña están por debajo de la curva normal (de la curva del 0) Anotar fecha de la última entrega del alimento complementario	

FORMATO DE CUESTIONARIO A ENFERMERAS AUXILIARES

La empresa Red2Red está realizando un estudio de evaluación independiente del Programa de Alimento Complementario Fortificado en Guatemala, Nutrin niños, que le ha sido encomendado conjuntamente por el PMA, el MSPAS, el MIDES y la SESAN. Nutrin niños es parte de la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición del Gobierno de Guatemala, cuyo objetivo es garantizar la seguridad alimentaria en niños y niñas de entre 6 y 59 meses de edad. Sin embargo, nuestro trabajo es independiente de la labor del gobierno.

En el marco del estudio se lleva a cabo esta encuesta, que busca conocer cómo ha funcionado la distribución del Alimento Complementario Fortificado, cómo ha sido su uso y la valoración de los posibles beneficios

La participación que se le solicita es contestar las preguntas del cuestionario de acuerdo con su experiencia con el Programa de Alimento Complementario Fortificado.

Le garantizamos el estricto manejo y confidencialidad de la información, tomando las medidas de seguridad pertinentes.

P1	Departamento		
P2	Área de salud		
P3	Municipio		
P4	Distrito de salud		
P5	Cargo		
P6	Tiempo que está en el cargo		
P7	¿Cuál es su rol en la distribución del Alimento Complementario Fortificado - Nutrin niños?		
P8	Según su experiencia ¿cómo fue el arribo del alimento al centro/puesto de salud? (marque una respuesta)		
		Siempre llegó a tiempo	
		Llegó la mayor parte de veces a tiempo	
		Llegó solo la mitad de veces a tiempo	
		Llegó la mayor parte de veces a destiempo	
		Llegó siempre a destiempo	
		Otro (especificar)	
P9	Si llegó a destiempo, indique dos principales razones		
		1.	

		2.	
P10	Según su experiencia ¿cómo es la constancia en la llegada del alimento a los puestos de salud? (marque una respuesta)		
		Siempre llega todos los meses	
		Hay meses en que no llega	
		Hay períodos más largos (más de 6 meses) que no llega	
		Otro (especifique)	
P11	Según su experiencia ¿cómo es la calidad del alimento que llega al centro/puesto de salud? (marque una respuesta)		
		Siempre de buena calidad	
		La mayor parte de veces de buena calidad	
		Solo la mitad de veces de buena calidad	
		La mayor parte de veces de mala calidad	
		En algunas ocasiones de mala calidad	
		Otro	
P12	Según su experiencia ¿cómo es el volumen de alimento que llega al centro/puesto de salud? (marque una respuesta)		
		Siempre llega el volumen solicitado o en mayor volumen	
		La mayor parte de veces llega el volumen solicitado o en mayor volumen	
		La mitad de las veces llega el volumen solicitado	
		La mayor parte de veces llega menos del volumen solicitado	
		Otro (especifique)	
P13	Según su experiencia ¿Cómo es la cantidad del alimento que se entrega por niño/niña?		
		Es suficiente	

		Es insuficiente			
P14	Si es insuficiente, indique dos razones				
		1.			
		2.			
P15	Mencione tres dificultades que se tiene en el puesto de salud para la distribución de alimentos a las familias beneficiarias				
		1.			
		2.			
		3.			
P15	¿Considera Ud. que la forma de distribución de alimentos es adecuada para las madres?				
		Sí es adecuada			
		No es adecuada			
P16	Si no es adecuada explique ¿por qué?				
P17	¿Cómo considera Ud. que el alimento fortificado y la forma como se distribuye ha contribuido a la mejora de: (marque con X donde corresponda y explique su respuesta)				
		Ha mejorado mucho	Ha mejorado regular-mente	Ha mejorado poco o casi nada	Explique su respuesta
	a) Estado nutricional de los niños y niñas				
	b) Los conocimientos de las madres y padres sobre la alimentación de los niños/niñas menores de 2 años				
	c) El consumo de alimentos de los niños/niñas menores de 2 años				
P18	¿Cómo considera que son los siguientes procesos en la distribución y uso del alimento? (marque con X donde				
		Muy adecuado	Regularmente Adecuado	Inadecuado	Explique su respuesta

	corresponda y explique su respuesta)				
	a) El empaque y presentación del producto				
	b) La forma de distribución				
	c) La forma de preparación				
P19	Indique tres recomendaciones para mejorar el alimento y el programa en general				
		1.			
		2			
		3			
P20	¿Hay algo que desee añadir?				

ENTREVISTAS A RESPONSABLES TÉCNICOS DE LAS INSTITUCIONES. MIDES.

El objetivo de esta entrevista/sesión de trabajo es profundizar en algunos de los aspectos sobre los que ya conversamos en la primera entrevista celebrada, y en particular en el proceso que siguen para el tratamiento y análisis de la información, con los que alimentan las estadísticas y los informes de seguimiento que elaboran periódicamente.

Permiso para grabar.

1. ¿Tuvieron algún tipo de **participación en el diseño** del programa? ¿Cuál fue? ¿Por qué sí o no? ¿Quién la tuvo?

Desde su punto de vista, ¿existe algún aspecto del programa que sea claramente **mejorable**?

¿Cómo creen que está incidiendo en el programa el hecho de que no se haya definido un **objetivo de cobertura** poblacional?

¿Tienen alguna opinión respecto del modo en el que se encuentra tratado el **género en el diseño** del programa?

511. Presencia del enfoque en el diagnóstico previo a la acción.

512. Presencia del enfoque en la definición de los objetivos y de los indicadores.

2. Centrémonos un momento en la **cadena de entrega** del ACF. Nos gustaría conocer su opinión respecto de algunas cuestiones, basándose en la información de la que disponen. Por ejemplo, ¿en qué condiciones llega realmente el producto?

¿En términos de **calidad** y de condiciones para el consumo?

211. Condiciones en las que llega el producto (inocuidad, calidad apta para el consumo).

¿De manera **previsible** y con **continuidad** en el tiempo?

23. Se entrega de manera consistente en el tiempo.

¿De manera **suficiente**, para que no haya interrupciones en la entrega? (sabemos que en algunos lugares se producen periodos en los que no hay ACF).

¿Cómo puede influir esto en el **logro de resultados**?

353. En relación con la distribución a partir de la entrega.

¿Conocen de la existencia de alguna **barrera/cuello de botella a lo largo del proceso** de entrega, desde que el alimento llega al país hasta que llega al centro o puesto de salud?

213. Barreras/cuellos de botella en los procesos de entrega (nivel internacional, bodegas centrales, mecanismos de distribución hasta población beneficiaria).

241. Barreras a la entrega a lo largo de la cadena (desde la llegada del ACF al país).

3. ¿Cómo creen que han podido incidir sobre estas cuestiones las **capacidades del personal** de los centros y puestos de salud? (en las estimaciones del producto que van a necesitar, en su temor a que se les caduque el producto...).

215. Capacidades del personal

4. Ustedes participan en las reuniones semanales de seguimiento entre las cuatro instituciones participantes en el programa. ¿Qué **utilidad** consideran que ha tenido, en la práctica, la celebración de esas reuniones?

¿Han permitido **clarificar las funciones y competencias** de cada institución? El análisis de los acuerdos y de las adendas al convenio permiten percibir que se ha producido una evolución en las funciones de las instituciones.

¿Han permitido **prevenir o resolver conflictos** entre las instituciones socias y han facilitado un **funcionamiento fluido y coordinado** del programa?

411. Claridad en la asignación de funciones y en las competencias de cada socio.

412. Existencia de cuellos de botella, demoras o conflictos.

413. Existencia de mecanismos eficaces de resolución de conflictos.

414. Apreciación de los socios del proyecto.

5. ¿Hay alguna razón por la que la **unidad de género** de las instituciones no acuda a estas reuniones al menos de vez en cuando?

524. Presencia de unidad de género en las reuniones de seguimiento.

6. Contemplando en su conjunto el sistema de monitoreo y seguimiento, ¿creen que todas las **instituciones socias han contado con toda la información** necesaria para el desempeño de sus tareas y para poder aportar al conjunto? ¿En concreto en el caso del MIDES?

355. En relación con el sistema de monitoreo y evaluación

7. A partir de la información de la que disponen, queremos conocer su valoración del modo en el que el ACF llega finalmente a las y los beneficiarios. Por ejemplo, en la práctica, ¿creen que realmente el ACF se **entrega a los grupos poblacionales más vulnerables**?

¿Cuáles son los **factores** que hacen que esto sea así? ¿Cuáles creen que **favorecen** que el alimento le llegue a quien realmente le tiene que llegar y cuáles creen que lo **dificultan**?

22. Se entrega a los grupos poblacionales más vulnerables a inseguridad alimentaria y nutricional.

242. Barreras a la distribución a usuarias.

243. Razones de las barreras.

8. En términos de los resultados que se estás obteniendo, nos gustaría que nos dijeran, a partir de la información de la que disponen, si se están produciendo **cambios en los conocimientos de madres, padres y cuidadores** sobre alimentación adecuada a niños menores de 2 años **a partir de los servicios del programa**.

322. Apreciación de la mejora en los conocimientos de madres, padres y cuidadores sobre alimentación adecuada a niños menores de 2 años partir de los servicios del programa

9. ¿Y en sus **comportamientos** para la alimentación de niños y niñas? ¿Les alimentan de manera más adecuada? (periodicidad semanal y diaria, textura, cantidad...)

323. Apreciación cualitativa de la mejora en el consumo/ingesta de alimentos por parte de los niños menores de 2 años

10. ¿Se ha realizado algún tipo de análisis de si se ha **incidido de manera diferente** sobre madres y padres beneficiarios del Programa de ACF?

523. Análisis de incidencia del programa sobre madres y padres.

11. Como consecuencia de todo lo anterior, ¿creen que se están produciendo **cambios en el estado nutricional** de los niños y niñas que participan en el Programa Nutrin niños?

321. Cambios en el estado nutricional de los niños y niñas menores de 2 años y menores de 5 años con desnutrición aguda, a partir de fuentes secundarias.

12. ¿Se pueden identificar **efectos diferenciales entre los niños y las niñas**?

522. Análisis de resultados diferenciales para niñas y niños.

13. ¿Qué **factores** creen que **facilitan** y cuáles **dificultan** que se estén logrando o no estos resultados?

351. Identificación de factores facilitadores y barreras:

352. En relación con la cadena de entrega.

354. En relación con el uso del ACF.

14. Además de estos por los que les hemos preguntado, ¿han identificado **algún cambio que se haya desencadenado** por el Programa Nutrin niños o al que el programa haya contribuido, intensificándolo, suavizándolo o incluso impidiéndolo?

361. Identificación de cualquier efecto no previsto, positivo o negativo.

15. ¿Hay algo que deseen añadir?

ENTREVISTAS A RESPONSABLES TÉCNICOS DE LAS INSTITUCIONES. MSPAS.

El objetivo de esta entrevista/sesión de trabajo es profundizar en algunos de los aspectos sobre los que ya conversamos en la primera entrevista celebrada, y en particular en el proceso que siguen para el tratamiento y análisis de la información, con los que alimentan las estadísticas y los informes de seguimiento que elaboran periódicamente.

Permiso para grabar.

1. Antes de empezar, nos gustaría saber **qué información le remiten periódicamente a la SESAN** y en qué estado se encuentra esa información. ¿Cuál es la razón por la que tienen que realizar estimaciones y no pueden realizar el análisis directo?

Periodicidad, calidad de la información.

Utilidad del valor “niños y niñas que tomaron al menos una vez...”.

Posibilidades reales de mejora de la información en el futuro.

Introducción de la desagregación por sexo de los niños y niñas beneficiarias en el segundo año.

521.Desagregación de la información recogida/informada en términos de género.

2. Alineación del programa con las políticas nacionales y, en concreto, con las políticas de seguridad alimentaria existentes a nivel país. A su juicio, **¿en qué medida este programa es coherente con esas políticas?** Dicho de otro modo, **¿qué elementos debería incorporar el programa para que fuese coherente con ellas?**

12.Complementariedades y solapamientos entre el PACF y las políticas de SAN del país

513.Correspondencia del programa con las estrategias de gobierno y PMA

3. ¿Tuvo el MSPAS algún tipo de **participación en el diseño** del programa? ¿Cuál fue? ¿Por qué sí o no? ¿Quién la tuvo?

Desde su punto de vista, ¿existe algún aspecto del programa que sea claramente **mejorable**?

¿Cómo creen que está incidiendo en el programa el hecho de que no se haya definido un **objetivo de cobertura** poblacional?

¿Tienen alguna opinión respecto del modo en el que se encuentra tratado el **género en el diseño** del programa?

511.Presencia del enfoque en el diagnóstico previo a la acción.

512.Presencia del enfoque en la definición de los objetivos y de los indicadores.

4. Nos gustaría repasar con ustedes el proceso del programa que incluimos en el informe, porque hicieron algún comentario en relación con la **demanda real de ACF por parte de los centros de salud**. Sabemos que mencionaron algo similar el día del taller para el contraste de la teoría del cambio, pero no fuimos capaces de conciliarlo con lo que ya teníamos plasmado. ¿Podrían describirnoslo, por favor, indicándonos dónde deberíamos incluirlo?

5. Ya que hemos visto el proceso, centrémonos un momento en la **cadena de entrega** del ACF. Nos gustaría conocer su opinión respecto de algunas cuestiones, basándose en la información de la que disponen. Por ejemplo, ¿en qué condiciones llega realmente el producto?

¿En términos de **calidad** y de condiciones para el consumo?

211. Condiciones en las que llega el producto (inocuidad, calidad apta para el consumo).

¿De manera **previsible** y con **continuidad** en el tiempo?

23. Se entrega de manera consistente en el tiempo.

¿De manera **suficiente**, para que no haya interrupciones en la entrega? (sabemos que en algunos lugares se producen periodos en los que no hay ACF).

¿Cómo puede influir esto en el **logro de resultados**?

353. En relación con la distribución a partir de la entrega.

¿Conocen de la existencia de alguna **barrera/cuello de botella a lo largo del proceso** de entrega, desde que el alimento llega al país hasta que llega al centro o puesto de salud?

213. *Barreras/cuellos de botella en los procesos de entrega (nivel internacional, bodegas centrales, mecanismos de distribución hasta población beneficiaria).*

241. *Barreras a la entrega a lo largo de la cadena (desde la llegada del ACF al país).*

6. Ustedes participan en las reuniones semanales de seguimiento entre las cuatro instituciones participantes en el programa. ¿Qué **utilidad** consideran que ha tenido, en la práctica, la celebración de esas reuniones?

¿Han permitido **clarificar las funciones y competencias** de cada institución? El análisis de los acuerdos y de las adendas al convenio permiten percibir que se ha producido una evolución en las funciones de las instituciones.

¿Han permitido **prevenir o resolver conflictos** entre las instituciones socias y han facilitado un **funcionamiento fluido y coordinado** del programa?

411. *Claridad en la asignación de funciones y en las competencias de cada socio.*

412. *Existencia de cuellos de botella, demoras o conflictos.*

413. *Existencia de mecanismos eficaces de resolución de conflictos.*

414. *Apreciación de los socios del proyecto.*

7. ¿Hay alguna razón por la que la **unidad de género** del MSPAS (y las del resto de las instituciones) no acudan a estas reuniones al menos de vez en cuando?

524. *Presencia de unidad de género en las reuniones de seguimiento.*

8. Contemplando en su conjunto el sistema de monitoreo y seguimiento, ¿creen que todas las **instituciones socias han contado con toda la información** necesaria para el desempeño de sus tareas y para poder aportar al conjunto?

355. *En relación con el sistema de monitoreo y evaluación*

9. A partir de la información de la que disponen, queremos conocer su valoración del modo en el que el ACF llega finalmente a las y los beneficiarios. Por ejemplo, en la práctica, ¿creen que realmente el ACF se **entrega a los grupos poblacionales más vulnerables**?

¿Cuáles son los **factores** que hacen que esto sea así? ¿Cuáles creen que **favorecen** que el alimento le llegue a quien realmente le tiene que llegar y cuáles creen que lo **dificultan**?

22. *Se entrega a los grupos poblacionales más vulnerables a inseguridad alimentaria y nutricional.*

242. *Barreras a la distribución a usuarias.*

243. *Razones de las barreras.*

10. El personal del MSPAS supone la conexión entre la cadena de distribución y las personas beneficiarias y entendemos que pueden disponer de información muy valiosa sobre el funcionamiento real del programa en los hogares y sobre los resultados que se están obteniendo. Nos gustaría que nos dijeran, a partir de la información de la que disponen, si se están produciendo **cambios en los conocimientos de madres**, padres y cuidadores sobre alimentación adecuada a niños menores de 2 años **a partir de los servicios del programa**.

322. *Apreciación de la mejora en los conocimientos de madres, padres y cuidadores sobre alimentación adecuada a niños menores de 2 años partir de los servicios del programa*

11. ¿Y en sus **comportamientos** para la alimentación de niños y niñas? ¿Les alimentan de manera más adecuada? (periodicidad semanal y diaria, textura, cantidad...)

323. *Apreciación cualitativa de la mejora en el consumo/ingesta de alimentos por parte de los niños menores de 2 años*

12. ¿Se ha realizado algún tipo de análisis de si se ha **incidido de manera diferente** sobre madres y padres beneficiarios del Programa de ACF?

523. *Análisis de incidencia del programa sobre madres y padres.*

13. ¿Cómo creen que han podido incidir sobre todos estos resultados las **capacidades del personal** de los centros y puestos de salud? (en las explicaciones que les dan, en la generación de un grupo de "sus beneficiarios"...).

215. *Capacidades del personal*

14. Como consecuencia de todo lo anterior, ¿creen que se están produciendo **cambios en el estado nutricional** de los niños y niñas que participan en el Programa Nutriniños?
 321. *Cambios en el estado nutricional de los niños y niñas menores de 2 años y menores de 5 años con desnutrición aguda, a partir de fuentes secundarias.*
15. ¿Se pueden identificar **efectos diferenciales entre los niños y las niñas**?
 522. *Análisis de resultados diferenciales para niñas y niños.*
16. ¿Qué **factores** creen que **facilitan** y cuáles **dificultan** que se estén logrando o no estos resultados?
 351. *Identificación de factores facilitadores y barreras:*
 352. *En relación con la cadena de entrega.*
 354. *En relación con el uso del ACF.*
17. Además de estos por los que les hemos preguntado, ¿han identificado **algún cambio que se haya desencadenado** por el Programa Nutriniños o al que el programa haya contribuido, intensificándolo, suavizándolo o incluso impidiéndolo?
 361. *Identificación de cualquier efecto no previsto, positivo o negativo.*
18. ¿Hay algo que deseen añadir?

ENTREVISTAS A RESPONSABLES TÉCNICOS DE LAS INSTITUCIONES. PMA.

El objetivo de esta entrevista/sesión de trabajo es profundizar en algunos de los aspectos sobre los que ya conversamos en la primera entrevista celebrada, y en particular en el proceso que siguen para el tratamiento y análisis de la información, con los que alimentan las estadísticas y los informes de seguimiento que elaboran periódicamente.

Permiso para grabar.

1. ¿Tuvieron algún tipo de **participación en el diseño** del programa? ¿Cuál fue? ¿Por qué sí o no? ¿Quién la tuvo?

Desde su punto de vista, ¿existe algún aspecto del programa que sea claramente **mejorable**?

¿Cómo creen que está incidiendo en el programa el hecho de que no se haya definido un **objetivo de cobertura** poblacional?

¿Tienen alguna opinión respecto del modo en el que se encuentra tratado el **género en el diseño** del programa?

511. Presencia del enfoque en el diagnóstico previo a la acción.

512. Presencia del enfoque en la definición de los objetivos y de los indicadores.

2. Centrémonos un momento en la **cadena de entrega** del ACF. Nos gustaría conocer su opinión respecto de algunas cuestiones, basándose en la información de la que disponen. Por ejemplo, ¿en qué condiciones llega realmente el producto?

¿En términos de **calidad** y de condiciones para el consumo?

211. Condiciones en las que llega el producto (inocuidad, calidad apta para el consumo).

¿De manera **previsible** y con **continuidad** en el tiempo?

23. Se entrega de manera consistente en el tiempo.

¿De manera **suficiente**, para que no haya interrupciones en la entrega? (sabemos que en algunos lugares se producen periodos en los que no hay ACF).

¿Cómo puede influir esto en el **logro de resultados**?

353. En relación con la distribución a partir de la entrega.

¿Conocen de la existencia de alguna **barrera/cuello de botella a lo largo del proceso** de entrega, desde que el alimento llega al país hasta que llega al centro o puesto de salud?

213. Barreras/cuellos de botella en los procesos de entrega (nivel internacional, bodegas centrales, mecanismos de distribución hasta población beneficiaria).

241. Barreras a la entrega a lo largo de la cadena (desde la llegada del ACF al país).

3. ¿Cómo creen que han podido incidir sobre estas cuestiones las **capacidades del personal** de los centros y puestos de salud? (en las estimaciones del producto que van a necesitar, en su temor a que se les caduque el producto...).

215. Capacidades del personal

4. Ustedes participan en las reuniones semanales de seguimiento entre las cuatro instituciones participantes en el programa. ¿Qué **utilidad** consideran que ha tenido, en la práctica, la celebración de esas reuniones?

¿Han permitido **clarificar las funciones y competencias** de cada institución? El análisis de los acuerdos y de las adendas al convenio permiten percibir que se ha producido una evolución en las funciones de las instituciones.

¿Han permitido **prevenir o resolver conflictos** entre las instituciones socias y han facilitado un **funcionamiento fluido y coordinado** del programa?

411. Claridad en la asignación de funciones y en las competencias de cada socio.

412. Existencia de cuellos de botella, demoras o conflictos.

413. Existencia de mecanismos eficaces de resolución de conflictos.

414. Apreciación de los socios del proyecto.

5. ¿Hay alguna razón por la que la **unidad de género** de las instituciones no acuda a estas reuniones al menos de vez en cuando?
524. Presencia de unidad de género en las reuniones de seguimiento.
6. Contemplando en su conjunto el sistema de monitoreo y seguimiento, ¿creen que todas las **instituciones socias han contado con toda la información** necesaria para el desempeño de sus tareas y para poder aportar al conjunto? ¿En concreto en el caso del MIDES?
355. En relación con el sistema de monitoreo y evaluación
7. A partir de la información de la que disponen, queremos conocer su valoración del modo en el que el ACF llega finalmente a las y los beneficiarios. Por ejemplo, en la práctica, ¿creen que realmente el ACF se **entrega a los grupos poblacionales más vulnerables**?
 ¿Cuáles son los **factores** que hacen que esto sea así? ¿Cuáles creen que **favorecen** que el alimento le llegue a quien realmente le tiene que llegar y cuáles creen que lo **dificultan**?
22. Se entrega a los grupos poblacionales más vulnerables a inseguridad alimentaria y nutricional.
242. Barreras a la distribución a usuarias.
243. Razones de las barreras.
8. En términos de los resultados que se están obteniendo, nos gustaría que nos dijeran, a partir de la información de la que disponen, si se están produciendo **cambios en los conocimientos de madres, padres y cuidadores sobre alimentación adecuada a niños menores de 2 años a partir de los servicios del programa**.
322. Apreciación de la mejora en los conocimientos de madres, padres y cuidadores sobre alimentación adecuada a niños menores de 2 años partir de los servicios del programa
9. ¿Y en sus **comportamientos** para la alimentación de niños y niñas? ¿Les alimentan de manera más adecuada? (periodicidad semanal y diaria, textura, cantidad...)
323. Apreciación cualitativa de la mejora en el consumo/ingesta de alimentos por parte de los niños menores de 2 años
10. ¿Se ha realizado algún tipo de análisis de si se ha **incidido de manera diferente** sobre madres y padres beneficiarios del Programa de ACF?
523. Análisis de incidencia del programa sobre madres y padres.
11. Como consecuencia de todo lo anterior, ¿creen que se están produciendo **cambios en el estado nutricional** de los niños y niñas que participan en el Programa Nutrin niños?
321. Cambios en el estado nutricional de los niños y niñas menores de 2 años y menores de 5 años con desnutrición aguda, a partir de fuentes secundarias.
522. Análisis de resultados diferenciales para niñas y niños.
12. ¿Qué **factores** creen que **facilitan** y cuáles **dificultan** que se estén logrando o no estos resultados?
351. Identificación de factores facilitadores y barreras:
352. En relación con la cadena de entrega.
354. En relación con el uso del ACF.
13. Además de estos por los que les hemos preguntado, ¿han identificado **algún cambio que se haya desencadenado** por el Programa Nutrin niños o al que el programa haya contribuido, intensificándolo, suavizándolo o incluso impidiéndolo?
361. Identificación de cualquier efecto no previsto, positivo o negativo.
14. ¿Hay algo que deseen añadir?

ENTREVISTAS A RESPONSABLES TÉCNICOS DE LAS INSTITUCIONES. SESAN

El objetivo de esta entrevista/sesión de trabajo es profundizar en algunos de los aspectos sobre los que ya conversamos en la primera entrevista celebrada, y en particular en el proceso que siguen para el tratamiento y análisis de la información, con los que alimentan las estadísticas y los informes de seguimiento que elaboran periódicamente.

Permiso para grabar.

1. Necesitamos entender **qué información les llega del MSPAS** periódicamente y **cómo** les llega esa información. ¿Cuál es la razón por la que tienen que realizar estimaciones y no pueden realizar el análisis directo de la información?

Periodicidad, calidad de la información.

Descripción del algoritmo.

Utilidad del valor “niños y niñas que tomaron al menos una vez...”.

Posibilidades de mejora de la información en el futuro.

Para el análisis de cobertura, base de la estimación de la población de 6-23 meses, a partir de la estadística.

Sistema de estimación de niños y niñas beneficiarias por sexo.

521.Desagregación de la información recogida/informada en términos de género.

2. La primera pregunta tiene que ver con la alineación del programa con las políticas nacionales y, en concreto, con las políticas de seguridad alimentaria existentes a nivel país. A su juicio, **¿en qué medida este programa es coherente con esas políticas?** Dicho de otro modo, **¿qué elementos debería incorporar el programa para que fuese coherente con ellas?**

12.Complementariedades y solapamientos entre el PACF y las políticas de SAN del país

513.Correspondencia del programa con las estrategias de gobierno y PMA

3. ¿Tuvo la SESAN algún tipo de **participación en el diseño** del programa? ¿Cuál fue? ¿Por qué sí o no? ¿Quién la tuvo?

Desde su punto de vista, ¿existe algún aspecto del programa que sea claramente **mejorable**?

¿Tienen alguna opinión respecto del modo en el que se encuentra tratado el **género en el diseño** del programa?

511.Presencia del enfoque en el diagnóstico previo a la acción.

512.Presencia del enfoque en la definición de los objetivos y de los indicadores.

4. Ustedes organizan y lideran las reuniones semanales de seguimiento entre las cuatro instituciones participantes en el programa. ¿Qué **utilidad** consideran que ha tenido, en la práctica, la celebración de esas reuniones?

¿Han permitido **clarificar las funciones y competencias** de cada institución? El análisis de los acuerdos y de las adendas al convenio permiten percibir que se ha producido una evolución en las funciones de las instituciones.

¿Han permitido **prevenir o resolver conflictos** entre las instituciones socias y han facilitado un **funcionamiento fluido y coordinado** del programa?

411. Claridad en la asignación de funciones y en las competencias de cada socio.

412. Existencia de cuellos de botella, demoras o conflictos.

413. Existencia de mecanismos eficaces de resolución de conflictos.

414. Apreciación de los socios del proyecto.

5. ¿Hay alguna razón por la que la **unidad de género** del MSPAS (y las del resto de las instituciones) no acudan a estas reuniones al menos de vez en cuando?

524.Presencia de unidad de género en las reuniones de seguimiento.

6. Contemplando en su conjunto el sistema de monitoreo y seguimiento, ¿creen que todas las **instituciones socias han contado con toda la información** necesaria para el desempeño de sus tareas y para poder aportar al conjunto?

355.En relación con el sistema de monitoreo y evaluación

7. Hablemos del **sistema de monitoreo en terreno**. Nos gustaría que, por favor, describiesen en qué consiste este sistema (más o menos ya lo conocemos).
- ¿Cuál es el **perfil de los monitores, dónde** están (de qué depende que haya o no monitores) y **a qué se dedican habitualmente**?
215. *Capacidades del personal.*
8. A partir de la información de la que disponen, queremos conocer su valoración del modo en el que el ACF llega finalmente a las y los beneficiarios. Por ejemplo, en la práctica, ¿creen que realmente el ACF se **entrega a los grupos poblacionales más vulnerables**?
- ¿Cuáles son los **factores** que hacen que esto sea así? ¿Cuáles creen que **favorecen** que el alimento le llegue a quien realmente le tiene que llegar y cuáles creen que lo **dificultan**?
22. *Se entrega a los grupos poblacionales más vulnerables a inseguridad alimentaria y nutricional.*
242. *Barreras a la distribución a usuarias.*
243. *Razones de las barreras.*
9. Hablemos un poco de la **cadena de entrega**. Nos gustaría conocer su opinión respecto de algunas cuestiones, basándose en la información de la que disponen. Por ejemplo, ¿en qué condiciones llega realmente el producto?
- ¿En términos de **calidad** y de condiciones para el consumo?
211. *Condiciones en las que llega el producto (inocuidad, calidad apta para el consumo).*
- ¿De manera **previsible** y con **continuidad** en el tiempo?
23. *Se entrega de manera consistente en el tiempo.*
- ¿De manera **suficiente**, para que no haya interrupciones en la entrega? (sabemos que en algunos lugares se producen periodos en los que no hay ACF).
- ¿Cómo puede influir esto en el **logro de resultados**?
353. *En relación con la distribución a partir de la entrega.*
- ¿Conocen de la existencia de alguna **barrera/cuello de botella a lo largo del proceso** de entrega, desde que el alimento llega al país hasta que llega al centro o puesto de salud?
213. *Barreras/cuellos de botella en los procesos de entrega (nivel internacional, bodegas centrales, mecanismos de distribución hasta población beneficiaria).*
241. *Barreras a la entrega a lo largo de la cadena (desde la llegada del ACF al país).*
10. Ustedes son un agente privilegiado en relación con el conocimiento de los resultados que está obteniendo este programa. Nos gustaría que nos dijeran, a partir de la información de la que disponen, si se están produciendo **cambios en los conocimientos de madres**, padres y cuidadores sobre alimentación adecuada a niños menores de 2 años partir de los servicios del programa.
322. *Apreciación de la mejora en los conocimientos de madres, padres y cuidadores sobre alimentación adecuada a niños menores de 2 años partir de los servicios del programa*
11. ¿Y en sus **comportamientos** para la alimentación de niños y niñas? ¿Les alimentan de manera más adecuada? (periodicidad semanal y diaria, textura, cantidad...)
323. *Apreciación cualitativa de la mejora en el consumo/ingesta de alimentos por parte de los niños menores de 2 años*
12. ¿Se ha realizado algún tipo de análisis de si se ha incidido de manera diferente sobre madres y padres beneficiarios del Programa de ACF?
523. *Análisis de incidencia del programa sobre madres y padres.*
13. Y, en consecuencia, ¿creen que se están produciendo **cambios en el estado nutricional** de los niños y niñas que participan en el Programa Nutrin niños?
321. *Cambios en el estado nutricional de los niños y niñas menores de 2 años y menores de 5 años con desnutrición aguda, a partir de fuentes secundarias.*
14. ¿Se pueden identificar **efectos diferenciales entre los niños y las niñas**?
522. *Análisis de resultados diferenciales para niñas y niños.*
15. ¿Qué **factores** creen que **facilitan** y cuáles **dificultan** que se estén logrando o no estos resultados?

351. Identificación de factores facilitadores y barreras:

352. En relación con la cadena de entrega.

354. En relación con el uso del ACF.

16. Además de estos por los que les hemos preguntado, ¿han identificado **algún cambio que se haya desencadenado** por el Programa Nutrin niños o al que el programa haya contribuido, intensificándolo, suavizándolo o incluso impidiéndolo?

361. Identificación de cualquier efecto no previsto, positivo o negativo.

17. ¿Hay algo que deseen añadir?

ENTREVISTAS A RESPONSABLES DE GÉNERO DE LAS INSTITUCIONES

Como ya saben, estamos realizando la Evaluación del Programa e Alimento Fortificado Complementario (Nutriniños), que se enmarca en la Gran Cruzada Nacional por la nutrición. Del análisis del Programa realizado hasta el momento, no se deduce que se le haya otorgado demasiada relevancia al enfoque de género ni en el diseño ni en el seguimiento de las actuaciones. Con esta entrevista deseamos profundizar un poco más en el análisis, a partir de sus aportes, que le agradecemos.

Por otra parte, ya hemos mantenido una primera entrevista en la primera etapa de la evaluación, y lo que queremos con esta es, de nuevo, profundizar en la información obtenida en ese momento.

1. La primera pregunta tiene que ver con la alineación del programa con las políticas nacionales y, en concreto, con las políticas de género existentes a nivel país. A su juicio, **¿en qué medida este programa es coherente con esas políticas?** Dicho de otro modo, **¿qué elementos debería incorporar el programa para que fuese coherente con las políticas de género del país?**

12. Complementariedades y solapamientos entre el PACF y las políticas de SAN del país

513. Correspondencia del programa con las estrategias de gobierno y PMA

2. Desde otro punto de vista, nos gustaría conocer también cuál es la **alineación de Nutriniños con las políticas de género de su institución.**

En el caso del MSPAS sabemos que por el momento únicamente disponen de una política institucional, que mira fundamentalmente hacia el interior de la institución. Sin embargo, dado que una buena parte de las profesionales del MSPAS que participan en el programa son mujeres, creemos que puede ser pertinente también esa mirada.

En el caso del PMA, nos gustaría saber en qué influye la política de género de la institución a la hora de "participar" o no en una determinada intervención.

11. Alineación del PACF con los objetivos y principales lineamientos de las instituciones participantes.

513. Correspondencia del programa con las estrategias de gobierno y PMA

3. Algo que ya comentamos en la primera entrevista tiene que ver con la presencia (o, más bien, con su falta) del enfoque de género en el diseño de la intervención. Para empezar, no ha existido un diseño técnico como tal, sino que el diseño se ha limitado a los aspectos jurídicos (aunque esta es una cuestión que está pendiente de confirmación) y, en consecuencia, no hay una mirada de género (y tampoco un diagnóstico previo en relación con este enfoque).

Nos gustaría **confirmar con ustedes que, efectivamente, esto ha sido así**, sobre todo si han tenido oportunidad de conocer un poco más el programa.

Queremos también preguntarles **qué creen que se puede hacer para que las iniciativas públicas como Nutriniños incorporen este enfoque.**

511. Presencia del enfoque en el diagnóstico previo a la acción.

512. Presencia del enfoque en la definición de los objetivos y de los indicadores.

4. Hablemos ahora de la implementación del programa. Por una parte, del perfil del personal de salud que se encuentra en los establecimientos sanitarios desde los que se realiza la entrega. En la entrevista anterior nos mencionaron que es personal que no cuenta con formación ni experiencia a la hora de realizar su trabajo teniendo en cuenta la perspectiva de género. Es así, ¿verdad?

¿Cómo creen que influye, en la práctica, este hecho en el modo en el que realizan su trabajo en el marco del PACF? *(en el sentido de si favorece o dificulta la generación de hábitos más igualitarios, por ejemplo).*

215. Capacidades del personal

5. En esta misma línea deseamos saber su opinión sobre si las condiciones de entrega *(describir brevemente)* pueden suponer dificultades adicionales para las mujeres que acuden a recoger el ACF *(tanto en el sentido del lugar y periodicidad de recogida, como de cara a su eventual cambio de comportamiento en la alimentación y nutrición de sus hijos e hijas).*

25. Las condiciones de entrega no suponen dificultades adicionales para las mujeres

6. Hablando del modo en el que se provee la información de seguimiento (*que únicamente desagregó la información entre niños y niñas en 2022 y que no recoge ninguna otra información desagregada por sexo*), queremos conocer cuáles son, a su juicio, las razones por las que no se desagregó la información por sexo desde el comienzo el programa.

521.Desagregación de la información recogida/ /informada en términos de género.

7. Siguiendo con el seguimiento, pero desde otro punto de vista, queremos saber su opinión sobre las posibilidades reales de incorporar las oficinas de género de las instituciones en la gestión habitual del proyecto y, en concreto, en las reuniones semanales de seguimiento.

524.Presencia de unidad de género en las reuniones de seguimiento

8. ¿Creen que este Programa puede tener resultados diferentes para los niños y las niñas? ¿De qué modo?

522.Análisis de resultados diferenciales para niñas y niños.

9. ¿Y sobre las madres y padres? ¿Qué capacidad de incidencia creen que puede tener en términos de contribuir a su cambio de comportamiento en relación con la alimentación de sus hijos e hijas y en relación con la nutrición?

¿Creen que estos cambios serían diferentes para padres y madres? ¿De qué modo y por qué lo creen así?

523.Análisis de incidencia del programa sobre madres y padres

ENTREVISTAS A NUTRICIONISTAS DE LAS DAS EN LOS MUNICIPIOS VISITADOS

El objetivo de esta entrevista es conocer su perspectiva sobre el diseño, el funcionamiento y los resultados del Programa ACF para que, junto con la información que estamos recogiendo de otras fuentes y agentes, podamos analizarla y responder a las preguntas que nos plantea la evaluación, para la mejora de futuros programas de alimentación complementaria.

Incidir en la voluntariedad de participar en esta entrevista, en la importancia de su participación y en la estricta confidencialidad con la que será tratada la información.

Agradecimiento por su participación.

Permiso para grabar y posibilidad de *off the record*, si en algún momento hay algún tema que considera delicado.

Preguntas iniciales

1. Tiempo que lleva como nutricionista en esta Dirección de Área.
2. Funciones y actividades que ha desarrollado en el marco del Programa ACF o Programa Nutrin niños.

Sobre el proceso de entrega

3. Por favor, describanos el **proceso de entrega** del PACF, desde la perspectiva de la Dirección del Área de Salud.
4. Con la perspectiva que le da el conocimiento del programa, nos gustaría que nos ayudara a identificar los puntos en los que este **proceso podría mejorarse** y **qué sería necesario** para hacerlo.

241. Barreras a la entrega a lo largo de la cadena (desde la llegada del ACF al país).

5. En particular, nos gustaría que nos dijera cuáles cree que son las **principales dificultades** a la que tienen que hacer frente las **enfermeras** que se encuentran en los centros/puestos de salud.

213. Barreras/cuellos de botella en los procesos de entrega (nivel internacional, bodegas centrales, mecanismos de distribución hasta población beneficiaria).

6. ¿Cuáles son las **capacidades** reales de las enfermeras que se encuentran en los centros de salud para enfrentarse a estas dificultades y al reto que puede suponer la existencia de programas como estos?

215. Capacidades del personal en los centros y puestos de salud.

7. ¿Y cuáles cree que son los **principales obstáculos** a los que tiene que enfrentarse la población a la hora de ir a **recoger** el ACF?

332. Satisfacción con la forma de distribución.

242. Barreras a la distribución a usuarias.

243. Razones de las barreras.

8. ¿Estos obstáculos son los mismos si la persona que acude al centro de salud a recoger el alimento es **un hombre o una mujer**?

224. Las condiciones de entrega no suponen dificultades adicionales para las mujeres

9. ¿En qué medida estos obstáculos a los que deben hacer frente las personas que acuden al centro de salud a recoger el alimento complementario fortificado puede suponer que los **grupos poblacionales** que se encuentran en una situación de mayor **vulnerabilidad**, en términos de inseguridad alimentaria y nutricional no accedan al alimento?

221 Se entrega a los grupos poblacionales más vulnerables a inseguridad alimentaria y nutricional.

Sobre el producto y su disponibilidad

10. Nos gustaría conocer cómo les llega el producto, desde varios puntos de vista. En primer lugar:
Por ejemplo, ¿el alimento llega en el momento previsto? Es decir, llega **a tiempo**. ¿O no siempre llega a tiempo?

231. *Recepción oportuna, según demanda. En tiempo. / En volumen. / En calidad.*

Desde su punto de vista, ¿de qué depende que llegue o no a tiempo?

¿Y llega de manera regular o hay **discontinuidades** en la entrega?

213. *Barreras/cuellos de botella en los procesos de entrega (nivel internacional, bodegas centrales, mecanismos de distribución hasta población beneficiaria).*

222. *Se entrega de manera consistente en el tiempo.*

¿Y llega en la **cantidad** solicitada o les llega más o menos?

231. *Recepción oportuna, según demanda. En tiempo. / En volumen. / En calidad.*

223. *Se entrega en cantidad suficiente para necesidades, según diagnósticos existentes.*

11. ¿Cómo valora Ud. la **calidad** del alimento que llega al centro/puesto de salud? ¿La calidad es consistente a lo largo del tiempo?

211. *Condiciones en las que llega el producto (inocuidad, calidad apta para el consumo).*

212. *Calidad general del producto.*

¿Y cómo valora la **cantidad** de alimento que se entrega para cada uno de los niños? ¿Es suficiente para cubrir sus necesidades entre entrega y entrega? (¿Cada cuánto tiempo se entrega y en qué cantidad?)

Sobre resultados

12. Queremos saber cómo considera que el programa de alimento fortificado y la forma en la que se distribuye ha podido **contribuir a** producir una serie de **mejoras**. Por ejemplo, en:

En el **conocimiento** de las madres y padres sobre la alimentación adecuada de niños y niñas menores de 5 años (con atención especial a los de menos de 2).

322. *Apreciación de la mejora en los conocimientos de madres, padres y cuidadores sobre alimentación adecuada a niños menores de 2 años partir de los servicios del programa*

En la **preparación** adecuada del ACF (incluidas las condiciones de higiene).

341. *Nivel de aplicación de las principales recomendaciones para la preparación del producto: lavado de manos, agua hervida o clorada, cantidad adecuada, forma de preparación recomendada*

Y en la forma de **consumo** del alimento (número de veces, alimentación perceptiva...).

214. *Prácticas adecuadas de preparación y consumo del ACF (incluida la higiene).*

323. *Apreciación cualitativa de la mejora en el consumo/ingesta de alimentos por parte de los niños menores de 2 años*

¿En el **estado nutricional** de niños y niñas? (grado, de qué modo...).

321. *Cambios en el estado nutricional de los niños y niñas menores de 2 años y menores de 5 años con desnutrición aguda, a partir de fuentes secundarias.*

13. ¿Qué **incidencia** ha podido tener en estos cambios la **labor de información y educación** realizada por ustedes en el proceso de recogida del alimento?

14. Cuando las madres o padres vienen a recoger el alimento al centro de salud, ¿comentan sobre los **cambios en sus niños o niñas** como resultado de consumo de ACF?

324. *Percepción de las personas usuarias de los cambios en las NN, a partir del consumo del ACF.*

¿Y consideran que el programa se ajusta a sus **necesidades**?

225. *Es percibido así por las usuarias/os.*

15. ¿Qué **factores** creen que han **favorecido** o han **dificultado** el logro de estos resultados?

351. Identificación de factores facilitadores y barreras:

352. En relación con la cadena de entrega.

353. En relación con la distribución a partir de la entrega.

354. En relación con el uso del ACF.

355. En relación con el sistema de monitoreo y evaluación

16. ¿Consideran que se ha producido **algún cambio**, además de los que les acabamos de mencionar, derivado de la existencia del programa de alimento complementario fortificado o que el programa haya favorecido o dificultado?

361. Identificación de cualquier efecto no previsto, positivo o negativo.

Articulación

17. El último bloque tiene que ver con la articulación con otras instituciones, en el marco del PACF. ¿Cuáles son sus **relaciones** con otras instituciones que se sitúan en el mismo marco geográfico que ustedes?

18. ¿Cuentan con **mecanismos estables y formalizados de coordinación** con otros agentes? ¿Cuáles son y cómo funcionan?

411. Claridad en la asignación de funciones y en las competencias de cada socio.

412. Existencia de cuellos de botella, demoras o conflictos.

413. Existencia de mecanismos eficaces de resolución de conflictos.

414. Apreciación de los socios del proyecto.

19. De cara a un nuevo programa de alimentación complementaria, ¿cree que podría **mejorarse** alguna cuestión en relación con la articulación?

Final

20. ¿Hay alguna **otra cuestión** que quieran comentar o alguna sugerencia que deseen hacer?

ENTREVISTAS A ENFERMERAS AUXILIARES EN CENTROS Y PUESTOS DE SALUD VISITADOS

El objetivo de esta entrevista es conocer su valoración del Programa Nutrin niños, de su funcionamiento y resultados para que, junto con la información que estamos recogiendo de otras fuentes y agentes, podamos analizarla y responder a las preguntas que nos plantea la evaluación, para la mejora de futuros programas de alimentación complementaria.

Este es uno de los departamentos elegidos para la recogida de información. Se están aplicando diferentes técnicas en los municipios de [Nombre], [Nombre] y en este de [Nombre]. Estamos teniendo varias entrevistas y también encuestas y reuniones de grupo. Si tiene acceso a internet, le llegará un enlace. Ya que ha sido entrevistada puede no responderlo.

Incidir en la voluntariedad de participar en esta entrevista, en la importancia de su participación y en la estricta confidencialidad con la que será tratada la información.

Agradecimiento por su participación.

Permiso para grabar y posibilidad de *off the record*, si en algún momento hay algún tema que considera delicado.

1. Lo primero que deseamos conocer es cuál es su **rol en el Programa Nutrin niños**. ¿Cuál es su labor desde la petición de alimento hasta la entrega última a las madres y padres que vienen a recogerlo?

¿Desde cuándo desempeña esas funciones?

2. ¿Cuáles son las **principales dificultades** que encuentra **en su trabajo**? (en el pedido de alimentación, en la captación de beneficiarios, en la distribución del alimento, en la información y educación de beneficiarios...).

3. ¿Cómo valora el **proceso de entrega** según algunas cuestiones que le vamos a plantear a continuación?
¿para empezar?

Por ejemplo, ¿el alimento llega en el momento previsto? Es decir, llega **a tiempo**. ¿O no siempre llega a tiempo?

231. Recepción oportuna, según demanda. En tiempo. / En volumen. / En calidad.

Desde su punto de vista, ¿de qué depende que llegue o no a tiempo?

¿Y llega de manera regular o hay **discontinuidades** en la entrega?

213. Barreras/cuellos de botella en los procesos de entrega (nivel internacional, bodegas centrales, mecanismos de distribución hasta población beneficiaria).

222. Se entrega de manera consistente en el tiempo.

¿Y llega en la **cantidad** solicitada o les llega más o menos?

223. Se entrega en cantidad suficiente para necesidades, según diagnósticos existentes.

4. ¿Cómo realizan el **proceso de solicitud** del alimento? ¿En qué datos/información se basan para calcular lo que van a necesitar?

Dirían que, en general, les llega el alimento cuando aún tienen un poco que aún no han distribuido o, por el contrario, cuando les llega el alimento ya han estado unos días sin disponibilidad.

213. Barreras/cuellos de botella en los procesos de entrega (nivel internacional, bodegas centrales, mecanismos de distribución hasta población beneficiaria).

5. Hablemos un poco del alimento en sí, ¿cómo valora Ud. la **calidad** del alimento que llega al centro/puesto de salud? ¿La calidad es consistente a lo largo del tiempo?

211. Condiciones en las que llega el producto (inocuidad, calidad apta para el consumo).

212. Calidad general del producto.

¿Y cómo valora la **cantidad** de alimento que se entrega para cada uno de los niños? ¿Es suficiente para cubrir sus necesidades entre entrega y entrega? (*¿Cada cuánto tiempo se entrega y en qué cantidad?*)

¿Cómo **valoran el producto las personas beneficiarias?**

331. *Satisfacción con la forma del producto (empaquete, gusto...).*

333. *Satisfacción con la cantidad de producto.*

334. *Satisfacción con la forma de preparación.*

225. *Es percibido así por las usuarias/os.*

335. *Satisfacción general.*

6. ¿Cómo valoran las personas beneficiarias **la forma en la que se distribuye el alimento?** ¿Cuáles son los principales obstáculos que mencionan y que les dificulten ir a recogerlo de manera regular?

332. *Satisfacción con la forma de distribución.*

¿Estos obstáculos son los mismos si la persona que acude al centro de salud a recoger el alimento es **un hombre o una mujer?**

224. *Las condiciones de entrega no suponen dificultades adicionales para las mujeres*

¿Cómo cree Ud. que **inciden estos obstáculos** a la hora de ir a recoger el alimento? (*no van, van de tarde en tarde, no se llevan todo...).*)

311. *Cantidad de entregas.*

¿Cree Ud. que estos obstáculos afectan por igual a toda la población o hay algunas circunstancias que los hacen más intensos? (una mayor situación de **vulnerabilidad, menores recursos, más distancias**, existencia de una discapacidad, otras...).

221 *Se entrega a los grupos poblacionales más vulnerables a inseguridad alimentaria y nutricional.*

Dicho de otro modo, ¿le **llega por igual** el alimento complementario a todas las personas del municipio o existen diferencias? (*según localidad, por género, edad, discapacidad, lengua o etnia...)*

314. *Existencia de sesgos en los procesos de entrega.*

7. Queremos saber cómo considera que el programa de alimento fortificado y la forma en la que se distribuye ha podido **contribuir a** producir una serie de **mejoras**. Por ejemplo, en:

En el **conocimiento** de las madres y padres sobre la alimentación adecuada de niños y niñas menores de 5 años (con atención especial a los de menos de 2).

322. *Apreciación de la mejora en los conocimientos de madres, padres y cuidadores sobre alimentación adecuada a niños menores de 2 años partir de los servicios del programa*

En la **preparación** adecuada del ACF (incluidas las condiciones de higiene).

341. *Nivel de aplicación de las principales recomendaciones para la preparación del producto: lavado de manos, agua hervida o clorada, cantidad adecuada, forma de preparación recomendada*

Y en la forma de **consumo** del alimento (número de veces, alimentación perceptiva...).

214. *Prácticas adecuadas de preparación y consumo del ACF (incluida la higiene).*

323. *Apreciación cualitativa de la mejora en el consumo/ingesta de alimentos por parte de los niños menores de 2 años*

315. *Existencia de sesgos en el uso del ACF (por género, discapacidad, lengua o etnia...).*

¿En el **estado nutricional** de niños y niñas? (*grado, de qué modo...).*)

321. *Cambios en el estado nutricional de los niños y niñas menores de 2 años y menores de 5 años con desnutrición aguda, a partir de fuentes secundarias.*

8. ¿Qué **incidencia** ha podido tener en estos cambios la **labor de información y educación** realizada por ustedes en el proceso de recogida del alimento?

9. Cuando las madres o padres vienen a recoger el alimento al centro de salud, ¿comentan sobre los **cambios en sus niños o niñas** como resultado de consumo de ACF?

324. Percepción de las personas usuarias de los cambios en las NN, a partir del consumo del ACF.

10. ¿Consideran que se ha producido **algún cambio**, además de los que les acabamos de mencionar, derivado de la existencia del programa de alimento complementario fortificado o que el programa haya favorecido o dificultado?

361. Identificación de cualquier efecto no previsto, positivo o negativo.

11. ¿Hay alguna **otra cuestión** que quieran comentar o alguna sugerencia que deseen hacer?

ENTREVISTAS A MONITORES DE LA SESAN EN LOS MUNICIPIOS VISITADOS

El objetivo de esta entrevista es conocer su perspectiva sobre el diseño, el funcionamiento y los resultados del Programa ACF para que, junto con la información que estamos recogiendo de otras fuentes y agentes, podamos analizarla y responder a las preguntas que nos plantea la evaluación, para la mejora de futuros programas de alimentación complementaria.

Incidir en la voluntariedad de participar en esta entrevista, en la importancia de su participación y en la estricta confidencialidad con la que será tratada la información.

Agradecimiento por su participación.

Permiso para grabar y posibilidad de *off the record*, si en algún momento hay algún tema que considera delicado.

Preguntas iniciales

1. **Tiempo** que lleva como monitor de SESAN en este municipio.

2. ¿En qué consiste su **labor** general?

¿Y **en el marco del Programa** Nutrin niños? Entendemos que realizan encuestas de monitoreo a personas beneficiarias del programa. ¿Podrían describirnos con cierto detalle cómo realizan esa labor de monitoreo?

¿Se encargan también del análisis posterior de la información?

521. Desagregación de la información recogida/informada en términos de género.

522. Análisis de resultados diferenciales para niñas y niños.

Caracterización y valoraciones de las personas beneficiarias

3. En la medida en que tienen ese contacto directo con **personas beneficiarias**, creemos que pueden tener una percepción clara sobre ellas, sobre su participación en el programa y sobre sus resultados. Por ejemplo, ¿**cómo son**?

312. N° de personas atendidas (estimación): por departamentos, grupos de edad, género, comunidad lingüística y condición de discapacidad.

4. ¿Cómo valoran las personas beneficiarias **la forma en la que se distribuye el alimento**? ¿Cuáles son los principales obstáculos que mencionan y que les dificulten ir a recogerlo de manera regular?

332. Satisfacción con la forma de distribución.

¿Estos obstáculos son los mismos si la persona que acude al centro de salud a recoger el alimento es **un hombre o una mujer**?

224. Las condiciones de entrega no suponen dificultades adicionales para las mujeres

523. Análisis de incidencia del programa sobre madres y padres.

¿Cómo cree Ud. que **inciden estos obstáculos** a la hora de ir a recoger el alimento? (*no van, van de tarde en tarde, no se llevan todo...*).

311. Cantidad de entregas.

¿Cree Ud. que estos obstáculos afectan por igual a toda la población o hay algunas circunstancias que los hacen más intensos? (una mayor situación de **vulnerabilidad, menores recursos, más distancias**, existencia de una discapacidad, otras...).

221 Se entrega a los grupos poblacionales más vulnerables a inseguridad alimentaria y nutricional.

Dicho de otro modo, ¿le **llega por igual** el alimento complementario a todas las personas del municipio o existen diferencias? (*según localidad, por género, edad, discapacidad, lengua o etnia...*)

314. Existencia de sesgos en los procesos de entrega.

5. Desde otro punto de vista, ¿cómo **valoran el producto las personas beneficiarias**?

331. Satisfacción con la forma del producto (empaquete, gusto...).

333. Satisfacción con la cantidad de producto.

334. Satisfacción con la forma de preparación.

225. Es percibido así por las usuarias/os.

335. Satisfacción general.

Resultados del programa

Por otra parte, en el cuestionario que utilizan para el monitoreo, incluyen preguntas que indagan sobre los resultados intermedios del programa. A continuación les vamos a preguntar por algunos de ellos.

6. Por ejemplo, ¿cómo ha podido incidir el programa en la mejora del **conocimiento** de las madres y padres sobre la alimentación adecuada de niños y niñas menores de 5 años (con atención especial a los de menos de 2).

322. Apreciación de la mejora en los conocimientos de madres, padres y cuidadores sobre alimentación adecuada a niños menores de 2 años partir de los servicios del programa

¿Y cómo ha podido contribuir a la **preparación** adecuada del ACF (incluidas las condiciones de higiene)?

341. Nivel de aplicación de las principales recomendaciones para la preparación del producto: lavado de manos, agua hervida o clorada, cantidad adecuada, forma de preparación recomendada

¿Y en la forma de **consumo** del alimento (número de veces, alimentación perceptiva...)?

214. Prácticas adecuadas de preparación y consumo del ACF (incluida la higiene).

323. Apreciación cualitativa de la mejora en el consumo/ingesta de alimentos por parte de los niños menores de 2 años

315. Existencia de sesgos en el uso del ACF (por género, discapacidad, lengua o etnia...).

Finalmente, ¿cómo ha podido incidir, si lo ha hecho, sobre el **estado nutricional** de niños y niñas? (grado, de qué modo...).

321. Cambios en el estado nutricional de los niños y niñas menores de 2 años y menores de 5 años con desnutrición aguda, a partir de fuentes secundarias.

7. ¿Qué **incidencia** ha podido tener en estos cambios la **labor de información y educación** realizada por ustedes en el proceso de recogida del alimento?

8. Cuando entrevistan a las madres o padres, ¿les comentan sobre los **cambios** que perciben **en sus niños o niñas** como resultado de consumo de ACF?

324. Percepción de las personas usuarias de los cambios en las NN, a partir del consumo del ACF.

9. ¿Consideran que se ha producido **algún cambio**, además de los que les acabamos de mencionar, derivado de la existencia del programa de alimento complementario fortificado o que el programa haya favorecido o dificultado?

361. Identificación de cualquier efecto no previsto, positivo o negativo.

10. ¿Hay alguna **otra cuestión** que quieran comentar o alguna sugerencia que deseen hacer?

GUÍA PARA GRUPO FOCAL COMUSAN

Presentación de las personas que participan en la sesión y rol de cada una de ellas. Valoración del grado de conocimiento que poseen respecto de la intervención que se está evaluando. Si es necesario, breve descripción del programa.

GUIA PARA LA DISCUSION

Fecha	Número de personas en el grupo focal (hombres o mujeres)
Nombre/Municipio/Departamento	
Facilitadoras	
I. CARACTERIZACIÓN Y VALORACIÓN DE PERSONAS BENEFICIARIAS	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Caracterización de las personas beneficiarias y obstáculos que están dificultando llegar a un mayor volumen de personas que podrían beneficiarse del ACF (desconocimiento, lejanía, dificultades de acceso). 2. Recomendaciones para aumentar el alcance del Programa y poder lograr una mayor cobertura poblacional. 	
II. PROCESO DE ENTREGA	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sugerencias de mejora de la entrega del ACF, indicando qué creen que mejoraría y por qué es necesario mejorarlo. En términos de continuidad temporal, suficiencia del volumen entregado, adecuación del sistema de distribución a la población, calidad del producto, pertinencia cultural del producto. También en términos de eliminación de barreras. 2. ¿El sistema de entrega puede suponer dificultades adicionales para personas con características concretas? (mujeres, personas más alejadas, algún pueblo o lengua particular...). 	
III. PERCEPCION SOBRE LOS RESULTADOS ALCANZADOS	
<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo consideran que el producto ha ayudado en la alimentación o acceso a los alimentos de la familia y, en concreto, a la mejora de la situación nutricional de niñas y niños? 2. ¿Existe una variación en el conocimiento de las madres y padres sobre la alimentación adecuada de niños y niñas menores de 5 años (con atención especial a los de menos de 2)? ¿En qué se basan? 3. ¿A qué creen que se debe esa mejora en el conocimiento? ¿Puede incidir la Gran Cruzada? 4. ¿Esa mejora en el conocimiento se traduce en una mejora en la preparación y el uso? 5. ¿Y a una mejora del consumo del alimento? (número de veces, cantidad, alimentación perceptiva). 6. ¿Creen que Nutri niños ha supuesto algún cambio en conocimientos, comportamientos o en otras cuestiones diferentes a las que se han mencionado aquí? 	
IV. GÉNERO	
<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿En las casas hacen alguna diferencia en cómo alimentan a las niñas y a los niños? En caso de que sí, ¿cuáles son las diferencias? (cantidad, frecuencia, el tipo de alimentos) 2. Si hay diferencias en la alimentación de los niños y niñas, ¿cuáles son los motivos para esto? 	

3. ¿Hacen alguna diferencia en cómo le dan el Nutrin niños a las niñas que a los niños? En caso de que sí, ¿por qué hay diferencia?

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR EL SERVICIO

Observaciones adicionales

361. Identificación de cualquier efecto no previsto, positivo o negativo.

GUÍA PARA GRUPO FOCAL VIRTUAL CON NUTRICIONISTAS DE LAS ÁREAS DE SALUD

Fecha	Número de personas en el grupo focal (hombres o mujeres)
Nombre/Área de Salud	
Facilitadoras	
I. PROCESO DE ENTREGA Y PRODUCTO	
<ol style="list-style-type: none"> Sugerencias de mejora de todo el proceso de entrega, desde que realizan las proyecciones o la demanda de alimento hasta que es distribuido en los centros de salud <i>Por favor, indiquen las razones de esa sugerencia y qué dificultad contribuirían a solventar.</i> ¿Cómo valoran el producto (presentación, calidad, composición...)? ¿Qué otros servicios reciben con el producto?: orientación sobre cómo preparar, orientación sobre alimentación de los niños, vacunas, suplementos de micronutrientes, control de crecimiento, otros servicios 	
II. PERCEPCION SOBRE LOS RESULTADOS ALCANZADOS	
<ol style="list-style-type: none"> ¿Cómo consideran que el producto ha apoyado en la alimentación de los niños? ¿Han visto algún cambio en los niños/niñas desde que reciben el producto? ¿Cómo consideran que el producto ha ayudado en la alimentación o acceso a los alimentos de la familia? 	
IV. GÉNERO	
<ol style="list-style-type: none"> ¿En las casas hacen alguna diferencia en cómo alimentan a las niñas y a los niños? En caso de que sí, ¿cuáles son las diferencias? (cantidad, frecuencia, el tipo de alimentos) Si hay diferencias en la alimentación de los niños y niñas, ¿cuáles son los motivos para esto? ¿Hacen alguna diferencia en cómo le dan el Nutrin niños a las niñas que a los niños? En caso de que sí, ¿por qué hay diferencia? 	
RECOMENDACIONES PARA MEJORAR EL SERVICIO	
<ol style="list-style-type: none"> ¿Cómo atraer a la población que puede beneficiarse de este Alimento Complementario Fortificado, para que acudan en mayor medida y de manera más consistente a la recogida del alimento? ¿Cómo fortalecer los procesos de cambio comportamental de las madres y padres en relación con la alimentación complementaria? (adecuada forma de preparación, uso adecuado, proceso de alimentación adecuado...). ¿Qué tipo de orientación les dan al momento de la entrega? ¿Cómo valoran la orientación que reciben sobre el producto al momento de la entrega? ¿Alguna recomendación en términos de la entrega del producto, su presentación y calidad o sobre la cantidad a entregar? 	
II. FACTORES QUE FACILITAN Y DIFICULTAN EL USO DEL PRODUCTO	
<ol style="list-style-type: none"> ¿Cuáles son las dificultades que tienen las familias para preparar el producto y dar a los niños/niñas? ¿Cómo es la forma de preparación más común del producto? ¿Por qué preparan de esta manera? 	

3. ¿Cómo gusta el producto a los niños/niñas y a la familia?

Observaciones adicionales

GUÍA PARA GRUPO FOCAL VIRTUAL CON MONITORES DE LA SESAN

Fecha	Número de personas en el grupo focal (hombres o mujeres)
Nombre/Municipio/Departamento	
Facilitadoras	
I. CARACTERIZACIÓN Y VALORACIÓN DE PERSONAS BENEFICIARIAS	
3. Caracterización de las personas beneficiarias y obstáculos que están dificultando llegar a un mayor volumen de personas que podrían beneficiarse del ACF (desconocimiento, lejanía, dificultades de acceso).	
II. PERCEPCION SOBRE LOS RESULTADOS ALCANZADOS	
<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Existe una variación en el conocimiento de las madres y padres sobre la alimentación adecuada de niños y niñas menores de 5 años (con atención especial a los de menos de 2)? ¿En qué se basan? 2. ¿A qué creen que se debe esa mejora en el conocimiento? 3. ¿Esa mejora en el conocimiento se traduce en una mejora en la preparación y el uso? 4. ¿Y a una mejora del consumo del alimento? (número de veces, cantidad, alimentación perceptiva). 5. ¿Cómo consideran que el producto ha ayudado en la alimentación o acceso a los alimentos de la familia y, en concreto, a la mejora de la situación nutricional de niñas y niños? 	
IV. GÉNERO	
<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿En las casas hacen alguna diferencia en cómo alimentan a las niñas y a los niños? En caso de que sí, ¿cuáles son las diferencias? (cantidad, frecuencia, el tipo de alimentos) 2. Si hay diferencias en la alimentación de los niños y niñas, ¿cuáles son los motivos para esto? 3. ¿Hacen alguna diferencia en cómo le dan el Nutrin niños a las niñas que a los niños? En caso de que sí, ¿por qué hay diferencia? 	
RECOMENDACIONES PARA MEJORAR EL SERVICIO	
<ol style="list-style-type: none"> 5. ¿Cómo atraer a la población que puede beneficiarse de este Alimento Complementario Fortificado, para que acudan en mayor medida y de manera más consistente a la recogida del alimento? 6. ¿Cómo fortalecer los procesos de cambio comportamental de las madres y padres en relación con la alimentación complementaria? (adecuada forma de preparación, uso adecuado, proceso de alimentación adecuado...). 7. ¿tras recomendaciones? 	

Observaciones adicionales

GUÍA PARA TALLERES PARTICIPATIVOS CON MADRES, PADRES Y PERSONAS CUIDADORAS

Comunidades: Santa Rosa de Cuilapa, Chiquimula, Cobán y Santa Cruz de Quiché

Duración: 2 horas

Facilitadores: Néstor Moreno y Ailhyn Bolaños

Plan operativo para la realización de talleres

ACTIVIDAD	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO	
1	Presentación de la jornada y participantes	<p>Establecer un ambiente de confianza con la población mediante la presentación del equipo facilitador y participantes</p> <p>Identificar el objetivo de la jornada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Dinámica: "La telaraña"</i> <p>Las personas participantes y el equipo facilitador formarán un círculo. Quien dirija la dinámica tendrá en sus manos un bollo (rollo) de lana, dirá su nombre, la cantidad de hijos e hijas que tiene y hace cuánto recibe el Alimento Complementario Fortificado (ACF) y sin soltar el hilo de lana lanzará el bollo a otra persona que replicará la acción y así sucesivamente hasta terminar con la presentación de cada persona. Luego, se solicitará a la población que vea lo que se ha armado con el bollo; una telaraña que simula una red en la que cada quien está conectado con alguien más y con ello se procederá a hacer una breve reflexión sobre la importancia de la participación en el taller, construcción conjunta del análisis y del trabajo en comunidad.</p>	<p>Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bollo de lana • Gafetes para facilitadores <p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo facilitador • Participantes 	Equipo facilitador	15 minutos
2	Consentimiento informado	<p>Obtener el consentimiento de forma oral por parte de las y los participantes del taller</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Dinámica: "Manitas respondonas"</i> <p>El equipo facilitador brindará un par de manitas a cada participante y por cada una de las preguntas tendrán que subir una para identificar si están de acuerdo o no. Al finalizar podrán firmar el documento.</p> <p>Preguntas:</p>	<p>Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manitas respondonas (ver recurso 1) • Consentimiento informado (ver recurso 2) <p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo facilitador • Participantes 	Equipo facilitador	5 minutos

ACTIVIDAD	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
		<ul style="list-style-type: none"> • ¿Están informados/as del motivo de su participación? • ¿Están informadas/os de que su participación es voluntaria? • ¿Podemos grabar lo que nos vayan a contar? Es únicamente para tomar notas. • ¿Podemos tomar fotos de la actividad teniendo el cuidado que no salga su rostro? 			
3	Levantamiento de la información	<p>Desarrollar la comprensión del objetivo del programa y el contexto de la localidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Dinámica: "Ver"</i> Se divide el grupo en subgrupos según cada una de las comunidades. <p>Con un camino trazado en un papelógrafo o cartulina, se les invita a las personas participantes a que comenten cómo es el proceso que llevan a cabo para adquirir el Alimento Complementario Fortificado. Además, se dispondrá de una serie de imágenes, como un centro de salud, figuras de personas adultas, niñez, vehículos, y se les consultará lo siguiente, con el fin de que las personas vayan reconstruyendo su historia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo coordinan ustedes con las instituciones para la entrega del alimento? (se disponen imágenes de teléfonos, puertas, personas, vehículos, computadoras, cartas, etc.) • ¿Cuáles instituciones están involucradas en el proceso de entrega del Alimento Complementario Fortificado (ACF)? (Se dispone de diversas imágenes relacionadas con institucionalidad) <p>(¿Los beneficiarios identifican la articulación</p>	<p>Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imágenes (ver recurso 3) • Pegamento o cinta adhesiva <p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo facilitador • Participantes 	Equipo facilitador	20 minutos

ACTIVIDAD	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
		<p>interinstitucional dentro de los hitos que fortalecen el proyecto?)</p> <p>Percepción de los beneficiarios sobre las condiciones de entrega y recepción del producto (PCER)</p> <p>1- ¿Dónde reciben mayormente el producto? 6- ¿Qué otros servicios reciben con el producto?: orientación sobre cómo preparar, orientación sobre alimentación de los niños, vacunas, suplementos de micronutrientes, control de crecimiento, otros servicios 7- ¿Qué tipo de orientación les dan al momento de la entrega?</p>			
4	<p>Construir desde la experiencia individual de cada participante, la vivencia de la localidad sobre el programa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Momento 2 (juzgar)</i> <p>Se continuará con la historia sobre “el camino” y se ahondará en temas relacionados con el producto y su preparación.</p> <p>Se dispone de más imágenes relacionadas al producto (empaques, papillas, pajas (biberones), atol, masa, polvo, etc.) y se conversará al respecto.</p> <p>Algunas de las preguntas guía son las siguientes:</p> <p>Percepción de los beneficiarios sobre las condiciones de entrega y recepción del producto (PCER)</p> <p>2- ¿Tienen alguna dificultad para recibir el producto? En caso de que sí, ¿Cuáles tienen? 3- ¿Cómo valoran el tiempo de espera para recibir el producto? 4- ¿Cómo valoran la presentación del producto? 5- ¿Cómo valoran la calidad del producto?</p>	<p>Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> • El camino (ver recurso 4) • Pegamento o cinta adhesiva <p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo consultor • Participantes 	Equipo consultor	20 minutos

ACTIVIDAD	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
		<p>7- ¿Cómo valoran la orientación que reciben sobre el producto al momento de la entrega? ¿Consideran que el sector salud ha mejorado la forma de entrega del producto en los últimos años/meses?</p> <p>Factores que facilitan y dificultan el uso del producto (FFD)</p> <p>3- ¿Cómo es la forma de preparación más común del producto? ¿Por qué preparan de esta manera?</p> <p>4- ¿Les gusta el producto a los niños/niñas y a la familia? ¿Cómo les gusta más?</p> <p>1- ¿Cómo consideran que es la preparación del producto?</p> <p>2- ¿Cuáles son las dificultades que tienen para preparar el producto y dar a los niños/niñas?</p> <p>Género (G)</p> <p>1- ¿En la casa hacen alguna diferencia en cómo alimentan a las niñas y a los niños? En caso de que sí, ¿cuáles son las diferencias? (cantidad, frecuencia, el tipo de alimentos)</p> <p>2- Si hay diferencias en la alimentación de los niños y niñas, ¿cuáles son los motivos para esto?</p> <p>3- ¿Hacen alguna diferencia en cómo le dan el Nutrin niños a las niñas que a los niños? En caso de que sí, ¿por qué hay diferencia?</p>			
5	REFRIGERIO 15 min				
6	Intencionar el compromiso o factores limitantes que desde el presente y con miras al futuro podrían ser cuellos de botellas, debilidades o	<ul style="list-style-type: none"> <i>Dinámica: "Dime qué y te diré cómo"</i> <p>Se solicitará al grupo que hagan una breve reflexión de lo trabajado en la jornada, a través de dos imágenes, una un cesto de recolección donde van a echar los frutos (si hubiera) del ACF, y otra imagen de un saco donde</p>	<p>Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> Pliego de papel bond Plumones Imágenes (ver recurso 5) Páginas de colores Pegamento o cinta adhesiva 	Equipo consultor	20 minutos

ACTIVIDAD	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
	amenazas para el desarrollo del programa.	<p>depositan lo que consideran no les aporta o no les ha servido.</p> <p>Algunas preguntas generadoras:</p> <p>Recomendaciones para mejorar el servicio (R)</p> <p>1- ¿Consideran que el producto ha apoyado en la alimentación de los niños? ¿Han visto algún cambio en los niños/niñas desde que reciben el producto?</p> <p>2- ¿Consideran que el producto ha ayudado en la alimentación o acceso a los alimentos de la familia?</p> <p>3- Desde que recibe el producto, ¿Cuál creen que fue el cambio más importante en sus hijas/hijos, en la vida de la familia y en la comunidad?</p> <p>Luego que de manera conjunta identifiquen recomendaciones sobre:</p> <p>Recomendaciones para mejorar el servicio (R)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La entrega del producto • La presentación del producto • La calidad del producto • La cantidad del producto • La coordinación para entregar y adquirir el producto 	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo consultor • Participantes 		
7	<p>Despedida y agradecimiento</p> <p>Finalizar con la actividad brindando un agradecimiento a las personas participantes</p> <p>Evaluar la jornada</p>	<p>El equipo consultor brindará un sincero agradecimiento a la población por su colaboración, ya que la información brindada será de suma importancia para proponer mejoras para el desarrollo del programa.</p> <p>Además, solicitarán una breve evaluación de la jornada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación (ver recurso 6) • Equipo consultor • Participantes 	Equipo consultor	10 minutos

Recurso 1. Manitas respondonas



Recurso 2. Consentimiento informado

Recurso 3. Imágenes para el momento "Ver"

- Camino en papelógrafo



- Centro de salud



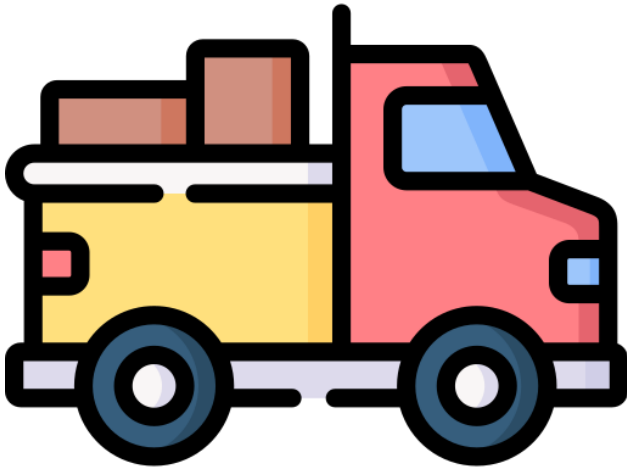
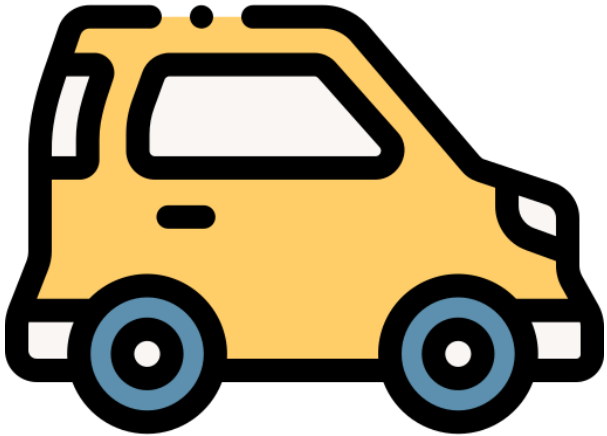
- Personas adultas



- Niñez



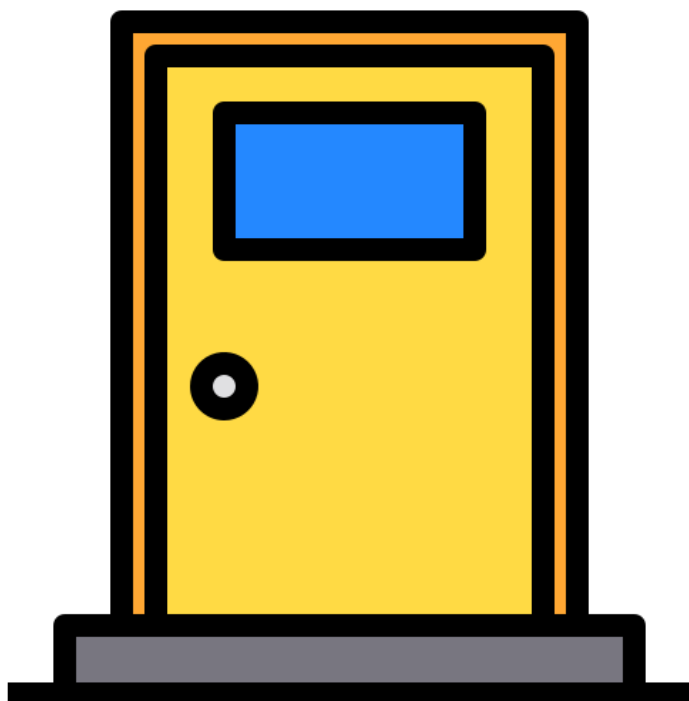
- Vehículos



- Teléfonos



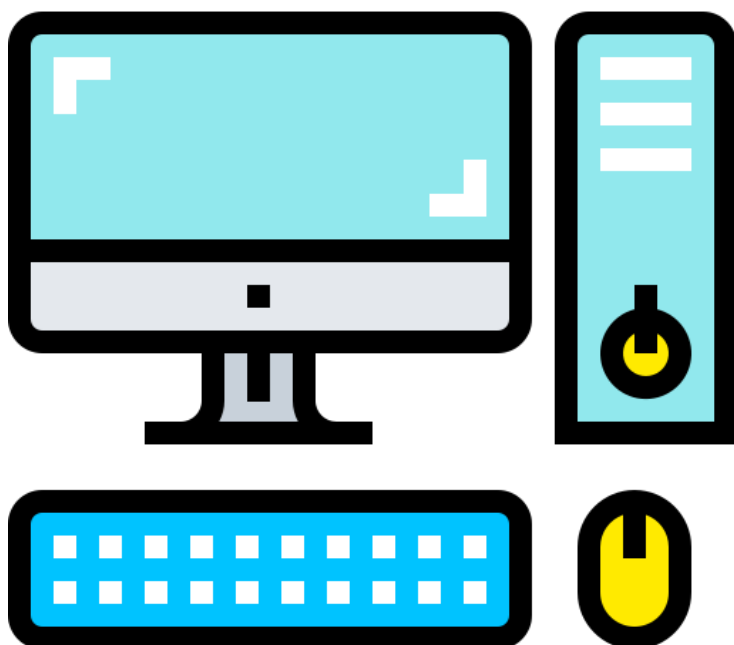
- Puertas



- Personas



- Computadoras



- Cartas



Recurso 4. Imágenes para el momento “juzgar”

- Empaque



- Papilla



- Pacha o biberón



- Atol



- Masa



- Polvo

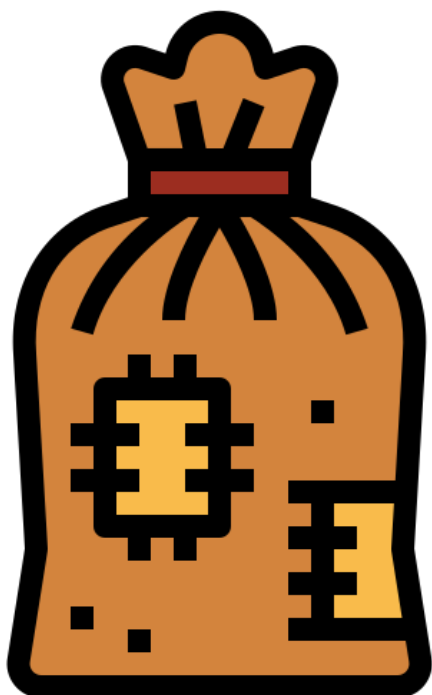


Recurso 5. Imágenes para la dinámica "Dime qué y te diré cómo"

- Canasta o cesto para frutos



- Saco



Recurso 6. Evaluación

Anexo 6.2. Agenda del trabajo en el terreno

AGENDA DE TRABAJO EN CIUDAD DE GUATEMALA

Fecha	Lugar	Hora	Actividades	Con quiénes
			<p>Personas participantes: Victoria Sánchez Esteban Ailhyn Bolaños Néstor Moreno Velásquez Alba Barrutieta San Miguel (actividades virtuales)</p>	
Sábado 11, tarde	Ciudad de Guatemala		Llegada a Ciudad de Guatemala	
Lunes 13	Ciudad de Guatemala	13:00-15:00	Reunión grupal con equipo de MSPAS	Licda. Evelyn María Varela Ruano Marlon Figueroa Nidia Ramírez Betty Paz, Unidad de Género
Martes 14, mañana	Ciudad de Guatemala	7:00-7:45	Entrevista con la Cooperación Canadiense	Sonia García, oficial del programa de Cooperación
		10:00-12:00	Reunión con el equipo del MIDES	Johny León Chinchilla Delia Méndez, Área de asesoría jurídica del MIDES Fernando Moreno, encargado del programa de ACF desde el MIDES Darwin Esquivel, Área financiera (Subdirección de Bolsa de Alimentos) Irvin de León, Dirección de Diseño y Normatividad Luis Alberto Sinae, Dirección de Diseño y Normatividad
		14:30-15:00	Sesión introducción/briefing en PMA	Tania Goossens, Directora de País Hebert López, Director Adjunto Hagar Ibrahim, Jefe de Unidad de Monitoreo y Evaluación Priscila Molina
		16:00-17:00	Reunión grupal con SEGEPLAN	Daniel Alejandro Osorio, Programación Sectorial y Territorial Rodolfo Linares, Seguridad Alimentaria y Nutricional

Miércoles 15	Ciudad de Guatemala	8:00-10:00 11:00-12:00 14:00-15:00 15:30-16:30	Reunión grupal con SESAN Reunión con el equipo de compras de PMA Entrevista a Irma Palma, Oficial de Programas de PMA Reunión con Josefina Tamayo, Oficial de Género de PMA	Lic. Rafael Salinas Gallardo Andrea Váldez Sergio Hugo González Heidy Yesenia Sunún Nidia Luna Diego Gálvez, Oficial de Compras Irma Palma Josefina Tamayo
Miércoles 22	Ciudad de Guatemala	9:00-11:00 10:00-11:00 12:00-13:00 14:00-16:00	Grupo focal virtual con nutricionistas de las DAS Entrevista con el MAGA Reunión con el Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional PROSAN/MSPAS Grupo focal virtual con nutricionistas de las DAS	11 nutricionistas participantes Ing. César Vinicio Arreaga. Cargo Licenciado Bernardo Molina 11 nutricionistas participantes
Jueves 23	Ciudad de Guatemala	10:00-14:00	Grupo focal virtual con monitores de SESAN (2 sesiones de 1,5h)	44 monitores participantes divididos entre las dos reuniones
Viernes 24	Ciudad de Guatemala	9:30-11:30	Taller de identificación del Cambio Más Significativo del PACF	<u>Por SESAN:</u> Licda. Heidy Yesenia Sunún Flores <u>Por MIDES:</u> Johnny Hamblet León Chinchilla <u>Por MSPAS:</u> Licenciada Evelyn María Varela Ruano Nidia Ramírez <u>Por PMA:</u> Hagar Ibrahim Mauricio Garita Priscila Molina Eunice López
			Reunión de <i>debriefing</i>	Participantes de instituciones socias: Lizett Guzmán Juárez, Secretaria de SESAN Licda. Heidy Yesenia Sunún Flores Licda. Andrea Valdez

				<p>Lic. Oscar Flores Ingeniera Hellen Andree Rodríguez Cruz, en representación de la Viceministra de MIDES Johny Hamblet León Chinchilla Licenciada Nidia Ramírez, Asistente Técnica de SIAS/MSPAS Alejandra Estrada Iris Reyes</p> <p>Participante de Oficina de País: Tania Goossens, Directora de País/Representante Hebert López, Director Adjunto Andreia Fausto, Jefa de Programas Kate Sinclair, Oficial de Programas Eunice López, Oficial de Nutrición Josefina Tamayo, Oficial de Género Diego Gálvez, Oficial de Compras Nidia Luna Hagar Ibrahim, Jefa de Monitoreo y Evaluación Priscila Molina, Oficial de Monitoreo y Evaluación Mauricio Garita, Oficial de Evaluación</p>
		12:00-14:00	Reunión con el equipo del PMA	<p>Hagar Ibrahim Mauricio Garita Priscila Molina Eunice López</p>

AGENDA DE TRABAJO EN MUNICIPIOS Y COMUNIDADES

		Personas participantes: Victoria Sánchez Esteban Ailhyn Bolaños Ulloa Néstor Moreno Velásquez		
Fecha	Lugar	Hora	Actividades	Puntos focales
Martes 14	Santa Rosa-Barberena	11:30-12:30 14:00 - 15:30	Entrevista Gabriela Valenzuela Delegada Departamental y Mauro Cardona Delegado Regional SESAN Entrevistas en Barberena a enfermeras de Bijagues y San Nicolás	Licda. Irene Mejía Torres Nutricionista Centro de Salud Ing. Mauro Cardona Facilitador Regional Gabriela Valenzuela Delegada de SESAN
Miércoles 15	Santa Rosa-Barberena (Bijagues y San Nicolás)	9:00 - 11:00 13:30-15:30 15:30 - 16:30	Taller participativo en Bijagues Taller Participativo en San Nicolás Centro de convergencia de San Nicolás	Angie Nutricionista DAS Heidy - Enfermera Auxiliar en Bijagues Mariela - Enfermera Auxiliar en San Nicolás
Jueves 16	Chiquimula- San José La Arada	14:00 - 15:00 15:00 - 16:30 15:30 - 16:30	Observación sobre Almacenamiento en Centro de Salud de San José La Arada Entrevista con Enfermeras (San José La Arada) Entrevista a Monitor de la SESAN (San José La Arada)	Licda. Olga Centro de Salud Erick Sosa - Regional de la SESAN Abelardo Villafuerte - Delegado Departamental de la SESAN
Viernes 17	Chiquimula- San José La Arada	8:30 - 10:00 9:00 - 11:00 13:30 - 15:30	Entrevista Nutricionista DAS Chiquimula Taller participativo Saspán Taller participativo "Los Cimientos" <i>*Se realizó observación del almacenamiento de la DAS</i>	José Ronald Monitor de la SESAN Isabel Cerezo Nutricionista de la DAS
Sábado 18	Alta Verapaz-Cobán	15:00 - 16:30	Reunión para identificar hallazgos de la evaluación que permitirán aportar al taller	José Domingo Mendoza Delegado Departamental de la SESAN
Lunes 20	Alta Verapaz-Cobán	8:00 - 9:30 8:00 - 9:00 10:00 - 11:30 11:30 - 12:30	Entrevista a Delegado SESAN , en MAGA Cobán Reunión interinstitucional Entrevista con Monitor de la SESAN Tukurú (en la COMUSAN) Entrevista a enfermeros auxiliares	Donaldo Chocooj Monitor SESAN Sinthya Perdomo - Nutricionista de la DAS Nutricionista del Centro de Salud de Tukurú Yasmina - Enfermera Auxiliar de Mangales
Martes 21	Alta Verapaz-Municipio de Tukurú	14:00 - 15:00	COMUSAN Tukurú Alta Verapaz	

			<i>*No se pudieron realizar los dos talleres participativos que estaban previstos</i>	Lucia Caal - Enfermera Auxiliar en Las Palmas
Miércoles 22	Quiché-Santa Cruz del Quiché	09:00 - 10:30 10:00 - 11:00 11:15 - 12:15 13:30 - 15:00	COMUSAN Santa Cruz de Quiché Nutricionista DAS Entrevista Delegada de la SESAN - Sta Cruz y Monitor SESAN San Bartolomé Jocotenango Entrevista a Enfermeras Auxiliares de Xetenabaj y Las Palmas en San Bartolomé	Leticia Álvarez Educadora Lic. Roberto Mazariegos - DAS Quiché Valentín Pérez Coord. Centro de Salud Hamlet Huehue - Delegado Regional de SESAN
Jueves 23	Quiché-San Bartolomé Jocotenango	09:00- 10:30 11:00 - 12:00	COMUSAN San Bartolomé Jocotenango Taller participativo Xetenabaj <i>*Se canceló el taller participativo previsto para la tarde</i>	Fabiola Urrutia Delegada Departamental SESAN Manuel Calel Sesan Monitor SESAN de San Bartolomé Jocotenango

ENCUESTA A PERSONAS USUARIAS

Mes	Marzo									
Semanas	1					2				
Fecha	6	7	8	9	10	13	14	15	16	17
Santa Rosa										
Candelaria	■									
Cacahuito		■								
Centro de Salud		■								
El Retiro			■							
La Concepción				■						
El Calvario				■						
Chiquimula										
Arada Plan				■						
Colmenas					■					
Guaraquiche						■		■		
La Prensa							■			
El Tablón									■	
Las Palmas									■	
Alta Verapaz										
Cahaboncito			■							
Poza Azul I				■						
Poza Azul II					■					
Jolomixito III						■				
San Vicente I						■				
San Francisco I							■			
Quiché										
La Parroquia		■								
La Taña			■							
31 de Mayo				■	■					
Tunajá						■				
Chimatatz/Tonalá							■			
Nebaj								■		

Anexo 6.3. Localizaciones del trabajo de campo

Departamento	Técnica empleada	Localización (municipios y comunidades)
Santa Rosa	Encuesta a madres y padres	Municipio de Cuilapa <ul style="list-style-type: none"> - El Retiro - El Calvario - La Concepción Municipio de Taxisco <ul style="list-style-type: none"> - Centro de Salud - Candelaria - Cacahuito
	Talleres participativos a madres y padres	Municipio de Barberena <ul style="list-style-type: none"> - Bijagues - San Nicolás
	Entrevistas grupales/individuales	Municipio de Barberena
Chiquimula	Encuesta a madres y padres	Municipio de Jocotán <ul style="list-style-type: none"> - Arada Plan - Guaraquiche - Colmenas Municipio de Olopa <ul style="list-style-type: none"> - Las Palmas - La Prensa - Tablón
	Talleres participativos con padres y madres	Municipio de San José la Arada <ul style="list-style-type: none"> - Saspán - Los Cimientos
	Entrevistas grupales/individuales	Municipio de San José la Arada
Alta Verapaz	Encuestas	Municipio de La Tinta <ul style="list-style-type: none"> - Jolomixito III - San Vicente I - San Francisco I Municipio de Panzós <ul style="list-style-type: none"> - Cahaboncito - Poza Azul I - Poza Azul II
	Entrevistas grupales/individuales	Municipio de Cobán Municipio de Tukurú
Quiché	Encuestas	Municipio de Uspantán <ul style="list-style-type: none"> - La Taña - La Parroquia - 31 de Mayo Municipio de Zacualpa <ul style="list-style-type: none"> - San Antonio - Chimatazt/Tonalá - Tunajá
	Talleres participativos con padres y madres	Santa Cruz del Quiché <ul style="list-style-type: none"> - Xetenebaj
	Entrevistas grupales/individuales	Santa Cruz del Quiché <ul style="list-style-type: none"> - San Bartolomé Jocotenango

Anexo 6.4. Lista de personas entrevistadas

PERSONAS ENTREVISTADAS

Entrevistas	Marlon Figueroa (SIAS)
	Evelyn María Varela Ruano (MSPAS)
	Nidia Ramírez (MSPAS)
	Silvia Palma (Unidad de Género MSPAS)
	Betty Paz (Unidad de Género MSPAS)
	Eunice López (MSPAS)
	Bernardo Molina (PROSAN)
	Hagar Ibrahim (equipo gestor de la evaluación, PMA)
	Priscila Molina (equipo gestor de la evaluación, PMA)
	Josefina Tamayo (PMA)
	Irma Palma (PMA)
	Diego Gálvez (Supply Chain, PMA)
	Tania Goossens (Directora de País, PMA)
	Hebert López (Director Adjunto, PMA)
	Eunice López (PMA)
	César Vinicio Arrega (MAGA)
	Rafael Salinas Gallardo (SESAN)
	Heidy Yesenia Sunun (SESAN)
	Heidy Flores (SESAN)
	Sergio Hugo (SESAN)
Nidia Luna (SESAN)	

Sonia García (Cooperación canadiense)
Johny León (MIDES)
Carlos Miguel Torres (MIDES)
Lesbia Magaly Antonia Duarte (MIDES)
Héctor Melvin Caná Rivera (MIDES)

PERFILES ENTREVISTADOS

Entrevistas	Delegados departamentales del MIDES
	Nutricionistas de las DAS del MSPAS
	Delegados departamentales de la SESAN
	Monitores SESAN
	Enfermeras auxiliares en centros y puestos de salud
Grupos focales/entrevistas grupales	Nutricionistas de las áreas de salud (2 grupos de 11 personas)
	Monitores de la SESAN en municipios no visitados (2 grupos de 22 personas)
	Entrevista grupal COMUSAN
Encuesta	Padres, madres y personas cuidadoras cuyos niños y niñas han recibido ACF
	Enfermeras auxiliares
Talleres participativos	Madres y cuidadoras femeninas de los municipios visitados

Anexo 7. Mapeo de los hallazgos, conclusiones y recomendaciones

Las recomendaciones que aquí se presentan han sido compiladas y sistematizadas por el equipo de evaluación a partir del trabajo de co-creación realizado por las entidades socias del proyecto en un taller participativo, en el que se analizaron grupalmente cada una de las conclusiones obtenidas de la evaluación y se formularon cursos de acción para reforzar los puntos fuertes y suavizar o superar los débiles. Algunas de las sugerencias de acción, a partir de las que se han formulado las recomendaciones, surgieron de manera repetida en relación con más de una conclusión. Esa es la razón de que una parte de las recomendaciones se relacione con varias de las conclusiones.

Recomendación	Conclusiones	Hallazgos
Recomendación 1: Institucionalizar Nutrin niños como programa y redefinir su arquitectura institucional y su funcionamiento en un instrumento legal, con asignación clara de funciones y responsabilidades para mejorar la coordinación interinstitucional, sobre todo a nivel territorial.	Conclusión 6	19, 20, 21, 23, 24, 25, 26
	Conclusión 7	37
Recomendación 2: De cara a una nueva intervención de ACF, realizar un diseño detallado y fortalecer su planificación, monitoreo y seguimiento.	Conclusión 1	1, 2, 3, 35
	Conclusión 3	10, 11, 12, 13
Recomendación 3: Mejorar el último tramo de la cadena de suministro, hasta la llegada a la persona beneficiaria y flexibilizar las frecuencias de entrega, pudiendo realizarla en periodos más cortos.	Conclusión 2	4, 5, 6, 7, 9, 16
	Conclusión 4	14
Recomendación 4: Reforzar los sistemas de información y registro, para posibilitar la trazabilidad de los indicadores intermedios y finales del ACF y definir protocolos de registro y gestión de la información.	Conclusión 2	15, 17
	Conclusión 5	29, 30
	Conclusión 6	19, 27, 28
Recomendación 5: Valorar la mejora la pertinencia cultural del producto, a	Conclusión 3	8
	Conclusión 5	31, 32, 33, 34, 36, 37

Recomendación	Conclusiones	Hallazgos
partir de la evidencia de su uso, considerando la producción local.		
Recomendación 6: Incluir el ACF en la estrategia de CCSC de la GCNN, hacerla sensible al género y reforzar su pertinencia cultural, articulada con la política sectorial del gobierno y realizando una mayor promoción de la iniciativa y del uso correcto del alimento, involucrando a todos los agentes del cambio (educadores, madres consejeras u otro actor fundamental para la implementación de acciones de comunicación y promoción).	Conclusión 4	17
	Conclusión 7	37, 38
	Conclusión 8	22
Recomendación 7: Asegurar que la búsqueda de la igualdad de género y la interculturalidad estén presentes en el diseño, la ejecución y el monitoreo del ACF.	Conclusión 3	18
	Conclusión 7	37, 38, 39, 40, 41

Anexo 8. Bibliografía

Consejo Nacional de Desarrollo Urbano y Rural. 2014. *Plan Nacional de Desarrollo K'atun: nuestra Guatemala 2032*. Guatemala: Consadur/Segeplán.

FAO, SESAN, IDEI/USAC, ILE/URL. 2014. *Informe nacional: Seguridad Alimentaria y Nutricional y Pueblos Indígenas en Guatemala*. Guatemala, octubre de 2014.

FAO. 2017. Inicia proceso para mejorar igualdad de género en el área rural. Sitio web: <https://www.fao.org/guatemala/noticias/detail-events/es/c/1024621/>

Gobierno de la República de Guatemala. 2020. Política General del Gobierno 2020-2024. Guatemala.

Gobierno de la República de Guatemala. 2015. Prioridades Nacionales de desarrollo: acceso a los servicios de salud. Sitio web: <https://pnd.gt/home/Indicadores?priori=821#indicadores>

Gobierno de la República de Guatemala. 2022. *Informe de la Línea de Base de la Gran Cruzada Nacional Por la Nutrición 2021-2022*. Guatemala, agosto de 2022.

Gobierno de Guatemala. 2006. Reglamento de la LSNSAN. Acuerdo Gubernativo Número 75-2006. Guatemala.

Gobierno de la República de Guatemala. 2005. La Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (LSNSAN). Guatemala, 2005.

Gobierno de la República de Guatemala. 2005. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PNSAN). Guatemala, 2005.

Figueroa, F.J. 2016. Marcadas de por vida, pero con esperanza de ayudar a otros. UNICEF. Guatemala.

Instituto Nacional de Estadística (2019). *Resultados Censo 2018*. Guatemala, diciembre de 2019.

Instituto Nacional de Estadística (2016). *Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2014*. Tomo I. Guatemala, enero de 2016.

Instituto Nacional de Estadística. 2020. Estadística de Migración.

Instituto Nacional de Estadística. 2017. *VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015 (ENSMI)*. Guatemala, 2017.

Instituto Nacional de Estadística. 2023. *Canasta Básica Alimentaria*. Guatemala. Enero, 2023.

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

MIDES, MSPAS, SESAN, PMA. 2022. *Acuerdo Específico N°2 al Convenio de cooperación y Coordinación Interinstitucional entre MIDES, MSPAS, SESAN, PMA*. Documento interno, no publicado.

- Adenda 1. Plazo 19 de noviembre de 2020 a 31 de diciembre de 2020
- Acuerdo específico 1. Enero de 2021.
- Adenda 2. Plazo de 19 de abril de 2021 a 31 de agosto de 2021.
- Adenda 3. 25 de octubre de 2021.
- Adenda 4. 14 de diciembre de 2021.
- Acuerdo específico 2. 29 de abril de 2022.
- Adenda 5. 12 de octubre de 2022.

Ministerio de Desarrollo Social y Oxford Poverty and Human Development Initiative, 2018. *Índice de Pobreza Multidimensional*. Guatemala, 2018.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2020. *Gran Cruzada Nacional por la Nutrición en Guatemala*. 1ª edición. Guatemala.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2020. *Lineamientos técnicos Alimento Complementario Fortificado*. 1ª edición. Guatemala.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2023. *Lineamientos técnicos ampliados para la entrega de Alimento Complementario Fortificado en niñas y niños de 24 a 59 meses con Mayor Riesgo Alimentario Nutricional*. Guatemala.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2021. Estadísticas de Distribución CSB+ 2021. Documento interno, no publicado.

Naciones Unidas. 2020. Directrices éticas del grupo de Evaluación de las Naciones Unidas. Documento interno, no publicado.

Naciones Unidas Guatemala. 2020. *Marco Estratégico de Cooperación para el Desarrollo Sostenible 2020-2025*. Guatemala, diciembre de 2020.

Naciones Unidas. 2022. Acerca de Guatemala. Sitio web: <https://onu.org.gt/acerca-de-guatemala/#:-:text=El%20territorio%20se%20encuentra%20integrado,es%20la%20Ciudad%20de%20Guatemala>.

Observatorio de Violencia Triángulo Norte. 2022. *Informe lesionados por violencia*. Guatemala.

ONU Mujeres. 2019. Guatemala. Sitio web: <https://lac.unwomen.org/es/donde-estamos/guatemala>

Organización Panamericana de la Salud. 2012. *1902-2012 Promoviendo la salud en las Américas*. Guatemala.

PMA. 2016. *Informe final Proyecto de Alimentación Complementaria de Niños y Niñas de Seis a 23 Meses de Totonicapán y Sololá*. Guatemala.

PMA. 2020. *Proyecto de Plan Estratégico para Guatemala 2021-2024*. Roma, 16-20 de noviembre de 2020.

PMA. 2021. *Inception Report Quality Checklist SPA*. Documento interno, no publicado.

PMA. 2021. *Inception Report Template SPA*. Documento interno, no publicado.

PMA. 2021. *Formatting guidelines 2023*. Documento interno, no publicado.

PMA. 2021. *Política del PMA en materia de género para 2022-2026*. Roma, 2021.

Programa Mundial de Alimentos y Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia de la República. 2022. *Estudio Nacional de Seguridad Alimentaria*. Guatemala.

Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia de la República. 2021. Estadísticas de beneficiarios Alimento Complementario Fortificado (ACF) Nutri Niños a diciembre de 2021. Documento interno, no publicado.

Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia de la República. 2022. Estadísticas de beneficiarios Alimento Complementario Fortificado (ACF) NutriNiños a 16 de noviembre 2022. Documento interno, no publicado.

Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia de la República. 2023. *Monitoreos Realizados durante las entregas del ACF Nutrin niños realizadas de enero a diciembre del 2022*. Documento interno, no publicado.

Secretaría Presidencial de la Mujer. 2009. Política Nacional de promoción y desarrollo integral de las mujeres -PNPDIM- y Plan de Equidad de oportunidades -PEO- 2008-2023. Guatemala, noviembre de 2009.

UNICEF. ¿Qué hacemos?. Sitio web: <https://www.unicef.org/guatemala/qu%C3%A9-hacemos>

Anexo 9. Salidas de las encuestas realizadas (tablas de frecuencias y gráficos)

ENCUESTAS A PERSONAS USUARIAS

		Departamento			Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	Alta Verapaz	114	25.8	25.8	25.8
	Chiquimula	111	25.1	25.1	50.9
	Quiché	112	25.3	25.3	76.2
	Santa Rosa	105	23.8	23.8	100.0
	Total	442	100.0	100.0	

		Municipio			Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid		1	.2	.2	.2
	Alta Verapaz	1	.2	.2	.5
	Cuilapa	52	11.8	11.8	12.2
	Jocotán	59	13.3	13.3	25.6
	Nebaj	1	.2	.2	25.8
	Olopa	51	11.5	11.5	37.3
	Panzós	59	13.3	13.3	50.7
	Santa Catalina la Tinta	28	6.3	6.3	57.0
	Santa Catalina La Tinta	26	5.9	5.9	62.9
	Taxisco	52	11.8	11.8	74.7
	Taxisvo	1	.2	.2	74.9
	Uspantán	57	12.9	12.9	87.8
	Zacualpa	54	12.2	12.2	100.0
	Total	442	100.0	100.0	

		Sexo			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mujer	437	98.9	98.9	98.9
	Hombre	5	1.1	1.1	100.0
	Total	442	100.0	100.0	

		P11 Recibio_ACF			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	75	17.0	17.1	17.1
	Si	363	82.1	82.9	100.0
	Total	438	99.1	100.0	
Missing	System	4	.9		
Total		442	100.0		

		P12 Recibio_ACF_antes			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	363	82.1	82.1	82.1
	Si	79	17.9	17.9	100.0
	Total	442	100.0	100.0	

		P14 Fue_primera_vez			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	326	73.8	74.3	74.3
	Si	113	25.6	25.7	100.0
	Total	439	99.3	100.0	
Missing	System	3	.7		

Total	442	100.0		
-------	-----	-------	--	--

P15 Relacion_nino

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Abuela	8	1.8	1.8	1.8
	Madre	429	97.1	97.1	98.9
	Padre	5	1.1	1.1	100.0
	Total	442	100.0	100.0	

P16 Quien_da_comer

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Abuela	8	1.8	1.8	1.8
	Ambos padre y madre	4	.9	.9	2.7
	Madre	427	96.6	96.6	99.3
	Padre	3	.7	.7	100.0
	Total	442	100.0	100.0	

P17 Nivel_educativo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Educación superior técnica	26	5.9	5.9	5.9
	Educación universitaria	6	1.4	1.4	7.2
	Primaria completa	111	25.1	25.1	32.4
	Primaria incompleta	138	31.2	31.2	63.6
	Secundaria completa	42	9.5	9.5	73.1
	Secundaria incompleta	35	7.9	7.9	81.0
	Sin educación	43	9.7	9.7	90.7
	Sin educación formal	41	9.3	9.3	100.0
	Total	442	100.0	100.0	

P18 Lengua

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		4	.9	.9	.9
	Chorti	2	.5	.5	1.4
	Español	220	49.8	49.8	51.1
	Ixil	19	4.3	4.3	55.4
	Kiché	53	12.0	12.0	67.4
	Pokomchí	1	.2	.2	67.6
	Q'eqchi	143	32.4	32.4	100.0
	Total	442	100.0	100.0	

P19 Pueblo_REC

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Maya	219	49.5	49.5	49.5
	Mestizo/ladino	223	50.5	50.5	100.0
	Total	442	100.0	100.0	

P20 Agua

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Por cañería en la vivienda	357	80.8	81.3	81.3
	Pileta pública, comunal	48	10.9	10.9	92.3
	Pozomecánico o manual no protegido	8	1.8	1.8	94.1
	Río, lago, acequia	15	3.4	3.4	97.5
	Agua embotellada	11	2.5	2.5	100.0
	Total	439	99.3	100.0	
	Missing System	3	.7		
Total	442	100.0			

P21 Tiempo_agua

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	En la vivienda	376	85.1	85.1	85.1
	Menos de 30 minutos	60	13.6	13.6	98.6
	30 minutos o más	6	1.4	1.4	100.0
	Total	442	100.0	100.0	

P22 Cuantos_ninosACF

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	382	86.4	86.4	86.4
	2	54	12.2	12.2	98.6
	3	6	1.4	1.4	100.0
	Total	442	100.0	100.0	

P23 Edad_group

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6 - 8 meses	29	6.6	6.6	6.6
	9 - 11 meses	48	10.9	10.9	17.5
	12 - 24 meses	249	56.3	56.5	73.9
	25- 59 meses	115	26.0	26.1	100.0
	Total	441	99.8	100.0	
Missing	System	1	.2		
Total		442	100.0		

P24 Sexo_nino

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niña	234	52.9	53.1	53.1
	Niño	207	46.8	46.9	100.0
	Total	441	99.8	100.0	

Missing	System	1	.2		
Total		442	100.0		

P25 N_bolsas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		8	1.8	1.8	1.8
	1 bolsa	1	.2	.2	2.0
	2 bolsas	74	16.7	16.7	18.8
	3 bolsas	73	16.5	16.5	35.3
	4 bolsas	281	63.6	63.6	98.9
	Otro	5	1.1	1.1	100.0
Total		442	100.0	100.0	

P26 Tamano_bolsa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		1	.2	.2	.2
	1 kilo	13	2.9	2.9	3.2
	1.5 kilos	424	95.9	95.9	99.1
	No tiene las bolsas	4	.9	.9	100.0
Total		442	100.0	100.0	

P27 Donde_recibio_REC

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Puesto/Centro de salud de la comunidad o comunidad cercana	352	79.6	80.2	80.2
	Puesto/Centro de salud de la cabecera municipal	28	6.3	6.4	86.6
	Durante las jornadas de salud en la comunidad	22	5.0	5.0	91.6
	Me trajeron a la casa en las visitas de personal de salud	17	3.8	3.9	95.4
	Otro	20	4.5	4.6	100.0
Total		439	99.3	100.0	

Missing	System	3	.7		
Total		442	100.0		

P28 Quien_entrego_REC

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Médico del puesto/centro de salud	51	11.5	11.6	11.6
	Enfermera del puesto/centro de salud	379	85.7	86.3	97.9
	Otro	9	2.0	2.1	100.0
	Total	439	99.3	100.0	
Missing	System	3	.7		
Total		442	100.0		

P29 Tiempo_viaje_REC

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menos de 10 minutos	104	23.5	23.7	23.7
	10 a 15 minutos	166	37.6	37.9	61.6
	16 a 30 minutos	124	28.1	28.3	90.0
	31 minutos a 1 hora	38	8.6	8.7	98.6
	Más de 1 hora	6	1.4	1.4	100.0
	Total	438	99.1	100.0	
Missing	System	4	.9		
Total		442	100.0		

P30 Medio_viaje_REC

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Movilidad pública (bus, auto, taxi público)	13	2.9	2.9	2.9
	A pie	411	93.0	93.0	95.9
	Motocicleta (propia o de otro)	9	2.0	2.0	98.0
	Otro	9	2.0	2.0	100.0
	Total	442	100.0	100.0	

P31 Explicacion

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	89	20.1	39.0	39.0
	Si	139	31.4	61.0	100.0
	Total	228	51.6	100.0	
Missing	System	214	48.4		
Total		442	100.0		

P32 Demostracion

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	205	46.4	46.6	46.6
	Si	235	53.2	53.4	100.0
	Total	440	99.5	100.0	
Missing	System	2	.5		
Total		442	100.0		

P33 Sabe_veces_dia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Una vez	16	3.6	3.6	3.6
	Dos veces	119	26.9	27.1	30.8
	Tres o más veces	238	53.8	54.2	85.0
	Otro	1	.2	.2	85.2
	No sabe	65	14.7	14.8	100.0
	Total	439	99.3	100.0	
Missing	System	3	.7		
Total		442	100.0		

P34 Sabe preparar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	En atol	327	74.0	74.1	74.1
	En papilla, comida espesa	46	10.4	10.4	84.6
	En atol y papilla	51	11.5	11.6	96.1
	No sabe	17	3.8	3.9	100.0
	Total	441	99.8	100.0	
Missing	System	1	.2		
Total		442	100.0		

P35 Paso_1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lavarse las manos antes de preparar	311	70.4	96.9	96.9
	Abrir la bolsa con tijera o los dedos	7	1.6	2.2	99.1
	Usar agua hervida o clorada para preparar	3	.7	.9	100.0
	Total	321	72.6	100.0	
Missing	System	121	27.4		
Total		442	100.0		

P35 Paso_2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lavarse las manos antes de preparar	7	1.6	3.1	3.1
	Abrir la bolsa con tijera o los dedos	194	43.9	84.7	87.8
	Usar agua hervida o clorada para preparar	26	5.9	11.4	99.1

	Poner 2 cucharas bien llenas de ACF en un recipiente (taza, plato)	1	.2	.4	99.6
	Agregar 1/2 taza de agua hervida o clorada y mezclar	1	.2	.4	100.0
	Total	229	51.8	100.0	
Missing	System	213	48.2		
Total		442	100.0		

P35 Paso_3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lavarse las manos antes de preparar	82	18.6	21.3	21.3
	Abrir la bolsa con tijera o los dedos	78	17.6	20.3	41.6
	Usar agua hervida o clorada para preparar	224	50.7	58.2	99.7
	Poner 2 cucharas bien llenas de ACF en un recipiente (taza, plato)	1	.2	.3	100.0
	Total	385	87.1	100.0	
Missing	System	57	12.9		
Total		442	100.0		

P35 Paso_4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lavarse las manos antes de preparar	2	.5	.5	.5
	Abrir la bolsa con tijera o los dedos	58	13.1	15.5	16.0
	Usar agua hervida o clorada para preparar	80	18.1	21.3	37.3
	Poner 2 cucharas bien llenas de ACF en un recipiente (taza, plato)	229	51.8	61.1	98.4

	Agregar 1/2 taza de agua hervida o clorada y mezclar	6	1.4	1.6	100.0
	Total	375	84.8	100.0	
Missing	System	67	15.2		
Total		442	100.0		

P35 Paso_5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lavarse las manos antes de preparar	1	.2	.3	.3
	Abrir la bolsa con tijera o los dedos	27	6.1	8.6	8.9
	Usar agua hervida o clorada para preparar	43	9.7	13.7	22.6
	Poner 2 cucharas bien llenas de ACF en un recipiente (taza, plato)	39	8.8	12.4	35.0
	Agregar 1/2 taza de agua hervida o clorada y mezclar	202	45.7	64.3	99.4
	Cocinar el alimento hasta que hierva por 2 minutos	2	.5	.6	100.0
	Total	314	71.0	100.0	
Missing	System	128	29.0		
Total		442	100.0		

35 Paso_6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lavarse las manos antes de preparar	1	.2	.3	.3
	Abrir la bolsa con tijera o los dedos	6	1.4	1.7	2.0
	Usar agua hervida o clorada para preparar	20	4.5	5.6	7.6
	Poner 2 cucharas bien llenas de ACF en un recipiente (taza, plato)	82	18.6	23.1	30.7
	Agregar 1/2 taza de agua hervida o clorada y mezclar	37	8.4	10.4	41.1
	Cocinar el alimento hasta que hierva por 2 minutos	207	46.8	58.3	99.4

	Dejar enfriar y darle al niño/niña	2	.5	.6	100.0
	Total	355	80.3	100.0	
Missing	System	87	19.7		
Total		442	100.0		

P35 Paso_7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lavarse las manos antes de preparar	1	.2	.3	.3
	Abrir la bolsa con tijera o los dedos	1	.2	.3	.6
	Usar agua hervida o clorada para preparar	5	1.1	1.4	2.0
	Poner 2 cucharas bien llenas de ACF en un recipiente (taza, plato)	20	4.5	5.7	7.6
	Agregar 1/2 taza de agua hervida o clorada y mezclar	49	11.1	13.9	21.5
	Cocinar el alimento hasta que hierva por 2 minutos	30	6.8	8.5	30.0
	Dejar enfriar y darle al niño/niña	247	55.9	70.0	100.0
	Total	353	79.9	100.0	
Missing	System	89	20.1		
Total		442	100.0		

P36 Lactando

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	165	37.3	38.0	38.0
	Si	269	60.9	62.0	100.0
	Total	434	98.2	100.0	
Missing	System	8	1.8		
Total		442	100.0		

P37 Dias_semana_ACF

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 día	4	.9	.9	.9
	2 días	17	3.8	3.9	4.8
	3 días	62	14.0	14.1	18.8
	4 días	94	21.3	21.3	40.1
	5 días	38	8.6	8.6	48.8
	6 días	26	5.9	5.9	54.6
	Todos los días (7 días)	193	43.7	43.8	98.4
	Ningún día	5	1.1	1.1	99.5
	No sabe	2	.5	.5	100.0
	Total	441	99.8	100.0	
Missing	System	1	.2		
Total		442	100.0		

P38 Como_da_ACF

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Atol	384	86.9	87.3	87.3
	Papilla	41	9.3	9.3	96.6
	Atol y papilla	13	2.9	3.0	99.5
	Otro (galleta, panqueque)	2	.5	.5	100.0
	Total	440	99.5	100.0	
Missing	System	2	.5		
Total		442	100.0		

P39 Veces_dia_ACF

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Una vez	24	5.4	5.5	5.5
	Dos veces	176	39.8	40.6	46.1
	Tres o más veces	234	52.9	53.9	100.0
	Total	434	98.2	100.0	
Missing	System	8	1.8		
Total		442	100.0		

P40 Cantidad_ACF

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menos de 1/4 de taza	37	8.4	8.4	8.4
	De 1/4 de taza a 1/2 taza	154	34.8	35.0	43.4
	De 1/2 taza a 1 taza	174	39.4	39.5	83.0
	1 taza	75	17.0	17.0	100.0
	Total	440	99.5	100.0	
Missing	System	2	.5		
Total		442	100.0		

P41 Quien_prepara

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Madre	431	97.5	97.7	97.7
	Padre	1	.2	.2	98.0
	Abuela	9	2.0	2.0	100.0
	Total	441	99.8	100.0	
Missing	System	1	.2		
Total		442	100.0		

P42 Lava_manos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	3	.7	.7	.7
	Si	437	98.9	99.3	100.0
	Total	440	99.5	100.0	
Missing	System	2	.5		
Total		442	100.0		

P43 Cereales

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	88	19.9	19.9	19.9
	Si	354	80.1	80.1	100.0
	Total	442	100.0	100.0	

P43 Frutas_veg_VitA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	86	19.5	19.5	19.5
	Si	356	80.5	80.5	100.0
	Total	442	100.0	100.0	

P43 Carnes

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	252	57.0	57.0	57.0
	Si	190	43.0	43.0	100.0
	Total	442	100.0	100.0	

P43 Frejol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	97	21.9	21.9	21.9
	Si	345	78.1	78.1	100.0
	Total	442	100.0	100.0	

P43 Huevos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	64	14.5	14.5	14.5
	Si	378	85.5	85.5	100.0
	Total	442	100.0	100.0	

P43 Otras_frutas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	208	47.1	47.1	47.1
	Si	234	52.9	52.9	100.0
	Total	442	100.0	100.0	

P43 Lacteos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	285	64.5	64.5	64.5
	Si	157	35.5	35.5	100.0
	Total	442	100.0	100.0	

P43 No_come

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	429	97.1	97.1	97.1
	Si	13	2.9	2.9	100.0
	Total	442	100.0	100.0	

Num_foodgroups

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	13	2.9	2.9	2.9
	1.00	5	1.1	1.1	4.1
	2.00	28	6.3	6.3	10.4
	3.00	84	19.0	19.0	29.4
	4.00	91	20.6	20.6	50.0
	5.00	74	16.7	16.7	66.7
	6.00	62	14.0	14.0	80.8
	7.00	85	19.2	19.2	100.0
	Total	442	100.0	100.0	

Num_foodgroups_REC

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menos de 4 grupos	117	26.5	26.5	26.5
	4 o más grupos	312	70.6	70.6	97.1
	No come, solo ACF	13	2.9	2.9	100.0

Total	442	100.0	100.0
-------	-----	-------	-------

P44 Bajo_peso

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	322	72.9	73.7	73.7
	Si	115	26.0	26.3	100.0
	Total	437	98.9	100.0	
Missing	System	5	1.1		
Total		442	100.0		

P45 Formula

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	436	98.6	98.6	98.6
	Si	6	1.4	1.4	100.0
	Total	442	100.0	100.0	

P45 Suplementos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	350	79.2	79.2	79.2
	Si	92	20.8	20.8	100.0
	Total	442	100.0	100.0	

P46 Consumen_familia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	230	52.0	52.4	52.4
	Si	209	47.3	47.6	100.0
	Total	439	99.3	100.0	
Missing	System	3	.7		
Total		442	100.0		

P47 Quienes consumen

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Madre	38	8.6	18.2	18.2
	Hermanos/as mayores	85	19.2	40.7	58.9
	Toda la familia	80	18.1	38.3	97.1
	Otros miembros	6	1.4	2.9	100.0
	Total	209	47.3	100.0	
Missing	System	233	52.7		
Total		442	100.0		

P48 Ayuda_cod

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Subir de peso, recuperar peso	144	32.6	33.4	33.4
	Para el crecimiento, talla	90	20.4	20.9	54.3
	Subir de peso y crecimiento	17	3.8	3.9	58.2
	Ayuda al desarrollo físico	29	6.6	6.7	65.0
	Mejora el estado de salud, estado nutricional, aumenta defensas	46	10.4	10.7	75.6
	Le ayuda bastante, da fuerza	71	16.1	16.5	92.1
	Ninguno, recién va a comprobar	34	7.7	7.9	100.0
	Total	431	97.5	100.0	
Missing	System	11	2.5		
Total		442	100.0		

P49 Ayuda_familia_nocomprar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	66	14.9	14.9	14.9
	Si	376	85.1	85.1	100.0
	Total	442	100.0	100.0	

P49 Ahorro_familia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	256	57.9	57.9	57.9
	Si	186	42.1	42.1	100.0
	Total	442	100.0	100.0	

P50 Dificultad_recoger

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	418	94.6	95.7	95.7
	Si	19	4.3	4.3	100.0
	Total	437	98.9	100.0	
Missing	System	5	1.1		
Total		442	100.0		

P51 Lejos_PS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	1	.2	8.3	8.3
	Si	11	2.5	91.7	100.0
	Total	12	2.7	100.0	
Missing	System	430	97.3		
Total		442	100.0		

P51 Nohay_transporte

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	10	2.3	100.0	100.0
Missing	System	432	97.7		
Total		442	100.0		

P51 Cuesta_pasaje

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	10	2.3	83.3	83.3
	Si	2	.5	16.7	100.0
	Total	12	2.7	100.0	
Missing	System	430	97.3		
Total		442	100.0		

P51 Notiene_tiempo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	9	2.0	60.0	60.0
	Si	6	1.4	40.0	100.0
	Total	15	3.4	100.0	
Missing	System	427	96.6		
Total		442	100.0		

P51 Nohay_quien

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	10	2.3	90.9	90.9
	Si	1	.2	9.1	100.0
	Total	11	2.5	100.0	
Missing	System	431	97.5		
Total		442	100.0		

P51 Otro_dificultad

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	10	2.3	76.9	76.9
	Si	3	.7	23.1	100.0
	Total	13	2.9	100.0	
Missing	System	429	97.1		
Total		442	100.0		

P52 Dificultad_preparar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	387	87.6	88.8	88.8
	Si	49	11.1	11.2	100.0
	Total	436	98.6	100.0	
Missing	System	6	1.4		
Total		442	100.0		

P53 Notiene_agua

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	19	4.3	67.9	67.9
	Si	9	2.0	32.1	100.0
	Total	28	6.3	100.0	
Missing	System	414	93.7		
Total		442	100.0		

P53 Notiene_combustible

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	22	5.0	100.0	100.0
Missing	System	420	95.0		
Total		442	100.0		

P53 Notiene_tiempo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	22	5.0	91.7	91.7
	Si	2	.5	8.3	100.0
	Total	24	5.4	100.0	
Missing	System	418	94.6		
Total		442	100.0		

P53 Nosabe_bien

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	3	.7	6.8	6.8
	Si	41	9.3	93.2	100.0
	Total	44	10.0	100.0	
Missing	System	398	90.0		
Total		442	100.0		

954 Mejora_ACF

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		8	1.8	1.8	1.8
	Todo bien	9	2.0	2.0	3.8
	0	54	12.2	12.2	16.1
	Agregarle azucar para que les guste a los niños	1	.2	.2	16.3
	Agregarle sabor a banano	1	.2	.2	16.5
	Así está bien.	1	.2	.2	16.7
	Contar con un recipiente de muestra para la preparación de raciones adecuadas de nutriniños	1	.2	.2	17.0
	Dice la madre que esta bien que den esta ayuda ya que es muy buen aliento para los niños	1	.2	.2	17.2
	Dice que no todo está bien	1	.2	.2	17.4
	Dice que no, todo está bien	1	.2	.2	17.6
	Diferentes sabores	1	.2	.2	17.9
	El alimento ayudo bastante a la niña para adquirir peso y ha sido de mucha ayuda	1	.2	.2	18.1

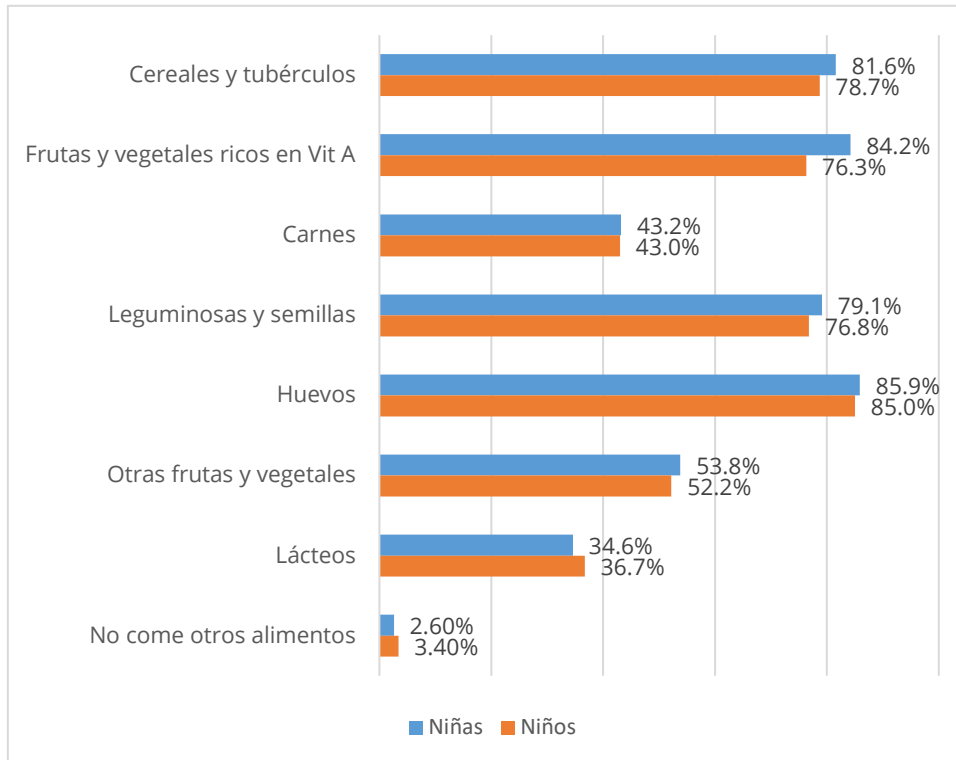
El alimento ha ayudado bastante a la niña para adquirir peso y ha sido de mucha ayuda	7	1.6	1.6	19.7
El alimento ha ayudado bastante al niño para adquirir peso y ha sido de mucha ayuda	6	1.4	1.4	21.0
El producto es bueno así.	1	.2	.2	21.3
El producto está bien.	1	.2	.2	21.5
Esta todo bien	1	.2	.2	21.7
Fue muy importante para el crecimiento de la niña	1	.2	.2	21.9
Fue muy importante para el crecimiento del niño	1	.2	.2	22.2
Ha servido para el crecimiento	1	.2	.2	22.4
Indica que el atol que recibió del mes de diciembre-2022 no les gustó por es sabor, se siente salado, tiene un mal olor. Pero el que entregaron el mes de febrero-2023 se siente diferente y a la familia les gusto el sabor y el olor y se parece mucho a la incaparina	1	.2	.2	22.6
Le ha servido bastante para aumentar el peso de la niña	1	.2	.2	22.9
Mejorar el alimento complementario	1	.2	.2	23.1
Mejorar el olor	2	.5	.5	23.5
Mejorar el olor del ACF	2	.5	.5	24.0
Mejorar el olor del atol, se siente muy fuerte	1	.2	.2	24.2
Mejorar el olor y el sabor, que tenga más leche	1	.2	.2	24.4
Mejorar el producto	1	.2	.2	24.7
Mejorar el producto en cuanto a calidad y que sea muy eficiente.	1	.2	.2	24.9
Mejorar el producto.	1	.2	.2	25.1

Mejorar el sabor	24	5.4	5.4	30.5
Mejorar el sabor del atol	2	.5	.5	31.0
Mejorar el sabor del atol, los niños lo sienten muy fuerte!	1	.2	.2	31.2
Mejorar el sabor y el olor	1	.2	.2	31.4
Mejorar el sabor y olor del atol, se siente muy fuerte al momento de tomar	1	.2	.2	31.7
Mejorar el sabor y que sea con menos cantidad de aceite	1	.2	.2	31.9
Mejorar el sabor, los niños lo sienten muy fuerte, prepararlo como la incaparina	1	.2	.2	32.1
Mejorar el sabor, por que al niño no mucho le gusta	1	.2	.2	32.4
Mejorar el sabor, porque a los niños no les gusta el sabor actual	1	.2	.2	32.6
Mejorar en el sabor, varias el alimento Complementario cuando va creciendo y mejorar la calidad del producto	14	3.2	3.2	35.7
Mejorar en el sabor. Mejorar el alimento Complementario cuando el niño va creciendo.	8	1.8	1.8	37.6
Mejorar en el sabor. Mejorar en el Olor del producto	15	3.4	3.4	41.0
Ninguna	163	36.9	36.9	77.8
Ninguna.	2	.5	.5	78.3
Ninguno	19	4.3	4.3	82.6
Ninguno.	5	1.1	1.1	83.7
No ninguna	4	.9	.9	84.6
No ninguno	1	.2	.2	84.8
No.	6	1.4	1.4	86.2
Preguntar a las madres de familia si el producto o el alimento funciona para el niño	1	.2	.2	86.4

Que cambien el sabor del atol para que el niño no se aburra	1	.2	.2	86.7
Que den mas ya que es bueno y trae buen sabor	1	.2	.2	86.9
Que den mas ya que es un buen producto y no an dado aún ACF	1	.2	.2	87.1
Que dieran más veces.	1	.2	.2	87.3
Que esta bien y que sigan dando ya que a ella la última ves que le dieron fue en el 2021	1	.2	.2	87.6
Que le cambie sabor	1	.2	.2	87.8
Que le cambien el sabor	1	.2	.2	88.0
Que mejore el sabor	1	.2	.2	88.2
Que nos sigan dando el alimento Complementario Fortificado.	1	.2	.2	88.5
Que nos sigan dando el Alimento Complementario ya llevo 2 años que no he recibido alimento Complementario.	1	.2	.2	88.7
Que se le pueda cambiar el sabor	1	.2	.2	88.9
Que sea de diferentes sabores	2	.5	.5	89.4
Que sea de diferentes sabores.	3	.7	.7	90.0
Que sea siempre el sabor a vainilla y no sea el chocolate porque no esta rico	1	.2	.2	90.3
Que sigan con el programa.	1	.2	.2	90.5
Que sigan dando Nutriniños.	1	.2	.2	90.7
Que siguen entregando el atol de color blanco, porque tiene un buen sabor y le gusta a los bebés y a la familia	1	.2	.2	91.0

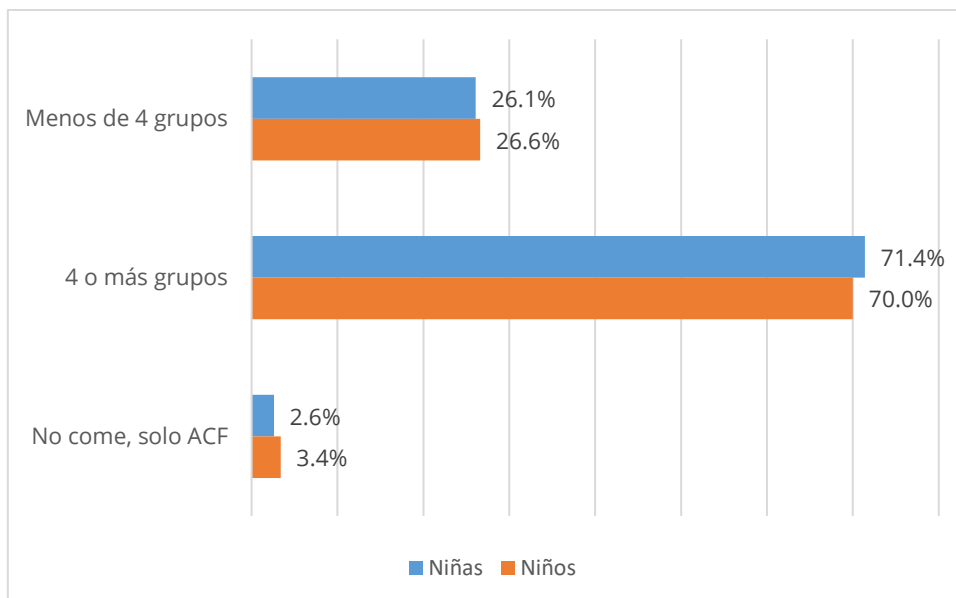
Que siguen entreguen alimento de color blanco porque a su niño le gustó, porque entregaron recientemente ACF de color café ya no le gustó a la niña por color y sabor que tiene	1	.2	.2	91.2
Que tenga azúcar	2	.5	.5	91.6
Que tenga azúcar y leche.	1	.2	.2	91.9
Que tenga azúcar y que tenga un buen olor	1	.2	.2	92.1
Que venga cabal para una porción	1	.2	.2	92.3
Recomiendo que se siga dando el alimento Complementario porque un producto muy eficiente, por la falta de transporte no llega el alimento Complementario a la comunidad.	1	.2	.2	92.5
Solo que el ACF ha servido para aumentar el peso a la niña	1	.2	.2	92.8
Todo está bien.	31	7.0	7.0	99.8
Variar el alimento con otros productos para que mi hijo lo consuma. Le doy el atol pero lo vomita.	1	.2	.2	100.0
Total	442	100.0	100.0	

Grupos de alimentos consumidos en función del sexo del niño/a



Fuente: encuesta a personas usuarias

Número de grupos de alimentos consumidos en función del sexo del niño/a



Fuente: encuesta a personas usuarias

Anexo 10. Listado de hallazgos

P.E.1. Coherencia del programa con las principales políticas y estrategias del país

H1. Nutrin niños, en la medida en que busca la provisión de alimento complementario fortificado a partir de los seis meses de edad, se encuentra alineado con las políticas nacionales del ámbito de la seguridad alimentaria y la nutrición y con el Plan de Gobierno del país, que incorporan la alimentación complementaria como una de las estrategias de prevención de la desnutrición crónica y resaltan la importancia de focalizar las actuaciones en la población en riesgo o situación de vulnerabilidad a la desnutrición.

H2. La alineación podría ser aumentada si se hubiera planteado algún proceso participación de la población a la que se dirige o si se hubieran establecido mecanismos de retroalimentación orientados a su adaptación permanente y a la maximización de la pertinencia cultural.

H3. En esta misma línea, Nutrin niños no se alinea con las políticas de género del país y ninguno de los documentos en los que se sustenta incorpora el enfoque de género en su contenido.

P.E.2. Proporción de la asistencia de manera diferenciada en áreas geográficas y grupos poblacionales priorizados, según necesidades y demandas

Desarrollo y desempeño de la cadena de entrega del ACF

H4. La mayor parte de las compras de alimento se han realizado fuera del país, donde el producto ofertado se ajustaba en mayor medida a los criterios de selección que habían sido definidos.

H5. El transporte de las bodegas centrales a los centros y puestos de salud ha presentado algunos desafíos de coordinación y de ajuste a los requerimientos establecidos por la intervención.

H6. Existen desafíos relacionados con el almacenamiento del producto en los centros y puestos de salud y hasta el momento no se han identificado alternativas para la custodia del alimento en buenas condiciones de conservación. Como consecuencia, las auxiliares de enfermería distribuyen el producto tan rápido como pueden.

H7. Las auxiliares de enfermería perciben dificultades para la distribución del producto fuera del centro o puesto de salud. Destacan la falta de medios de transporte y que han de realizarla con recursos propios.

H8. La gran mayoría de las enfermeras auxiliares tienen una percepción positiva de la calidad del producto. También se valora positivamente su empaque y presentación. No tanto su forma de distribución.

Respuesta temporalmente oportuna a las demandas de las instituciones

H9. En términos generales, el ACF llega a los centros y puestos de salud a tiempo y en la cantidad solicitada o en un volumen mayor.

H10. La demanda en la que se basa el envío se calcula en función de la población usuaria del centro, sin considerar posibilidades de ampliación de la cobertura. Ello se debe al reto que supone el reparto del alimento en el tiempo estipulado, en ocasiones a cargo de una única persona.

Respuesta a las necesidades de la población beneficiaria

H11. Nutrin niños, especialmente en sus comienzos, estaba focalizado territorialmente en lugares con población en mayor riesgo de vulnerabilidad en términos de seguridad alimentaria y nutricional. Sin embargo, las personas que viven en las comunidades más alejadas no llegan a los centros de salud, y la distribución a las comunidades es limitada. En consecuencia, la lejanía al centro de salud se convierte en una barrera.

H12. La llegada del ACF a los centros y puestos de salud no se produce de manera continua, debido con frecuencia a discontinuidades en la demanda por parte de los centros de salud.

H13. Diferentes informantes (auxiliares de enfermería y madres, entre otras) sugieren que la intervención debería incluir a todos los niños y niñas hasta los 59 meses, independientemente de su estado nutricional.

H14. Las condiciones de entrega en los puestos de salud suponen un reto para las madres que van a recoger el alimento y que deben desplazarse a pie con una carga pesada. Los padres no participan en este proceso. La distribución del alimento a puntos más próximos a las comunidades (centros de convergencia) contribuiría a superar este reto.

Ajuste de las capacidades instaladas

H15. Las capacidades instaladas no siempre fueron suficientes para lograr una implementación de la intervención fluida y totalmente ajustada a los requerimientos. Algunas de las dificultades pudieron superarse o se buscaron vías alternativas para obtener resultados funcionalmente similares, pero otras requieren de un importante volumen de recursos, incluido el tiempo, para lo que es necesario un esfuerzo concertado e interinstitucional.

H16. Uno de los principales desafíos en términos de capacidades instaladas es la escasez de personal de los centros y, sobre todo, de los puestos de salud, y también de otros recursos, tales como medios de transporte. El MSPAS es la institución con una mayor penetración territorial y, por tanto, la que tiene presencia en un territorio mayor.

H17. Las competencias profesionales de las auxiliares de enfermería son relativamente básicas y en su mayoría entienden que su rol en la intervención se limita a la entrega del alimento. Este factor ha contribuido a que la labor de consejería, de demostración y de educación sobre el uso del alimento no haya podido desarrollarse de manera suficiente para lograr un auténtico cambio de comportamiento.

H18. Existe un déficit importante en términos de competencias respecto a la igualdad género y empoderamiento de la mujer en todos los niveles institucionales que tienen relación con la intervención.

P.E.4. Colaboración y coordinación entre las instituciones

4.1. Funcionamiento de los mecanismos de coordinación

H19. Se han encontrado importantes diferencias en términos de colaboración, coordinación y circulación de la información entre el nivel central y el territorial, que han sido mucho más fluidas en el primer caso que en el segundo.

H20. A nivel central, existe claridad en las funciones de cada socio, especialmente en aquellas que les son asignadas de manera casi exclusiva. Cuando son funciones compartidas, incluso aunque una de las instituciones lleve un mayor peso, la claridad es menor y existe un mayor margen de desatender las actividades.

H21. Algunas instituciones no están conformes con una parte de sus funciones, y lo expresan de manera explícita, por lo que el resto de los socios también conocen esa disconformidad. Igualmente, se demanda un mayor reparto de responsabilidades.

H22. Existe poca información sobre las actuaciones de la estrategia CCSC y no se ha encontrado una comprensión homogénea de su alcance y contenido, incluso entre los monitores de la SESAN de diferentes municipios. Tampoco se han encontrado vestigios significativos de la promoción de la intervención de ACF y en su conjunto en instituciones, ni en población. Las iniciativas que se han detectado respondían a impulsos individuales.

H23. En general, la coordinación interinstitucional a nivel central ha sido buena, a lo que ha contribuido de manera importante la celebración de reuniones semanales de seguimiento, que han sido un mecanismo muy útil para el desarrollo de la intervención y un mecanismo efectivo de coordinación, tanto a nivel estratégico como operativo.

H24. Parte del funcionamiento de la intervención se deriva de un trabajo sucesivo por parte de los socios ("en cadena"), de manera que, si uno de ellos se retrasa, tiene consecuencias para el conjunto.

H25. A nivel departamental, las instituciones mencionan que existe falta de colaboración y compromiso y problemas de coordinación. A nivel municipal se constata algo similar. Especialmente en este último caso, la

mayor o menor coordinación dependen de las relaciones existentes entre las personas, de manera previa o independiente de las actuaciones de la intervención.

H26. El convenio no define las funciones y roles a nivel departamental y municipal más que de manera genérica, sin que exista un claro reparto de responsabilidades a este nivel.

4.2. Disponibilidad de información necesaria

H27. Nutrin niños ha generado poca información cualitativa, de manera que se pierde la oportunidad de sistematizarla para su utilización de cara al aprendizaje y al intercambio de experiencias.

H28. Aunque a nivel central las limitaciones han sido menores, el alto grado de formalidad de las estructuras de cada institución tiene como consecuencia que la información circula de manera muy lenta, especialmente en sentido vertical y de arriba abajo. En ocasiones, ni siquiera llega a los niveles inferiores, lo que dificulta el cumplimiento de los compromisos.

P.E.3. Resultados que ha obtenido el programa de entrega ACF respecto a su población meta

3.1. Cobertura del programa

H29. Nutrin niños llega a un alto porcentaje de niños y niñas de seis a 23 meses a nivel nacional (88,7 por ciento con al menos una entrega en 2022), con un buen balance por sexo y mayor cobertura en la población indígena. Sin embargo, no se conoce con precisión el número de entregas que recibe cada niño o niña en el período de edad en el que son elegibles, porque el sistema de información no lo permite. Solo indirectamente, SESAN estima que apenas el 13,7 por ciento de niños y niñas (en 2021 y 2022) recibió el número de bolsas que les correspondía según su edad y fecha de inicio de entrega. Esto indicaría que la mayor parte de niños y niñas no recibe la cantidad normada de ACF, lo que sería un factor que limita el aporte de la intervención al consumo de alimentos y al estado nutricional de los niños y niñas.

3.2 Cambios nutricionales en niños y niñas que se beneficiaron del ACF

H30. Ante la falta de evaluaciones de impacto, los efectos del ACF en el estado nutricional e indicadores intermedios no son cuantificables. Existe la percepción generalizada de que el alimento sí tiene un efecto positivo en la ganancia o recuperación del peso de los niños y niñas, por tanto, tendría un efecto protector ante la desnutrición aguda. No es posible determinar el efecto en el crecimiento o prevención de la desnutrición crónica más allá de las percepciones positivas de madres y personal institucional.

H31. Los efectos de la intervención en los conocimientos nutricionales de las madres no son del todo concluyentes, pues mientras las percepciones del personal de salud apuntan a que hay mejoras sustanciales, resalta que la mayoría de madres afirman no conocer la forma más adecuada de preparación del ACF, según la encuesta cuantitativa aplicada en esta evaluación.

H32. El aporte del ACF al consumo de alimentos de los niños y niñas está limitado por la forma de uso que no se ajusta a las recomendaciones. En el grupo de seis a 11 meses hay un porcentaje que no lo consume como alimento complementario sino como único alimento, por otro lado, la forma de preparación común es el atol que tiene menor densidad y menor cantidad de ACF. Aun con estas limitaciones, se considera que el ACF constituye un aporte importante al mejoramiento del acceso a alimentos de las familias con menos recursos y agrega un aporte importante de vitaminas y minerales necesarios para el desarrollo del niño y niña, aunque en cantidades pequeñas.

3.3 Percepciones de las personas usuarias acerca del producto

H33. El ACF es en su mayoría aceptado por las familias, mucho más entre las de menos recursos, aunque hay observaciones en cuanto a la necesidad de mejorar el sabor y la textura. Por razones culturales se preferiría un alimento que se pueda preparar como atol, lo que contradice las recomendaciones desde el punto de vista nutricional. Hay aceptación del empaque y la forma de distribución por parte de la población beneficiaria, aunque se enfatiza que el producto debe ser distribuido mensualmente. También las usuarias

perciben que la cantidad que reciben no es suficiente, relacionado con la percepción de que el alimento debe ser compartido con toda la familia, especialmente en hogares más pobres. La aceptación del producto depende también de la consejería que se brinda al momento de la entrega, que no llega a toda la población beneficiaria.

3.4 Adecuación de las prácticas de consumo (preparación, higiene)

H34. Es positivo que la mayor parte de madres conocen los pasos para preparar adecuadamente el ACF, pero en la práctica la forma de preparación, las cantidades ofrecidas a los niños y niñas, así como la frecuencia semanal no son óptimas. Lo más resaltante es que la gran mayoría de madres prepara el alimento en forma de atol que es una preparación diluida, y apenas una de cada diez madres lo prepara en papilla como es recomendable. Las cantidades ofrecidas en especial a los niños y niñas de 12 a 23 meses son menores a lo recomendado, así como el porcentaje importante de madres que no dan el alimento a diario. Las preferencias culturales, pero también las dudas de las madres sobre cómo lograr la consistencia adecuada, son aspectos que se mencionan como determinantes de las prácticas de preparación del ACF.

3.5. Factores facilitadores y dificultades para el logro de resultados

H35. Nutrin niños no ha aprovechado los aprendizajes de programas anteriores que incorporaban alimentos complementarios, ni los ha incorporado al Convenio. En consecuencia, los resultados actuales de la intervención son muy similares a los obtenidos en programas anteriores, especialmente en relación con el uso y el consumo del alimento.

3.6. Efectos inesperados, positivos o negativos

H36. Nutrin niños ha contado con resultados inesperados positivos (la entrega de ACF contribuye a incrementar la cobertura del monitoreo de crecimiento y existe cierta contribución a la mejora de la seguridad alimentaria de las familias en peor situación de pobreza), pero también negativos (se le añade azúcar para cambiarle el sabor, se ofrece el alimento en biberón con los riesgos que conlleva para nutrición y se reparte con toda la rapidez posible, con el riesgo de distorsionar parcialmente la entrega y se contribuye a perpetuar los roles de género).

P.E.5. Integración de las perspectivas de género e inclusión

5.1. Perspectivas de género e inclusión en la planificación inicial

H37. La perspectiva de género no está incluida en la formulación de la intervención, ni en su planificación inicial, ni en su nombre. No existe un diagnóstico que la incluya, ni se ha realizado un análisis de género; no se incluye un objetivo específico en materia de género y sus lineamientos técnicos dan por supuesto que el rol de la alimentación y el cuidado es de las mujeres, sin cuestionarlo ni plantear alternativas. Por esta razón, la intervención no se puede considerar alineado con la política de género del gobierno ni con la del PMA.

5.2. Perspectiva de género en la ejecución y monitoreo del programa

H38. Las instituciones identifican que no cuentan con suficiente personal capacitado en materia de género, pero apenas se plantean procesos de capacitación y sensibilización para mejorar la situación. Por último, la CCSC no incluyó la igualdad de género entre sus objetivos.

H39. El monitoreo del Nutrin niños se orienta en su totalidad a las madres y no se realiza ninguna desagregación de datos. Las estadísticas de población beneficiaria sí lo hacen. Las Unidades de Género de las instituciones no han tenido ninguna presencia en el monitoreo de la intervención.

H40. Las madres siguen siendo quienes se ocupan, casi en exclusiva, del cuidado y alimentación de hijos e hijas, con unos padres ausentes de esta función, que no se sienten interpelados por estas responsabilidades.

H41. No existen diferencias significativas entre niños y niñas en ninguna variable de consumo ni de diversidad de alimentos. Sí que existen, sin embargo, cuando los datos se analizan por pueblo de pertenencia, lo que muestra una mayor situación de vulnerabilidad y de inseguridad alimentaria de la población maya frente a la ladina.

Acrónimos

ACF	Alimento Complementario Fortificado
CCSC	Comunicación para el Cambio Social y de Comportamiento
CDA	Cosecha de Alcances
CMS	Cambio Más Significativo
CSA	Comité de Seguridad Alimentaria
COCOSAN	Comisión Comunitaria de Seguridad Alimentaria y Nutricional
CODESAN	Comisión Departamental de Seguridad Alimentaria y Nutricional
COMUSAN	Comisión Municipal de Seguridad Alimentaria y Nutricional
CONASAN	Consejo de Seguridad Alimentaria y Nutricional
DAS	Direcciones de Área de Salud
ENCOVI	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
GCNN	Gran Cruzada Nacional por la Nutrición
INE	Instituto Nacional de Estadística
M/P/PC	Madre, padre o persona cuidadora
MAGA	Ministerio de Agricultura y Ganadería
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MIFIN	Ministerio de Finanzas Públicas
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
NNUU	Naciones Unidas
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
OE	Oficina de Evaluación
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OP	Oficina de País
OR	Oficina Regional
PE	Pregunta de Evaluación
PGG	Política General de Gobierno
PIB	Producto Interno Bruto
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNPDIM	Política Nacional de Promoción y Desarrollo Integral de las Mujeres
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PROSAN	Programa Nacional de Seguridad Alimentaria

SAN	Seguridad Alimentaria y Nutricional
SEGEPLAN	Secretaría de Planificación y Programación
SESAN	Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia
SGCED	Sistema de Garantía de Calidad de las Evaluaciones Descentralizadas
SP	Sede Principal
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud
SIGSA	Sistema Gerencial de Información en Salud
TdR	Términos de Referencia
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNEG	Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas

Oficina de Evaluación

Guatemala

<https://www.wfp.org/countries/guatemala>

Programa Mundial de Alimentos

Via Cesare Giulio Viola 68/70

00148 Roma, Italia

Tel. +39 06 65131 wfp.org