



# Cruzada Nacional por la Nutrición

Gobierno de la República  
de Guatemala 2020-2024





---

# Cruzada Nacional por la Nutrición

---

Gobierno de la República  
de Guatemala 2020-2024

# Índice



<b>I</b>	<b>Introducción</b>	<b>02</b>
A.	Antecedentes: ¿por qué una Cruzada Nacional por la Nutrición?	02
B.	¿Cómo se estructuró la Cruzada Nacional?	03
C.	¿Qué es la Cruzada Nacional por la Nutrición?	03
<hr/>		
<b>II</b>	<b>Análisis de situación</b>	<b>06</b>
<b>III</b>	<b>Justificación</b>	<b>09</b>
<b>IV</b>	<b>Objetivo</b>	<b>09</b>
<b>V</b>	<b>Marco político-normativo</b>	<b>10</b>
<b>VI</b>	<b>Prioridades</b>	<b>11</b>
A.	Prioridades de atención	11
B.	Población objetivo	11
C.	Priorización geográfica	11
D.	Indicadores y metas	13
<hr/>		
<b>VII</b>	<b>Líneas de acción</b>	<b>14</b>
A.	Definición	14
1.	Salud y nutrición	14
2.	Disponibilidad y acceso a una alimentación saludable	19
3.	Protección Social	21
4.	Agua segura, saneamiento e higiene	23
5.	Comunicación para el cambio social y de comportamiento	25
B.	<b>Matrices de líneas de acción</b>	<b>29</b>
1.	Salud y Nutrición	29
2.	Disponibilidad y acceso a una alimentación saludable	33
3.	Protección Social	35
4.	Agua, Saneamiento e Higiene	36
5.	Comunicación para el cambio social y de comportamiento	38
C.	<b>Acciones integradas y plazos</b>	<b>40</b>
<hr/>		
<b>VIII</b>	<b>Ejes Transversales</b>	<b>44</b>
A.	Gobernanza	44
B.	Monitoreo y evaluación	48
C.	Financiamiento	49
<hr/>		
<b>XI</b>	<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>51</b>
	<b>Anexos</b>	<b>53</b>

## Índice diagramas

<b>Diagrama 1:</b> Modelo conceptual de UNICEF, intervenciones específicas y sensibles de nutrición y actores institucionales	<b>05</b>
<b>Diagrama 2:</b> Departamentos priorizados y número de municipios con retardo de crecimiento $\geq 40\%$	<b>12</b>
<b>Diagrama 3:</b> Intervenciones de salud y nutrición, por etapas del ciclo de vida, a nivel individual. Cruzada Nacional por la Nutrición 2020-2024	<b>15</b>
<b>Diagrama 4:</b> Intervenciones de salud y nutrición, por etapas del ciclo de vida, a nivel familiar. Cruzada Nacional por la Nutrición 2020-2024	<b>16</b>
<b>Diagrama 5:</b> Multisectorialidad de las intervenciones de la Cruzada Nacional por la Nutrición 2020-2024 a nivel comunitario	<b>17</b>
<b>Diagrama 6:</b> Elementos del Marco de Acción para el fortalecimiento Institucional. Cruzada Nacional por la Nutrición 2020-2024	<b>18</b>
<b>Diagrama 7:</b> Aportes de la agricultura familiar al abordaje causal de la desnutrición crónica y su relación con los ODS	<b>20</b>
<b>Diagrama 8:</b> Funciones de gobernanza en el sector agua, saneamiento e higiene. Cruzada Nacional por la Nutrición 2020-2024	<b>24</b>
<b>Diagrama 9:</b> Modelo socio ecológico para el cambio de comportamientos	<b>27</b>
<b>Diagrama 10:</b> Modelo de diálogo en Comunicación	<b>28</b>
<b>Diagrama 11:</b> Acciones integradas y plazos	<b>40</b>
<b>Diagrama 12:</b> Esquema básico de gobernanza de la Cruzada Nacional por la Nutrición 2020-2024	<b>44</b>
<b>Diagrama 13:</b> Ruta para la Cruzada Nacional por la Nutrición 2020-2024	<b>45</b>

## II. Introducción

### A. Antecedentes: ¿por qué una Cruzada Nacional por la Nutrición?

La malnutrición es un problema estructural en Guatemala, condicionado por determinantes de la salud que se expresan en factores sociales y de desarrollo asociados con la pobreza y brechas de inequidad, que incluyen causas básicas como la desigualdad de oportunidades, la exclusión y la discriminación por razones de sexo, identidad étnica, o credo político; causas subyacentes como baja escolaridad del círculo familiar; el embarazo a edad temprana; los cuidados insuficientes durante el embarazo; las prácticas de crianza que no consideran estimulación oportuna; el limitado acceso a servicios básicos a nivel comunitario, incluyendo servicios de salud, falta de acceso a información oportuna para la mejora de prácticas de alimentación; estilos de vida que incluyen factores de riesgo, por el cada vez más importante proceso de urbanización y globalización, así como causas directas como la malnutrición materna, alimentación o ingesta inadecuada de alimentos e infecciones repetidas y severas.

En este contexto, la inversión en el desarrollo de la infancia, la mejora de la salud materna y neonatal y la reducción de la desnutrición crónica infantil y de la anemia son expresiones del compromiso asumido por las nuevas autoridades con la finalidad de asegurar el desarrollo infantil temprano y propiciar una mayor equidad social, que garantice la construcción de una ciudadanía plena y permita un crecimiento económico sostenible en el mediano y largo plazo.

La desnutrición y las deficiencias de micronutrientes, entre ellas la anemia por deficiencia de hierro en la niñez menor de 5 años, tienen consecuencias adversas en el desarrollo cognitivo, principalmente si se presentan en un periodo crítico como el de crecimiento y diferenciación cerebral, cuyo pico máximo se observa en los niños y niñas menores de dos años, periodo en el que el daño puede ser irreversible, constituyéndose en los principales problemas que afectan el desarrollo infantil temprano y condicionan el desarrollo del país.

En el Pilar de Desarrollo Social del Plan Nacional de Innovación y Desarrollo (PLANID) 2020-2024 (1), se incluye el compromiso de mejorar y ampliar la educación, la salud, la nutrición y la vivienda. Entre sus fundamentos ideológicos se destaca el velar por el derecho a la salud, la nutrición y la seguridad alimentaria.

El nuevo Gobierno reconoce en el PLANID que el principal problema de Guatemala es la pobreza y pobreza extrema, niveles que se incrementan por la falta de una visión de nación y del impulso de estrategias y políticas debidamente orientadas y priorizadas, para dotar de las capacidades necesarias a las personas, a efecto de que puedan tener mejores oportunidades de ingresos por medio del empleo sostenible y digno, asumiendo la participación del Estado para propiciar un mejor futuro a estas familias a través de programas subsidiarios y de asistencia social con criterios de temporalidad, condicionados y orientados a la población más necesitada y vulnerable, sin que ello llegue a crear dependencia.

El desarrollo social conlleva trabajar arduamente para propiciar la igualdad de oportunidades, entendiéndose esta como la posibilidad que puedan tener los guatemaltecos y guatemaltecas de tener acceso a los bienes y servicios indispensables para su desarrollo y satisfacción de las necesidades básicas, independientemente de sus características, entorno sociocultural, pertenencia étnica, credo, ingreso, lugar de nacimiento, nivel de educación o condiciones familiares.

En cuanto a la nutrición, el nuevo Gobierno se compromete a reducir los niveles de desnutrición infantil para el adecuado desarrollo físico y cognitivo de los niños menores de cinco años, impulsando las intervenciones de la Cruzada Nacional por la Nutrición.

## B. ¿Cómo se estructuró la Cruzada Nacional?

El nuevo Gobierno convocó a las agencias de cooperación, la academia y actores de la sociedad civil solicitando su apoyo para la elaboración de una propuesta de qué hacer y cómo implementar la Cruzada Nacional por la Nutrición, por lo que se organizó un equipo técnico para ese propósito, el que acordó elaborar un documento técnico base y un documento político, distribuyendo las tareas por temas, según área de especialidad y experiencia.

Las nuevas autoridades de salud brindaron los lineamientos técnicos mínimos para la formulación de la Cruzada (2), incluyendo las cinco prioridades y las 17 acciones de la “Gran Cruzada Nacional por la Nutrición”, que se ordenaron y clasificaron de acuerdo con las líneas de acción propuestas por el equipo técnico. Este equipo realizó reuniones semanales para compartir avances, identificar tareas pendientes y construir el documento, además de reuniones quincenales con las nuevas autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para cumplir con los compromisos y sus expectativas.

Se prevé el acompañamiento técnico de este equipo a los funcionarios asignados en las etapas de implementación, monitoreo y evaluación de la Cruzada Nacional.

## C. ¿Qué es la Cruzada Nacional por la Nutrición?

La Cruzada Nacional por la Nutrición es la estrategia que busca unir a todos los sectores del país: gubernamental (central y municipal), de la empresa privada, las organizaciones no gubernamentales, de cooperación internacional, académico, religioso y sociedad civil con la finalidad de mejorar la nutrición de las familias guatemaltecas, con énfasis en las más pobres y marginadas del país, aplicando un enfoque integral para responder a la multicausalidad del problema. Para lograr lo anterior, se propone fortalecer la articulación de la red de servicios a través de la ampliación de la Atención Primaria en Salud (APSA) e incrementar el acceso a la promoción, prevención y atención de la salud y la nutrición, la educación, el acceso físico y económico a los alimentos, el agua segura y saneamiento, así como a la protección social. A través de los ejes transversales a las líneas





de acción estratégicas, la Cruzada Nacional impulsará acciones de comunicación para el cambio social y de comportamiento con un enfoque integral que abarca al individuo (niños, niñas, mujeres, adolescentes), la familia, la comunidad y las instituciones.

La gestión política y de Gobierno por el Dr. Alejandro Giammattei, presidente electo de Guatemala, reconoce que uno de los más grandes problemas de Guatemala es la pobreza y la pobreza extrema, las cuales aunadas a la inseguridad alimentaria acentúan el ciclo intergeneracional de la pobreza y la malnutrición. Para mejorar la dieta de las familias rurales más pobres, la Cruzada Nacional propone mejorar su acceso a alimentos sanos y nutritivos, diversificando la dieta a través de una agricultura familiar fortalecida, mejorar la calidad de la alimentación de los niños y niñas menores de dos años, y la atención a las familias vulnerables en situación de inseguridad alimentaria.

La Cruzada Nacional será monitoreada periódicamente para identificar avances y resultados a corto y mediano plazo por lo que se prevé el fortalecimiento de los sistemas de información que implique calidad del dato, análisis, intercambio e integración de información para fortalecer la toma de decisiones con base en evidencia.

Para facilitar la comprensión de los vínculos entre el análisis y la acción, conceptualización y planificación, se utilizó el modelo conceptual del UNICEF con la propuesta de intervenciones elaborada en 2013 por el Banco Mundial (3), ajustada por el equipo técnico de la Cruzada Nacional, y que se presenta en el Diagrama 1 a continuación.

## D1 Modelo conceptual de UNICEF, intervenciones específicas y sensibles de nutrición y actores institucionales



Fuente: Elaboración propia con base en Banco Mundial, 2013; Levinson, F, Balarajan Y. y Marini A. (2013). Addressing malnutrition multisectorally. Banco Mundial y Naciones Unidas, MDG Achievement Fund.

## II. Análisis de situación



De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil realizada en 2014-2015 (4), 46.5% de los niños que aún no han cumplido cinco años presentan una talla que refleja desnutrición crónica, resultado de haber sufrido permanentemente la privación de uno o varios de los factores necesarios para el logro de un crecimiento óptimo: esta prevalencia, según la Organización Mundial de la Salud (5) está clasificada como muy alta. De acuerdo con la misma encuesta, el bajo peso para edad (desnutrición global) y el bajo peso para talla (desnutrición aguda) son considerados de severidad media y baja, respectivamente.

En los últimos 50 años (1965- 2015), la desnutrición crónica infantil se ha reducido en 17 puntos porcentuales, lo cual sugiere una disminución de 0.37 punto porcentual por año. Cuando el análisis se limita a los últimos 20 años (1995 a 2014-2015), es decir al período que cubre los años en que se realizaron encuestas nacionales con muestras y metodologías comparables, la reducción promedio en retardo en talla es igual a 0.44 puntos porcentuales por año. El ritmo de mejoramiento es extremadamente bajo en comparación con países que han tenido y tienen programas exitosos, en los cuales se ha documentado una reducción de hasta dos puntos porcentuales por año, y también con países con un patrón de desarrollo socioeconómico similar en la región centroamericana.

La velocidad del descenso de la desnutrición crónica no ha sido homogénea y ha variado en diferentes períodos de los 50 años indicados: los datos sugieren que la mayor reducción se registró entre 2002 y 2008 (1.05 punto porcentual por año), a diferencia de otros períodos en que la prevalencia mejoró sólo en medio punto anual en promedio.

Una consecuencia de la desnutrición crónica sufrida en etapas tempranas de la vida es la talla baja del adulto, asociada a un rendimiento físico insuficiente y, en consecuencia, a menores ingresos laborales. En el caso de las mujeres, la baja talla aumenta el riesgo durante el embarazo y el parto, siendo un factor asociado



a nacimientos con bajo peso, el cual afecta al 15% de los recién nacidos (4). La talla promedio de la mujer guatemalteca, la más baja del mundo (6) es de 149.3 cm, por lo que más de 25% de ellas tienen talla inferior a 145 cm (4). La baja talla materna también es un factor de riesgo para complicaciones del parto y muerte perinatal y materna, y se asocia a mayor riesgo de sobrepeso y obesidad que, en 2014-2015, ascendía a 51.9% en mujeres en edad fértil (4).

La desnutrición crónica refleja desigualdades importantes, en la medida que el porcentaje de desnutridos crónicos es mayor en áreas rurales (53.0% comparado con 34.6% en las urbanas), en población indígena (58.0% comparado con 34.2% en la no indígena), en hogares en que las madres no tienen escolaridad (67.0% y 19.1% en niños cuya madre tiene educación superior), en hogares con menor riqueza económica (65.9% en los de quintil inferior y 17.4% en hogar en el quintil superior de riqueza) y un menor espaciamiento entre embarazos (57.0% comparado a 39.6% mayor espaciamiento) (4). Adicionalmente, análisis recientes (7) indican que los niños y las niñas menores de cinco años del grupo Mam tienen y han tenido las prevalencias más altas de desnutrición crónica, seguidos por los Quiché, los Kakchiquel y por últimos los Q'eqchí.

Los rezagos nutricionales de Guatemala reflejan la situación de un país con una agenda nacional no cumplida que, como resultado de la historia de desnutrición crónica que tienen los adultos, debe atender problemas llamados de la “doble carga de la malnutrición” que se han incrementado, ocasionando efectos nocivos en la salud de todos los grupos vulnerables. La mitad de las y los menores de cinco años siguen presentando desnutrición crónica y, al mismo tiempo, la mitad de las mujeres en edad reproductiva tienen sobrepeso y obesidad, el cual se ha incrementado de forma alarmante en el último cuarto de siglo (de 34.4% a 51.9%) (4). Esta doble carga se manifiesta en la coexistencia a nivel del mismo hogar de un niño desnutrido crónico y una mujer con sobrepeso y obesidad, que en 2017 se registró en 16.7% (8).

La cadena de eventos que conducen a la desnutrición sugiere tres niveles de causalidad: las causas directas e inmediatas se relacionan con la inadecuada alimentación (en calidad y cantidad)

y el efecto de enfermedades (particularmente las infecciosas); las causas subyacentes tienen que ver con el desarrollo o no de políticas y programas, y las estructurales se vinculan con la existencia de un ambiente favorable que fomente condiciones para el desarrollo de los individuos, sus comunidades y las instituciones públicas.

Como se reconoce en el Plan de Gobierno del partido Vamos (1), las condiciones de vida de las grandes mayorías de guatemaltecos y guatemaltecas no han mejorado de manera sustancial y continuada, encontrándose que la pobreza viene aumentando, los niveles de desigualdad no se reducen y que el acceso a servicios sociales de calidad ha disminuido. La evidencia permite concluir que en el país existe suficiente cantidad de alimentos para cubrir los requerimientos nutricionales promedio por día, y que la pobreza y la falta de acceso económico a una dieta nutricionalmente adecuada son factores críticos en la explicación de los problemas nutricionales y, por lo tanto, en su superación de forma permanente.

Aunada al aumento de pobreza y pobreza extrema entre 2000 y 2014, y particularmente entre 2006 y 2014, se registra una pérdida considerable de capacidad adquisitiva de los alimentos y de bienes y servicios: la proporción de población con ingresos menores al costo de la canasta básica de alimentos aumentó de 29.4% a 52.5% entre 2006 y 2014, un incremento de 23 puntos porcentuales en ocho años (9). Estas limitaciones en el acceso económico se agravan al contrastar los ingresos disponibles y la dieta adecuada desde el punto de vista nutricional (10), basada en la identificación de las brechas nutricionales que es necesario superar según la composición demográfica de los hogares. Tomando en cuenta el costo de una dieta nutricionalmente adecuada y los patrones de gasto promedio a nivel familiar, se ha podido establecer que, salvo la región Central (Chimaltenango, Sacatepéquez y Sololá), en todas las otras regiones más de la mitad de los hogares no tiene acceso económico a una dieta nutricionalmente adecuada.

Al mes de septiembre de 2019, los datos sobre la relación entre salario mínimo agrícola y no agrícola y el costo de la canasta básica alimentaria, con y sin enfoque nutricional, permiten estimar que el poder adquisitivo de estos salarios mínimos era de 84.4% en el caso

de la primera canasta, y de 71.0% en el de la segunda, lo cual sugiere que una parte considerable del costo de las canastas no puede ser cubierto por el salario mínimo.

En términos de las causas inmediatas de la desnutrición es preciso describir la lactancia materna y la alimentación complementaria. Entre el grupo de niños nacidos en los dos últimos años previos a la recolección de datos, la ENSMI 2014-2015 (4) indica que 63% habían lactado en la primera hora de vida, que en esa misma cohorte la lactancia materna exclusiva era del 63.7% entre los menores de dos meses y de 43.5% entre los de 4 a 5 meses. En general, la duración mediana de lactancia materna exclusiva era de 4.3 meses en población autoidentificada como indígena y de 0.9 meses en población no indígena.

Los alimentos administrados para complementar la leche materna (12) (a partir de los seis meses) deben ser de calidad y cantidad adecuadas y administrados con la frecuencia y la consistencia correcta, según la edad, para satisfacer las necesidades nutricionales y afectivas. Según la ENSMI 2014-2015 (4), 20.0% de niños de 4 o 5 meses ya recibían otros alimentos diferentes de la leche materna y 6% no estaba lactando. Incluso, en el primer mes de vida, 2% recibía otros alimentos o líquidos distintos de la leche materna y 3.6% no estaba lactando. La dieta mínima aceptable (cuatro o más grupos alimentarios clave consumidos con la frecuencia mínima aceptable) era consumida por 55.7% de niños de 6 a 23 meses, y por 33.7% de los de 6 a 8 meses.

Según la ENSMI 2014-2015 (4), 35 niños menores de 5 años morían cada año por cada 1,000 nacidos vivos, lo cual la convierte en una de las tasas más altas en la región. Al mismo tiempo, la mortalidad infantil era de 28 niños por cada 1,000 nacidos vivos. La morbilidad infecciosa continúa siendo muy prevalente en el país, y es conocido su efecto en el estado nutricional infantil debido a la frecuencia de episodios de infecciones y la duración de cada uno de ellos. Según el mismo estudio (4), en los 15 días previos a la entrevista, uno de cada cinco niños y niñas había tenido diarrea, y uno de cada 10 niños y niñas habían tenido infección respiratoria aguda.

Los datos de ENSMI 2014-2015 (4) también muestran que la cobertura de los servicios básicos de salud y nutrición para niños

sigue siendo baja en Guatemala. Aproximadamente el 59% de los niños de 12 a 23 meses de edad recibieron todas las vacunas básicas (niños 59.1%; niñas, 58.9%) y los datos revelan que la vacunación infantil no es oportuna conforme a la norma. La cobertura de suplementos de vitamina A en niños de 6-59 meses de edad fue de 49.7% en 2015. La mejora en la deficiencia de vitamina A en Guatemala (15.8% en 1995 a 0.3% en 2010) es una evidencia de que los esfuerzos en la suplementación y fortificación de alimentos son exitosos.

Los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018 (13) confirman que las condiciones habitacionales de las familias guatemaltecas continúan siendo precarias, con diferencias territoriales muy marcadas: 59% de los hogares disponen de agua entubada en la vivienda y 23% se abastecen de agua de pozo perforado, agua de lluvia, río/lago, manantial, camión/tonel u otra fuente no domiciliaria. Son los municipios del norte y nor-occidente del país los que muestran más carencia de agua intradomiciliaria. Asimismo, los datos del Censo indican que el 45% de hogares disponen de un inodoro conectado a la red de drenajes y que los hogares que cuentan con conexión a drenajes se concentran en áreas urbanas de los municipios que incluyen a las ciudades más pobladas del país. A nivel nacional, el Censo reporta 5% de hogares sin sanitario, problema que se agudiza en oriente, Quiché, Suchitepéquez y Petén, con porcentajes que se encuentran por arriba de 6.8%.

Por mucho tiempo se ha conocido la relación entre el material de piso de las viviendas, el riesgo de contraer enfermedades infecciosas y sus efectos en el estado nutricional infantil. El Censo registra que más de un cuarto de los hogares a nivel nacional tienen piso de tierra, y que hay 10 departamentos en que el porcentaje es superior al del nivel nacional. Destacan los departamentos de Alta Verapaz (64.2%), Quiché (51.1%) y Jalapa (46.5%).

---

<sup>1</sup>La Canasta Básica de Alimentos con Enfoque Nutricional (CBAN) está constituida por el conjunto de alimentos saludables en cantidades apropiadas y de bajo costo, para satisfacer las recomendaciones nutricionales de energía, proteína, vitaminas y minerales de individuos sanos, para el hogar promedio de referencia, mediante un mínimo alimentario (11).

### III. Justificación



En América Latina, Guatemala es uno de los países más afectados por diferentes problemas nutricionales, siendo la desnutrición crónica el problema más prevalente que afecta a uno de cada dos niños menores de cinco años (4). Como se indicó anteriormente, a pesar de los esfuerzos del país y la atención política, programática e institucional dedicadas a la reducción de la desnutrición, en los últimos 20 años el problema persiste, afectando severamente a la niñez indígena y rural, con altos índices de pobreza y analfabetismo que residen, principalmente, en los departamentos del occidente y norte del país.

Es necesario trabajar a favor de la nutrición por motivos éticos y, también, para eliminar las barreras que no permiten que la población alcance su potencial en materia de salud, educación y productividad, de forma que el país logre superar los rezagos en sobrevivencia y salud, crecimiento físico y composición corporal, desarrollo psicomotor, avance educativo, empleo formal y digno, productividad del trabajo, pobreza y desigualdad.

La evidencia acumulada a nivel mundial, y en Guatemala, sugiere que la nutrición es fundamental para el desarrollo de los países, porque su mejora temprana en la vida tiene efectos intergeneracionales y transformadores que afectan, en el corto plazo, a los niños de hoy, pero también a generaciones futuras que, con su trabajo y productividad, crearán mejores condiciones de vida para ellos y para el país en su conjunto.

### IV. Objetivo



Promover la salud y nutrición sostenible de la población guatemalteca, con énfasis en la niñez menor de cinco años, preescolares y escolares, mujeres, población rural e indígena, en pobreza y pobreza extrema.



## V. Marco político normativo



El punto de partida del marco conceptual para el trabajo en nutrición es la afirmación del carácter universal, indivisible, interdependiente e interrelacionado de los derechos humanos y la fundamentación en los principios del enfoque de los derechos humanos. La preocupación primaria es el ser humano y el interés en el papel de la acción pública para apoyar una vida de dignidad plena y activa para todo ser humano, que se debe concretar en compromisos políticos claros en alimentación y nutrición.

Las obligaciones del Estado guatemalteco están contempladas, en primer lugar, en la Constitución Política de la República (CPR). Respecto a la salud – definida en el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) – como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades” (14), la CPR declara en su Artículo 9 que la salud de los habitantes de la nación es un bien público, a lo que se agregan las obligaciones que la Carta Magna señala al Estado:

- Velar por la salud y la asistencia social de todos los habitantes (artículo 94).
- Desarrollar acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes, a fin de garantizar el más completo bienestar físico, mental y social (artículo 94).
- Controlar la calidad de los productos alimenticios (artículo 96).
- Velar porque la alimentación y nutrición de la población reúna los requisitos mínimos de salud (artículo 99).

Guatemala tiene, desde 2005, un marco político y normativo relacionado con la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) que orienta el funcionamiento de la institucionalidad pública ejecutora de las acciones que contribuyen al mejoramiento de la nutrición. Se



trata de la Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional -SINASAN - (Decreto Número 32-2005) y de la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional (15).

La normativa constitucional en temas de nutrición se complementa con los compromisos derivados de la ratificación o adhesión de Guatemala a instrumentos internacionales de derechos humanos y a iniciativas globales como la de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (16) y la de las Metas Mundiales de Nutrición 2025 (17). Se elaboró el Plan Nacional de Desarrollo K'atun 2032 en 2015 (18) y se alineó a los compromisos de país en el marco de acción de los ODS, definiendo 10 prioridades nacionales de desarrollo: educación; impulso de la inversión y empleo; fortalecimiento institucional, seguridad y justicia; ordenamiento territorial; valor económico de los recursos naturales; disponibilidad y acceso del agua y gestión de los recursos naturales; reforma fiscal integral; protección social y disminución de la pobreza; acceso a servicios de salud; y seguridad alimentaria y nutricional.

En el 2011, Guatemala se adhirió al Movimiento Internacional de Fomento a la Nutrición (Scaling Up Nutrition- SUN) que motiva a los países a la coordinación multisectorial mediante la formación de redes tales como: red de Gobierno, de sociedad civil, sector privado, academia, donantes y las Naciones Unidas, en un marco común de resultados para el mejoramiento de la nutrición. Se fundamenta en el principio de que todas las personas tienen derecho a una buena nutrición y que se requiere un esfuerzo colectivo para lograrlo.

Se cuenta, además, con la legislación ordinaria que abarca los aspectos relacionados con los mandatos institucionales: es decir, la Ley del Organismo Ejecutivo (Decreto Número 114-97) para el conjunto de la administración central, así como las leyes específicas que se refieren a la temática vinculada a la nutrición. Este marco legal es amplio y suficiente para que las entidades estatales puedan atender de manera adecuada sus responsabilidades relacionadas con el logro de la seguridad alimentaria y el acceso a un nivel adecuado de nutrición, con responsabilidades institucionales que, en general, están claramente delimitadas (19).

## VI. Prioridades

### A. Prioridades de Atención

La Cruzada Nacional por la Nutrición incluye las cinco prioridades de atención del nuevo Gobierno:

- **Prevenir la desnutrición crónica y anemia, mediante el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud.**
- **Reducir la morbilidad y mortalidad materna e infantil.**
- **Promover la seguridad alimentaria y nutrición de la población guatemalteca, mediante acciones que aseguren el acceso y la disponibilidad de alimentos.**
- **Fortalecer en todo el país los servicios básicos de salud, dotándolos de medicamentos e insumos esenciales y necesarios en forma permanente y oportuna.**
- **Prevenir las enfermedades infecciosas y crónicas.**

### B. Población Objetivo

Población guatemalteca, con énfasis en la niñez menor de cinco años, preescolares y escolares, mujeres, población rural e indígena, en pobreza y pobreza extrema.

### C. Priorización Geográfica

La Cruzada Nacional se orientará a mejorar la nutrición de los grupos vulnerables en todo el territorio nacional. Es necesario, sin embargo, priorizar territorios que en su interior concentran las condiciones de mayor vulnerabilidad económica, social y



nutricional. Se decidió, por ello, seleccionar 10 departamentos según nivel de pobreza extrema (20) y de inseguridad alimentaria y nutricional (21).

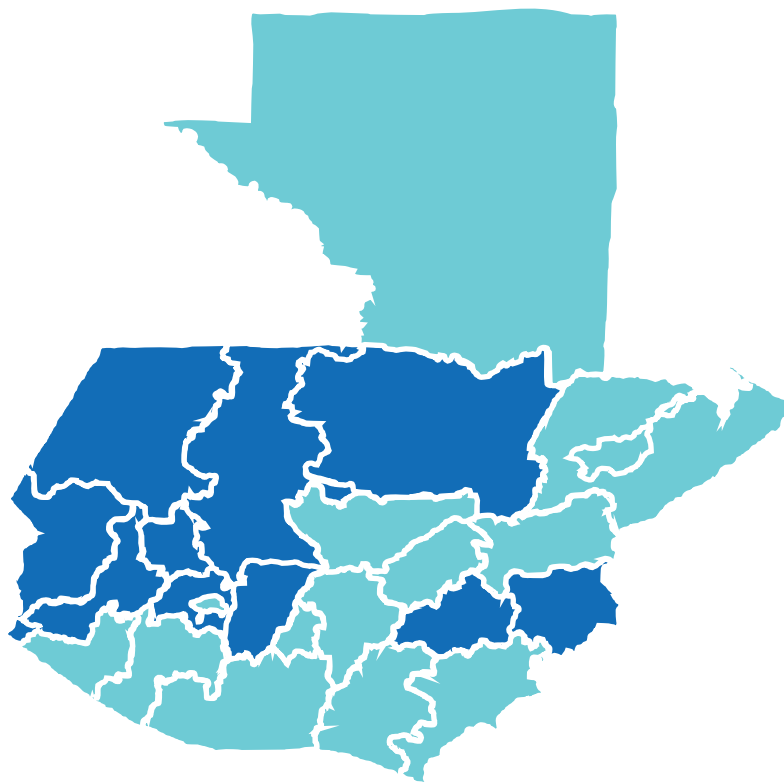
Habiendo seleccionado los 10 departamentos más postergados desde el punto de vista social, económico, alimentario y nutricional, se procedió a identificar los municipios en que, según el último Censo Nacional de Talla en Escolares de Primer Grado de Primaria

(22), se habían registrado prevalencias de retardo de crecimiento por encima de 40%.

En el siguiente Diagrama 2 se identifican los 10 departamentos priorizados y el número de municipios con prevalencias de 40% y más de retardo de crecimiento en cada departamento. En el Anexo 1 de este documento, se incluye el listado completo de los 113 municipios que cumplen con este criterio.

## D2 Departamentos priorizados y número de municipios con retardo de crecimiento escolares $\geq 40\%$

Departamento	Número de Municipios
Alta Verapaz	12
Chiquimula	5
Huehuetenango	27
Quiché	18
Sololá	13
Totonicapán	8
Chimaltenango	7
San Marcos	11
Jalapa	3
Quetzaltenango	9
Total	113



## D. Indicadores y Metas

A través del desarrollo de las intervenciones y acciones interrelacionadas de la Cruzada que se puntualizarán más adelante, se contempla alcanzar determinados cambios en la situación nutricional de niños, niñas, escolares y mujeres en edad fértil. Los indicadores de impacto, el dato basal para cada uno de ellos, su

fFuente respectiva y la meta para el período de cuatro años se presentan en el cuadro a continuación. El listado completo de indicadores y metas se presenta en el Anexo 2 del presente documento.

	Indicador	Dato Basal	Fuente	Meta para el período
impacto	Desnutrición crónica en menores de 5 años	46.5	ENSMI 2014/15*	Reducción en al menos 4 puntos porcentuales
	Desnutrición crónica en menores de 2 años	41.7	ENSMI 2014/15*	Reducción en al menos 2 puntos porcentuales
	Sobrepeso y obesidad en menores de 5 años	4.7	ENSMI 2014/15*	Mantenimiento de % de sobrepeso y obesidad por debajo de 5%
	Bajo peso al nacer	14.0	ENSMI 2014/15	Reducción en 4 puntos porcentuales
	Sobrepeso y obesidad en escolares de 6 a menos de 12 años	18.2	SIVESNU 2017	Mantenimiento de % de sobrepeso y obesidad en valor vigente
	Anemia en niños/as de 6 a 59 meses	32.4	ENSMI 2014/15*	Reducción de la prevalencia a la mitad
	Anemia en embarazadas	14.5	ENSMI 2014/15*	Reducción de la prevalencia a la mitad
	Anemia en no embarazadas	24.2	ENSMI 2014/15*	Reducción de la prevalencia a la mitad

\*El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Salud y Nutrición (SIVESNU) también los genera. En el caso de los datos de anemia, se sugiere que las autoridades, con apoyo de la cooperación internacional y la academia, revisen la evidencia generada (SPRING. 2018. Anemia Assessment in Micronutrient and Demographic and Health Survey: Comparisons in Malawi and Guatemala. Arlington, VA: Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) project), para decidir cuál debe ser la fuente del dato oficial a utilizar a partir de la ejecución de la Cruzada.

## VII. Líneas de acción

### A. Definición

Las prioridades de atención del Gobierno 2020-2024 presentadas anteriormente se traducen en las siguientes líneas de acción:

#### 1. Salud y nutrición

Se refiere a las acciones que la Cruzada Nacional por la Nutrición establece para mejorar la cobertura y acceso a servicios básicos de salud y nutrición, con calidad, integralidad y equidad a través de medios aceptables para las comunidades, incluyendo su plena participación.

Las intervenciones específicas están destinadas a la atención individual, familiar y comunitaria; mediante la ampliación de la Atención Primaria de Salud (APSA) que requiere un plan estratégico multisectorial con participación de todos los actores, que fortalezca los mecanismos institucionales, promueva la participación social y determine responsabilidades.

Estas acciones tomarán en cuenta la efectiva provisión de los servicios de salud en los tres niveles de atención, el acceso a los medicamentos, insumos, recurso humano, logística, liderazgo y gobernanza, sistemas de información, cambio de comportamientos y un financiamiento oportuno. Todos los niveles de atención deben intervenir en la nutrición para el cumplimiento eficaz de las acciones de los mil días, la primera infancia, la salud escolar y familiar.

El panorama descrito en el análisis de situación muestra la importancia de ampliar las intervenciones de nutrición durante los primeros mil días, incluido el período desde el embarazo hasta los 24 meses de edad. En 2008, Bhutta et al. publicaron un estudio en

la revista The Lancet (23) en el que se incluyó a la población de niños con desnutrición en Guatemala y se mostraron las intervenciones que pueden reducir la desnutrición crónica infantil, identificando, al menos, quince. Para que tengan el efecto deseado, estas intervenciones deben realizarse en los primeros mil días de vida (la ventana de los mil días) y deben ser provistas con un 95% de cobertura efectiva para reducir la prevalencia de desnutrición crónica infantil en un 36%. Otras publicaciones en The Lancet (24) sugieren que estas deben complementarse con agricultura familiar, programas de primera infancia, escolaridad y redes de protección social del cuidado sensible y cariñoso e intervenciones hacia el período preconcepcional y hacia un segmento más incluyente de la población, particularmente la familia.

Lo anterior muestra la necesidad de que la Cruzada Nacional por la Nutrición tenga una perspectiva amplia de las intervenciones que se realizarán y que, como requisito ineludible, cuente con una red de servicios efectiva con enfoque de derecho a la salud.


Es de vital importancia lograr el mayor acceso y uso de los servicios de APS por parte de la población objetivo por lo que se hace necesario la implementación operativa completa de las intervenciones de la ventana de oportunidades de los mil días desde la gestión y atención integral en el marco de la APS en los tres niveles de implementación: individual, familiar y comunitario. Las intervenciones se implementarán a través de consultas basadas en la demanda y visitas a hogares y comunidades para una mejor identificación y control de la malnutrición en adolescentes, mujeres embarazadas, madres y niños menores de cinco años.

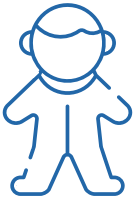
En los Diagramas 3 y 4 se presentan las intervenciones a nivel individual y familiar por ciclo de vida.


## D3 Intervenciones de salud y nutrición, por etapas del ciclo de vida, a nivel individual. Cruzada Nacional por la Nutrición 2020-2024

INDIVIDUAL

- 1**  **Jóvenes**  
 Consejería en SSR, planificación familiar  
 Suplementación con hierro y ácido fólico  
 Prevención de embarazo adolescentes  
 Evaluación del estado nutricional
- 2**  **Embarazadas**  
 Control pre-natal completo y de calidad  
 Evaluación del estado nutricional  
 Suplementación con hierro y ácido fólico  
 Vacunación antitetánica  
 Diag. y tto de bacteriuria  
 Prevención y control de malaria  
 Adecuado manejo de EM  
 Hogares maternos para embarazadas de riesgo  
 Prevención del consumo de alcohol y tabaco  
 Consejería: Diversidad de la dieta y cuidados del embarazo
- 3**  **Parto y recién nacidos**  
 Corticosteroides en parto prematuro  
 Atención profesional del parto  
 Ligadura oportuna de cordón umbilical  
 Lactancia materna/apoyo precoz  
 Uso de oxitocina post-parto  
 AIEPI Neonatal  
 "Madre canguro"  
 Desarrollo infantil temprano

- 4**  **Niños/as 2-6 meses**  
 Lactancia Materna Exclusiva  
 Vacunación s/esquema  
 Suplementación con hierro en prematuros  
 Control de Crecimiento y Desarrollo  
 AIEPI  
 Consejería en cuidado infantil  
 Estimulación para el desarrollo

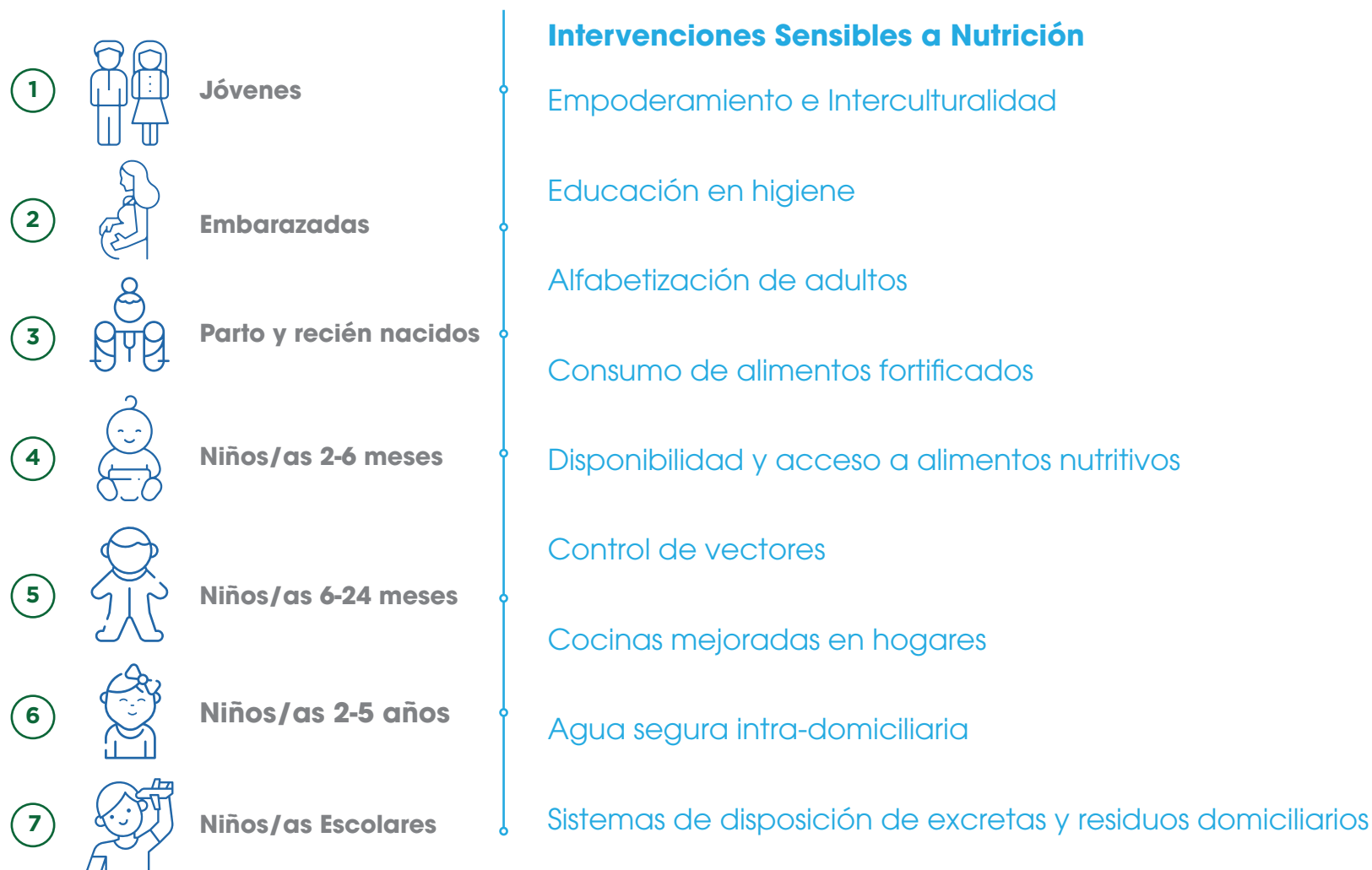
- 5**  **Niños/as 6-24 meses | 2-5 años**  
 Alimentación complementaria  
 Promoción y control de Crecimiento y Desarrollo  
 Vacunación s/esquema  
 Suplementación con hierro y otros micronutrientes  
 Desparasitación  
 AIEPI  
 Consejería en cuidado y desarrollo infantil  
 Atención de diarreas y neumonía

- 6**  **Niños/as Escolares**  
 Alimentación complementaria  
 Control de C y D  
 Vacunación s/esquema  
 Suplementación con hierro y otros micronutrientes  
 Consumo de sal yodada  
 AIEPI  
 Papilla fortificada en niños en riesgo  
 Consejería en cuidado infantil  
 Desparasitación periódica en zonas de riesgo  
 Promoción de lectura, juegos y actividad física

Fuente: Adaptado de: World Health Organization 2007. "Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes". WHO's Framework for Action.p. 3

## D4 Intervenciones de salud y nutrición, por etapas del ciclo de vida, a nivel familiar. Cruzada Nacional por la Nutrición 2020-2024

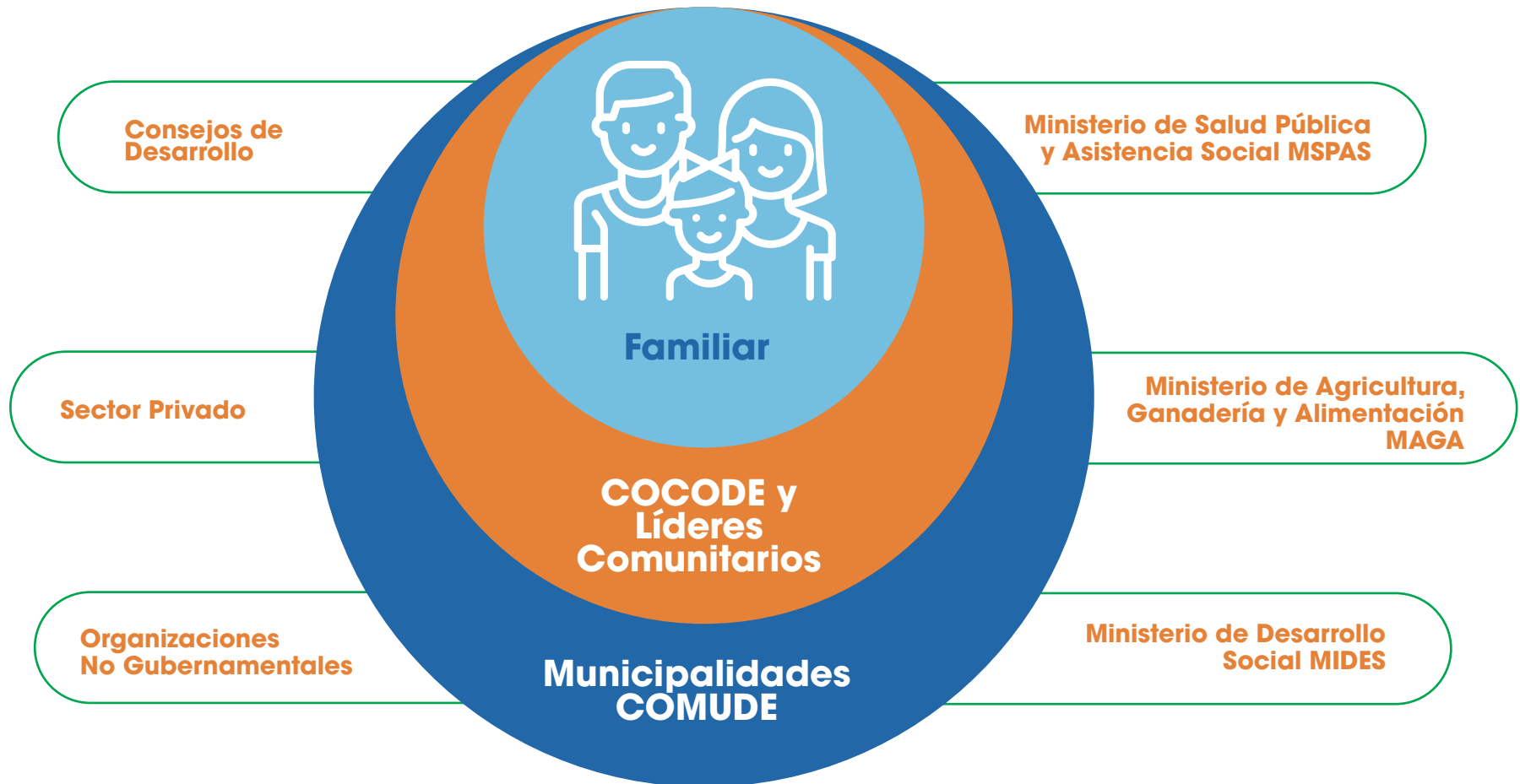
**FAMILIAR**



La Cruzada Nacional tendrá un énfasis especial en los aspectos de educación y promoción de la salud y en la participación comunitaria y de la sociedad civil. Para ello se fortalecerán las capacidades del MSPAS en la definición e implementación de estrategias de promoción y educación, se brindará apoyo a los profesionales de la

salud para implementar actividades de educación y promoción de salud, y se buscarán oportunidades de colaboración y sinergias entre el MSPAS, el MINEDUC, el MAGA, y el MIDES, entre otros. En el Diagrama 5, se presenta la multisectorialidad de las acciones a nivel comunitario.

## **D5** Multisectorialidad de las intervenciones de la Cruzada Nacional por la Nutrición 2020-2024 a nivel comunitario

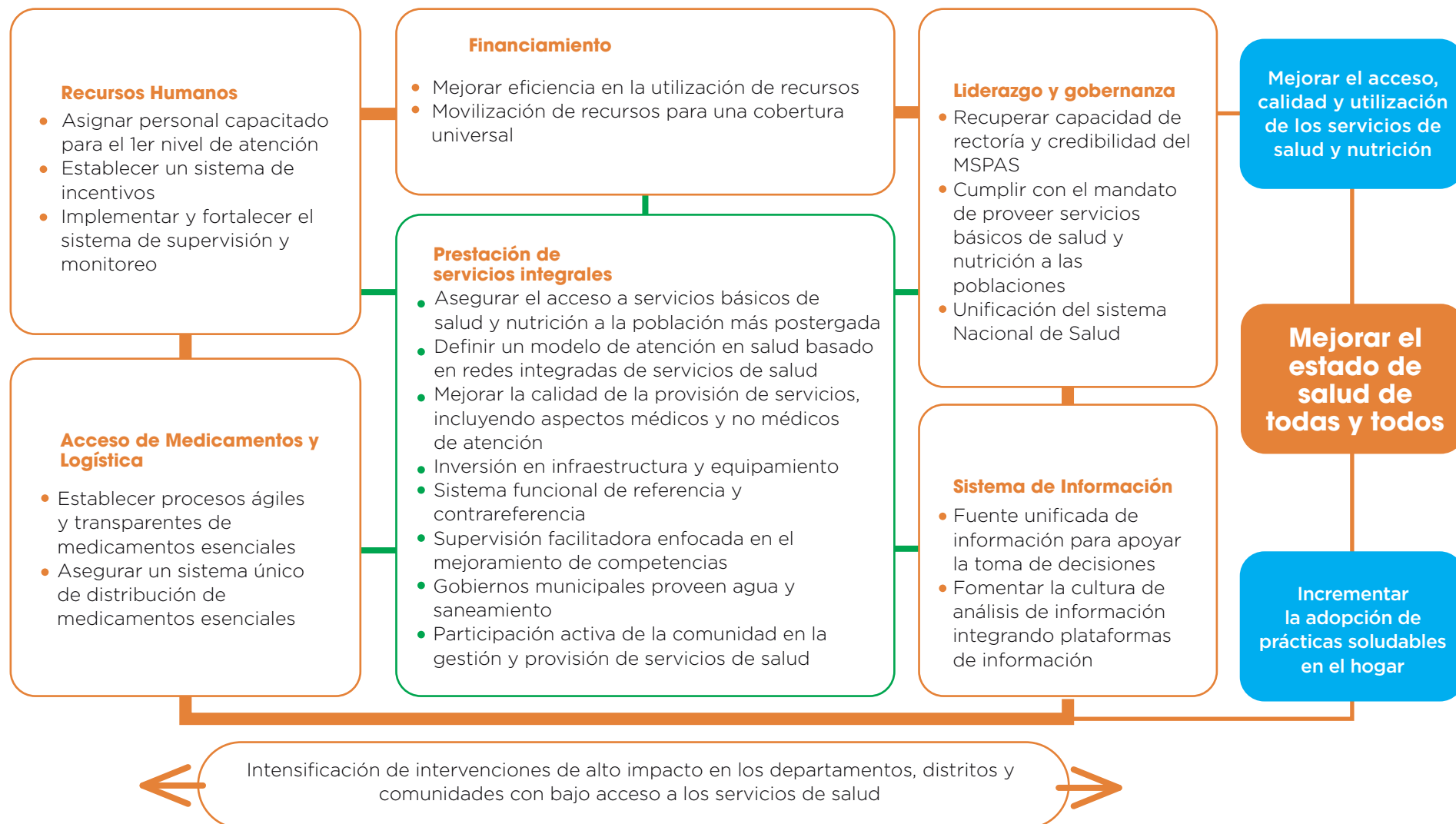


Fuente: Alianza por la Nutrición/USAID/MCSP. El futuro de la niñez guatemalteca es hoy - Promoviendo la atención integral en los primeros 1000 días de vida para la prevención de la desnutrición crónica en la comunidad.

A nivel institucional, se hace necesario el fortalecimiento de la gestión del MSPAS, como requisito indispensable para poder brindar mayor acceso y uso de los servicios de salud por parte de la población objetivo de la Cruzada Nacional por la Nutrición.

En el Diagrama 6 se resumen los seis elementos básicos del marco de acción para una mejor comprensión del significado del fortalecimiento institucional

## D6 Elementos del Marco de Acción para el fortalecimiento Institucional. Cruzada Nacional por la Nutrición 2020-2024



Fuente: Adaptado de: World Health Organization 2007. "Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes". WHO's Framework for Action, p. 3

## 2. Disponibilidad y acceso a una alimentación saludable

Tanto en el marco conceptual de UNICEF (3) como en el de INCAP (25) se incluyen como causas inmediatas de inseguridad alimentaria y desnutrición infantil, la alimentación inadecuada en calidad y cantidad y la presencia de infecciones. Ambos modelos vinculan la disponibilidad insuficiente e inestable de los alimentos y la baja capacidad adquisitiva como causas subyacentes (estructurales) de la desnutrición crónica.

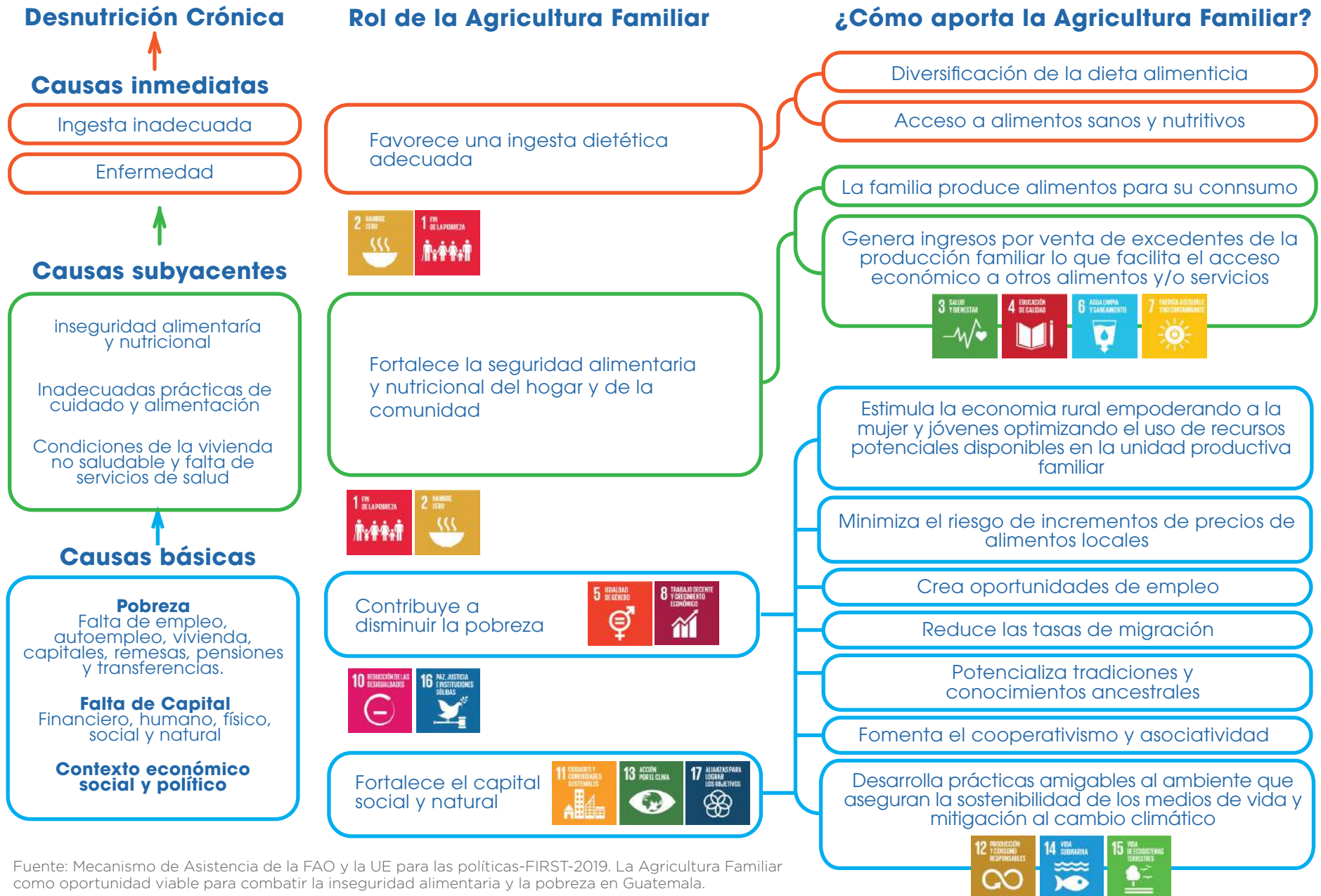
El desarrollo agrícola, en general, es sumamente importante para la mejora de la seguridad alimentaria y la nutrición de la población, ya que impacta en el acceso físico (cantidad, calidad y diversidad) y en el impulso de la transformación económica rural, como principal fuente de ingresos para buena parte de los más pobres del mundo. Se entiende que la agricultura a pequeña escala, incluyendo los huertos familiares, constituye un importante motor económico para productores y consumidores, y para estimular las economías locales, ya que genera ingresos familiares a través de la venta de excedentes de la producción, lo que facilita la adquisición de alimentos y/o servicios, y, a través de la producción para auto consumo asegura la disponibilidad familiar y minimiza el riesgo de incremento de los precios de alimentos locales.

Los beneficios nutricionales y económicos que genera la producción agrícola a pequeña escala la convierten en una actividad imprescindible para combatir las causas estructurales y subyacentes de la desnutrición crónica, ofreciendo alternativas para solucionar estos problemas en el corto, mediano y largo plazo (ver diagrama a continuación).





# D7 Aportes de la agricultura familiar al abordaje causal de la desnutrición crónica y su relación con los ODS



Fuente: Mecanismo de Asistencia de la FAO y la UE para las políticas-FIRST-2019. La Agricultura Familiar como oportunidad viable para combatir la inseguridad alimentaria y la pobreza en Guatemala.

Los aportes más importantes de la agricultura a la seguridad alimentaria se reflejan en el incremento de la productividad, la resiliencia y la diversificación productiva en las parcelas manejadas por agricultoras y agricultores a pequeña escala, como consecuencia del uso de buenas prácticas de agricultura sostenible, que incrementan la disponibilidad de alimentos y los ingresos familiares.

En muchos estudios empíricos realizados en diversos países se demuestra que el desarrollo agrícola y el crecimiento de toda la economía son necesarios para mejorar la seguridad alimentaria y la nutrición, y que hay relaciones positivas entre los sistemas agrícolas diversificados, la diversidad de la dieta en los hogares y la nutrición. En varios estudios se ha encontrado correlación positiva entre la agro diversidad en las explotaciones agrícolas y la puntuación de diversidad de la dieta de las mujeres, particularmente en relación con la adecuación de la dieta con base en sus necesidades de micronutrientes.

Todos estos estudios descritos en el Informe 2019 que solicitó el Comité de Seguridad Alimentaria Mundial de las Naciones Unidas (CSA) al Grupo de Alto Nivel de Expertos en Seguridad Alimentaria y Nutricional GANESAN (26), apoyan la tesis de que la producción diversificada en los huertos domésticos con la aplicación de prácticas agroecológicas ofrece a los hogares pobres con acceso limitado a los alimentos un camino hacia la seguridad alimentaria y la nutrición.

### 3. Protección Social

La Comisión de Desarrollo Social de las Naciones Unidas define la protección social como “un conjunto de políticas y programas gubernamentales y privados con los que las sociedades dan respuestas a diversas contingencias a fin de compensar la falta o reducción sustancial de ingresos provenientes del trabajo, brindar asistencia a las familias con hijos y ofrecer atención médica y vivienda a la población” (27). Estas medidas abordan tanto las necesidades de protección y promoción de quienes se encuentran en situación de pobreza como del aseguramiento de personas que, no estando en situación de pobreza, enfrentan circunstancias adversas durante determinadas etapas del ciclo de vida. En el marco de esta definición general, la Comisión

Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) define la protección social como aquellas medidas que garantizan los ingresos necesarios para mantener niveles mínimos de calidad de vida, permitir el acceso a los servicios sociales y promover la universalización del trabajo decente. Incluye tres principales componentes: la protección social no contributiva, la protección social contributiva (o seguridad social) y la regulación de los mercados laborales (27).

La Cruzada Nacional por la Nutrición considera la evidencia de los efectos positivos de los programas de transferencias monetarias condicionadas (TMC) en la salud, educación, nutrición y el desarrollo infantil. De tal forma, la vinculación de un programa de TMC de aplicación efectiva es una de las acciones estratégicas para abonar a los resultados propuestos, acción que requerirá una importante coordinación con los Ministerios de línea para asegurar un acceso apropiado principalmente a servicios de salud y educación a nivel individual, familiar y comunitario. Otras acciones de protección social incluyen la vinculación de los programas de TMC a componentes económicos y productivos que permitan apoyar a las familias y transformar su situación, particularmente acciones de apoyo a la agricultura familiar y otras actividades productivas.

La construcción de un enfoque amplio de la protección social basado en el ciclo vital requiere sistemas integrados. Los sistemas de protección social pueden dividirse en tres niveles constitutivos: normativo, programático y administrativo. UNICEF sugiere un componente adicional: para ser eficaces, los sistemas de protección social que tienen en cuenta las necesidades de la infancia deben sustentarse en una base empírica que ponga de relieve la situación de los niños, los efectos que tienen los programas actuales de protección social y las brechas que aún persisten.

El vínculo entre los objetivos de nutrición y las acciones de protección social está claramente explícito en todos los modelos conceptuales que explican la causalidad de la malnutrición y,

---

<sup>2</sup> Estas se refieren a unidades de producción agrícola que pueden tener distintas características en términos de dimensiones, productos, composición de mano de obra, uso de medios de producción, entre otros.



subyace, también, en el tipo de acciones recomendadas (24) para superar los distintos factores determinantes, en cada una de las etapas del Curso de la Vida (28) y de acuerdo con los requerimientos nutricionales que cada una de ellas demanda. Las acciones de protección social buscan:

- Mejorar los ingresos de los grupos social y económicamente vulnerables, mediante programas de transferencias condicionadas o no condicionadas.
- Promover esquemas de empleo temporal remunerado para mejorar la capacidad adquisitiva de grupos sin acceso a tierra y salarios.
- Estimular la oferta de servicios permanentes de educación y salud en la mayor parte del territorio nacional.
- Promover el cambio de comportamientos sociales, en general, y alimentarios y de higiene, en particular, que garanticen el logro sostenido de resultados en salud y nutrición.

La Serie The Lancet sobre desarrollo infantil (29) presenta evidencia de «efectos positivos de los programas de transferencias monetarias condicionadas en algunos de los resultados de los niños, incluyendo el peso al nacer, la enfermedad, o la morbilidad. Los resultados con efectos de grupo o subgrupo mixto incluyeron la estatura por edad o el retraso en el crecimiento, el peso para la edad o peso bajo y el desarrollo cognitivo y del lenguaje».

Los programas de TCM se enmarcan en el concepto de protección social como inversión en capital humano. Tienen como premisa que la reproducción intergeneracional de la pobreza se debe a la falta de inversión en capital humano, y buscan, mediante el condicionamiento de las transferencias, generar incentivos para esa inversión.

La gran mayoría de los programas de TMC implementados en América Latina han mostrado impactos positivos en cuanto a incrementar el acervo de capital humano de los hogares pobres. En particular, los programas TMC han logrado incrementar el consumo de alimentos y la ingesta calórica, reducir la prevalencia de desnutrición crónica, particularmente para niños menores de dos años, aumentar la asistencia diaria y la permanencia en la escuela, y la realización de controles de crecimiento y controles preventivos de salud (condiciones de los programas), aumentar la matrícula escolar, particularmente en zonas rurales, y reducir la edad de ingreso a la educación primaria.

## 4. Agua segura, saneamiento e higiene

La línea de acción de agua segura, saneamiento e higiene se incluye en la Cruzada Nacional por la Nutrición debido a la relación directa entre la deficiencia de estos servicios, las enfermedades diarreicas y la malnutrición; su mejoramiento, así como las prácticas higiénicas, conseguirán, por tanto, no sólo cumplir con el derecho humano al agua y al saneamiento, si no también contribuir con la reducción de los problemas de malnutrición en el país.

La Cruzada Nacional presentada incluye tanto cuestiones de mejoramiento de infraestructura en zonas rurales y en zonas urbanas, como el mejoramiento de la sostenibilidad de estas a través de tecnologías adaptadas, manejo integrado de las fuentes de recarga hídrica (cuencas) y un marco institucional favorable que se responsabilice de las mismas, así como la incidencia en las prácticas de higiene (lavado de manos, vivienda saludable, manejo seguro del agua). Asimismo, se considera importante la potabilización del agua entubada y/o el tratamiento del agua a nivel domiciliario (por ejemplo, a través de filtros) para asegurar la calidad del agua para consumo humano.

La falta de servicios de agua, saneamiento e higiene pone en peligro la capacidad para brindar una atención en salud sin riesgos y de calidad, expone a quienes solicitan y proveen los servicios de salud a un riesgo notable de morbilidad y mortalidad relacionadas con las infecciones, y supone una carga económica y social significativa. Las mujeres embarazadas y los recién nacidos son especialmente vulnerables a las consecuencias de un suministro deficiente de servicios de agua, saneamiento e higiene. Las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria causan entre el 4% y el 56% de las muertes en el período neonatal de los niños que nacen en los hospitales de los países en desarrollo (30).

El tema se incluye dentro de las intervenciones sensibles a la nutrición por su potencial para mejorar la nutrición. No obstante,

en el país, el sector de agua y saneamiento es ineficiente por la inexistencia de un componente estructural que proporcione los medios para facilitar el acceso a los servicios, como la existencia y calidad del recurso hídrico per-se, el marco gubernativo adecuado, capacidades institucionales y técnicas apropiadas y el financiamiento en concordancia con las necesidades.

La falta de calidad y cantidad de servicios de agua y saneamiento en Guatemala están enraizados en el aspecto gubernativo, ya que el país carece de algunos de los componentes indispensables para garantizar un marco idóneo para la provisión de servicios adecuados:

- Aunque el ente rector es el MSPAS, no posee la estructura con funciones y atribuciones, ni tiene presupuesto asignado.
- Carencia de un ente regulador que ejerza esta función de regular y monitorear las acciones de los proveedores de servicios.
- No existe una ley de agua como recurso, ni ley de agua potable y saneamiento.
- Las Municipalidades son las responsables de proveer los servicios, pero carecen de un marco regulador, políticas y capacidades técnicas.
- Los procedimientos de inversión del gobierno en el sector son diversos y poco eficaces.
- La inversión del sector es escasa, manteniendo una tendencia de crecimiento negativa: solamente 0.34% del PIB, comparado con el 4.74% en Educación o el 2.98% en Salud.

En el Diagrama 8, se presentan los elementos de gobernanza del sector agua, saneamiento e higiene indispensables a nivel gubernativo para proporcionar servicios de calidad.

## D8 Funciones de gobernanza en el sector agua, saneamiento e higiene. Cruzada Nacional por la Nutrición 2020-2024.

### Políticas/Estrategias Sectoriales



Políticas y Estrategias

### Disposiciones Institucionales



Coordinación  
Provisión de Servicios  
Regulación  
Rendición de cuentas

### Financiamiento del Sector



Presupuestación  
Financiamiento

### Planificación y Monitoreo



Planificación  
Monitoreo, Evaluación  
y Aprendizaje

### Desarrollo de Capacidades



Desarrollo de capacidades

Fuente: Enabling Environment (UNICEF 2017).

El objetivo 6 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) es “garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos”. Consta de seis metas técnicas relativas al agua potable, el saneamiento y la higiene, la gestión de las aguas residuales, la utilización eficiente del agua, la gestión integrada de los recursos hídricos y la protección de los ecosistemas relacionados con el agua. Además, la meta 1.4 del objetivo de “Poner fin a la pobreza en todas sus formas y en todo el mundo” exige el acceso universal a los servicios básicos, mientras que el objetivo 4.a del objetivo de Educación establece que todas las escuelas deben tener instalaciones básicas de agua, saneamiento y lavado de manos” (16).

El aporte de ASH en la reducción de la malnutrición en Guatemala vendría dado por:

- Realizar la reforma del sector donde se garanticen los siguientes tres componentes:
  - Existencia de un ente regulador del sector, partiendo del reforzamiento del MSPAS como ente rector.
  - Legitimación de las OMAS (oficinas municipales de agua y saneamiento).
  - Mejora de los procesos de financiamiento y adjudicación de proyectos. INFOM-Municipalidades.

- Formalizar una ley de Agua Potable y Saneamiento.
- Asegurar la sostenibilidad de las infraestructuras de agua y saneamiento centralizadas, así como promover su ampliación y alcance a zonas que carecen de estos servicios.
- Incrementar el acceso a servicios de saneamiento, focalizado en la zona rural, con metodologías de bajo coste y sostenible implementadas desde las instituciones responsables.
- Mejorar las prácticas de higiene a través de estrategias para el cambio de comportamiento.
- Garantizar la calidad del agua suministrada, estableciendo los mecanismos de tratamiento y de monitoreo necesarios

Se realizarán actividades de coordinación con los sectores relacionados al tema de saneamiento básico para generar sinergias y propiciar las condiciones necesarias que contribuyan con la reducción de la malnutrición, prevención y control de las deficiencias de micronutrientes, especialmente de la deficiencia de hierro en el marco de las competencias del MSPAS. Se fortalecerán las capacidades técnicas de los actores involucrados para desinfección del agua.

Para mejorar la situación de agua, saneamiento e higiene de los guatemaltecos y guatemaltecas, las principales actividades están orientadas a: 1) La vigilancia oportuna y adecuada de la calidad del agua para el consumo humano y el nivel de riesgo sanitario de los sistemas de abastecimiento de agua a través del desarrollo de inspecciones sanitarias, monitoreo, caracterización del agua, fiscalizaciones, supervisión, seguimiento, sistematización de la información entre otros; 2) desinfección y/o tratamiento del agua para el consumo humano a través de la aplicación de tecnologías apropiadas efectivas para el tratamiento y almacenamiento domiciliario del agua lo cual mejorará la calidad microbiológica y beneficios al reducir las enfermedades infecciosas. Se ejecutará la supervisión de las actividades de vigilancia de calidad del agua para consumo humano ejecutadas por las instituciones responsables, en el marco de la competencia de regulación.

## 5. Comunicación para el cambio social y de comportamiento

Una estrategia de comunicación para el cambio social y de comportamiento ayuda a promover y generar espacios de diálogo y acción con la población que le permita comprender y apropiarse de la problemática y definir, desde sus roles y responsabilidades, acciones concretas para superarla con el apoyo de herramientas que lo facilitan. La comunicación para el cambio de comportamiento individual y social es un eje fundamental para el abordaje de la malnutrición.

Incluye actividades específicas de comunicación interpersonal, comunicación para el desarrollo y acompañamiento de medios masivos, para mejorar conocimientos, actitudes y prácticas de padres, madres y cuidadores relacionadas a la prevención de la malnutrición infantil para tener un impacto en la reducción de la desnutrición crónica. Esto es apoyado por el fortalecimiento de las capacidades de los prestadores de servicios en los distintos niveles (central, institucional y comunitario).

En el año 2006, se realiza el Congreso Mundial de Comunicación para el Desarrollo, y es en la declaración de este, conocida como “El Consenso de Roma” (31), que se establece como acuerdo,





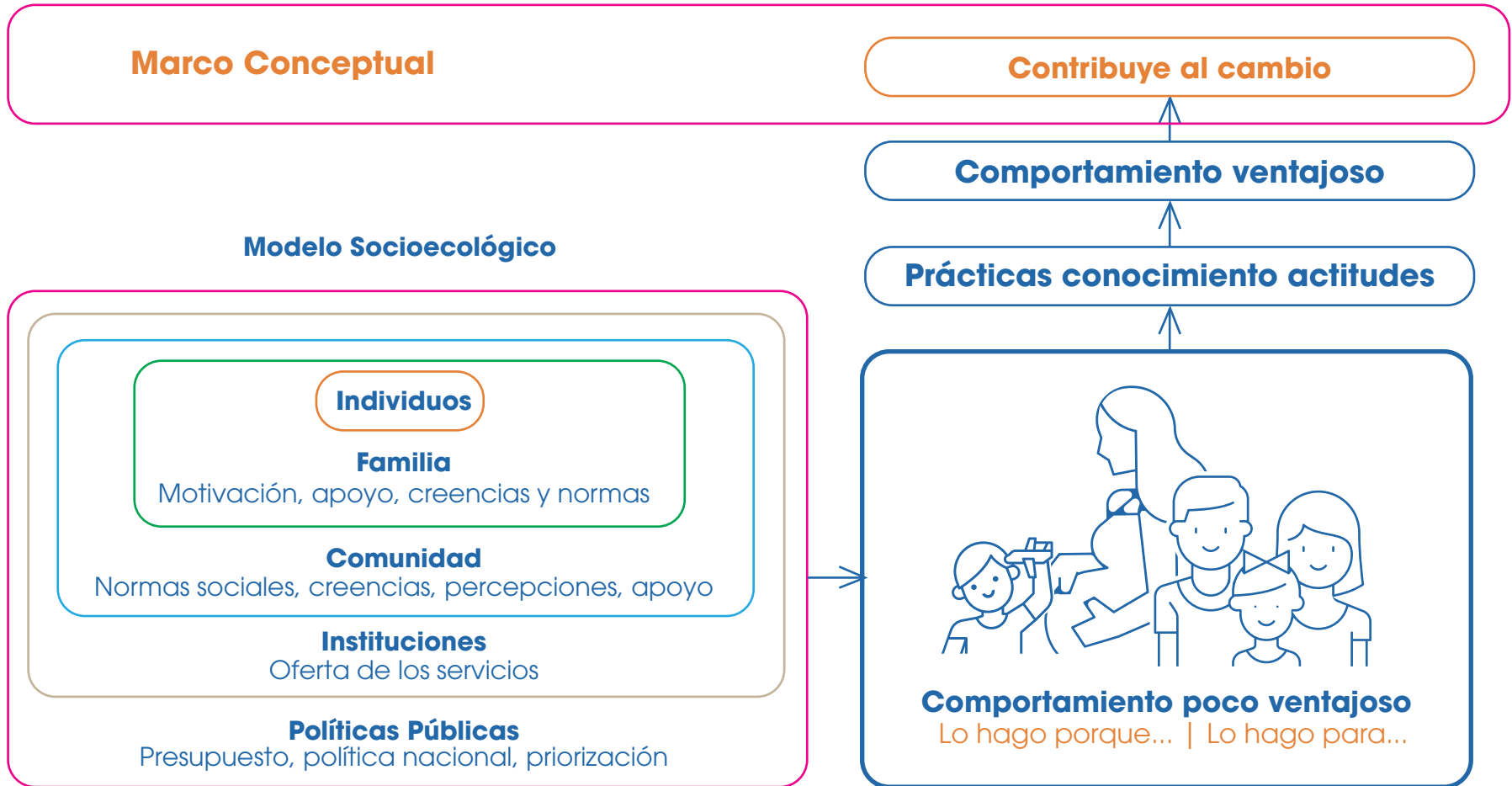
entender la Comunicación para el Desarrollo, como: “un proceso social basado en el diálogo, que utiliza una amplia gama de instrumentos y métodos. Tiene que ver con buscar un cambio a distintos niveles, lo que incluye escuchar, crear confianza, compartir conocimientos y habilidades, establecer políticas, debatir y aprender, a fin de lograr un cambio sostenido y significativo”.

La comunicación para el desarrollo asume el compromiso de garantizar que, por medio del acceso a la información necesaria con calidad y a espacios de diálogo, hombres y mujeres se convierten en protagonistas del cambio en su sociedad. Para promover cambios en las prácticas que limitan el goce de los derechos de las personas, especialmente de niños, niñas, mujeres y adolescentes, se debe establecer confianza mutua, escucha activa y el diálogo que permita a las personas, identificar sus problemas, analizar sus causas, visualizar las opciones de solución desde su propio contexto y tomar decisiones, para que los actores locales dejen de ser “objetos de cambio” para transformarse en “agentes de su propio cambio”.

Se ha pensado, erróneamente, que la comunicación aplicada a temas como salud o nutrición se reduce al diseño de campañas que se enfocan en cambios de comportamiento o consejería interpersonal. Sin embargo, es necesario complementar estas formas de comunicación con una metodología que permita la participación comunitaria y facilite el empoderamiento de los actores locales.

Existen diversos enfoques metodológicos e iniciativas de comunicación para propiciar el cambio de comportamiento que facilite las prácticas adecuadas para la prevención de la malnutrición. Uno de ellos, el Modelo socio ecológico, reconoce que el cambio de comportamiento se da en diferentes niveles.

## D9 Modelo socio ecológico para el cambio de comportamientos



Fuente: Elaboración propia, UNICEF 2019

Es importante que los actores locales se coordinen de manera intersectorial e interinstitucional con el objetivo de desarrollar un plan de comunicación con acciones para la prevención de la malnutrición, a fin de generar la internalización del problema para que las personas obtengan conocimientos y conscientemente tomen decisiones para mejorar sus actitudes y prácticas en relación con la alimentación y nutrición adecuada, con énfasis en la Ventana de los 1,000 días.

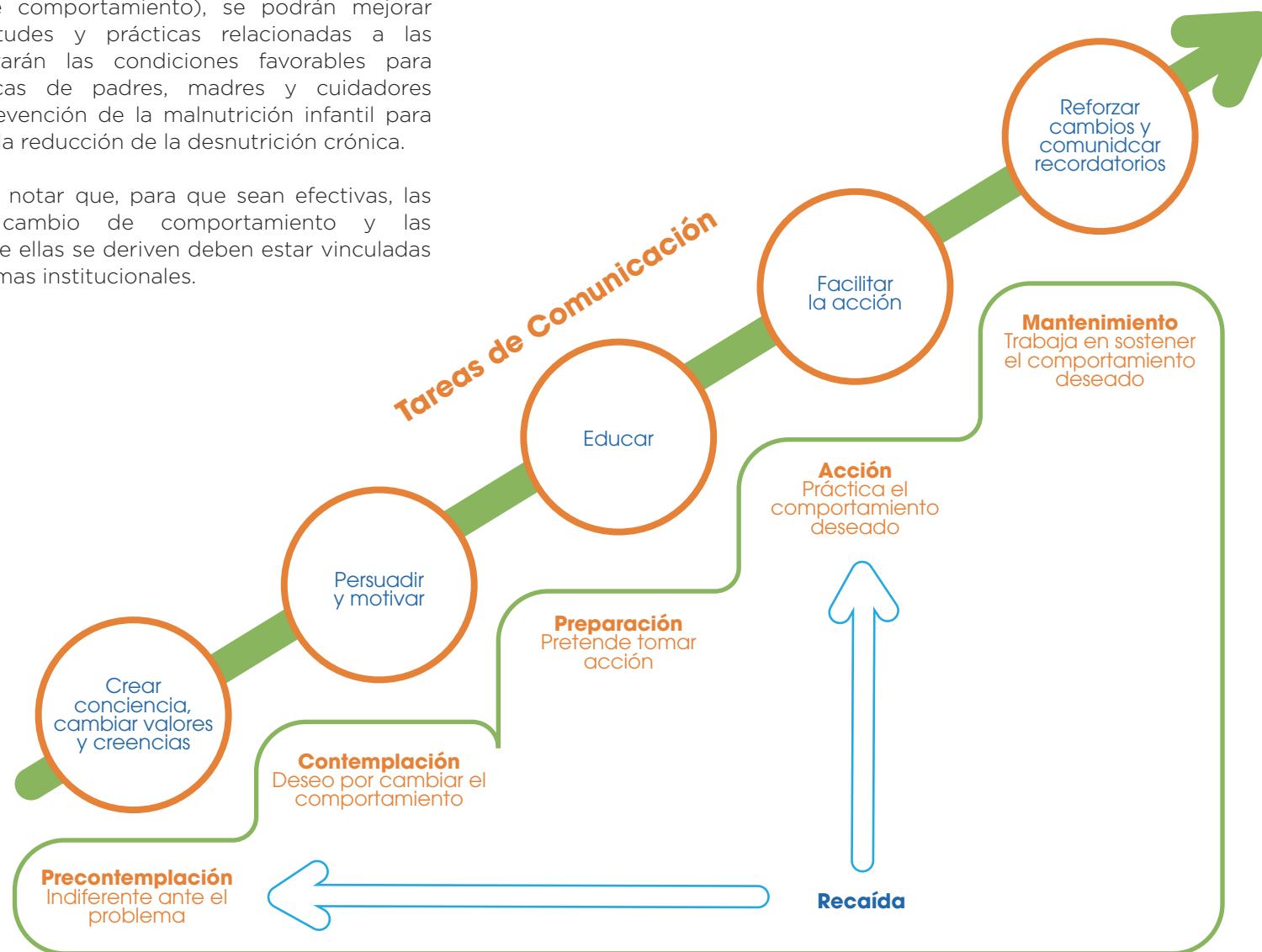
En cuanto a cambio de comportamiento individual, un modelo que ha sido validado es el Modelo Transteorético que plantea que los individuos pasan por varias etapas para modificar sus comportamientos, partiendo de reconocer la existencia del problema, la decisión de cambiar, la realización de las acciones que le permitirán el cambio y el sostenimiento del comportamiento logrado. El modelo de diálogo en Comunicación puede brindar herramientas útiles para promover estas etapas (ver diagrama 10).



## D10 Modelo de diálogo en Comunicación

Si se tienen actividades específicas de comunicación para el desarrollo, comunicación interpersonal y acompañamiento de medios masivos (como lo sugiere la comunicación para el cambio social y de comportamiento), se podrán mejorar conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas a las acciones que apoyarán las condiciones favorables para cambios en prácticas de padres, madres y cuidadores relacionadas a la prevención de la malnutrición infantil para tener un impacto en la reducción de la desnutrición crónica.

Es importante hacer notar que, para que sean efectivas, las metodologías de cambio de comportamiento y las intervenciones que de ellas se deriven deben estar vinculadas a la oferta de programas institucionales.



Fuente: Giovanna Núñez, Unicef Diplomado C4D en Zika

## B. Matriz de Líneas de Acción

### 1. Salud y Nutrición

Nivel de Implementación	Intervenciones por componente	Actores Gubernamentales y Apoyo	Población Objetivo	Desafíos
Institucional	<p><b>Provisión de Servicios de Salud con calidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecimiento de los puestos y centros de salud de toda la red del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en cuanto a infraestructura y búsqueda de nuevos sitios para incrementar el servicio en comunidades muy distantes alejadas del servicio.</li> <li>Mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de puestos y centros de salud existentes de toda la red del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.</li> <li>Habilitación de Puestos de Salud, Centros Comunitarios y Unidades Mínimas para mejorar acceso a servicios básicos de salud y nutrición en áreas geográficas sin cobertura.</li> <li>Conformación de Redes Integradas de Servicios de Salud que garanticen la continuidad de la atención (referencia y contra referencia) entre de 1er nivel y servicios especializados.</li> <li>Implementación del programa de Telemedicina en forma sectorizada y de expansión de acuerdo a la provisión de fondos para su uso exclusivo.</li> <li>Incorporación de sistemas locales de mejoramiento continuo de la calidad de la atención.</li> </ul>	<p>MSPAS Dirección General del SIAS</p> <p>Unidad de Planificación Estratégica Grupo de Cooperantes en Seguridad Alimentaria, Nutrición y Desarrollo Rural a través de sus proyectos específicos por área temática ONGs</p> <p>Sector Empresarial Sociedad Civil</p>	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	<p>Contar con el financiamiento para ampliar cobertura en cuanto a infraestructura.</p> <p>Protocolos de acción para cada intervención (conforme a normas institucionales)</p> <p>Acceso a servicios que faciliten la entrega de servicios (agua, energía eléctrica, caminos, internet o plataformas con y off line)</p>
	<p><b>Abastecimiento de medicamentos e insumos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Suministro a la red de servicios de salud una lista básica de medicamentos basados en 67 grupos terapéuticos, que contribuyan a la disponibilidad de medicamentos seguros eficaces y accesibles de acuerdo con su uso en los diferentes niveles de atención y al perfil epidemiológico de cada lugar.</li> <li>Aseguramiento de un sistema único de distribución de medicamentos que garantice el abastecimiento oportuno de servicios de la red</li> </ul>	<p>Unidad de Logística y Medicamentos</p>		<p>Buena planificación para la adquisición de medicamentos e insumos</p> <p>Mecanismos de compra eficientes</p> <p>Sistema de distribución eficiente para que los medicamentos e insumos están en los establecimientos de salud de manera oportuna</p>

Institucional	<p><b>Recursos Humanos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aseguramiento de la contratación y capacitación de personal para atención permanente en servicios de primero y segundo nivel de atención, de acuerdo a la población objetivo.</li> <li>• Dotación de dos auxiliares de enfermería, como mínimo, por puesto de salud, que realicen acciones intra y extra muros (una permanente en el servicio y otra a nivel comunitario).</li> <li>• Asignación de personal médico (EPS) y de las carreras de ciencias de la salud (nutricionistas, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras profesionales) y de especialidades médicas (pediatras, obstetras, anesthesiólogos); y médicos de la Cooperación Cubana, para fortalecer las redes integradas de atención en el área rural, priorizando las áreas más vulnerables.</li> <li>• Fortalecimiento de los procesos de supervisión y asistencia técnica a los servicios de 1er y 2o nivel.</li> </ul>	Dirección General de Recursos Humanos	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	<p>Procesos administrativos sean eficientes para la contratación del personal.</p> <p>Supervisión efectiva del desempeño del recurso humano, incentivos y sanciones</p> <p>Contar con recurso humano que conozco el entorno de su área de trabajo, idealmente que hable el idioma local.</p> <p>Sistema de capacitación de mejora continua permanente</p>
	<p><b>Liderazgo y Gobernanza</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Basarse en la propuesta de Rectoría presentada por el Dr. Hugo Monroy</li> </ul>	IGSS, MINDEF, Privados, Municipalidades		Primordial apoyo político al más alto nivel para llevar adelante la estrategia de retomar la rectoría de la salud en el país
	<p><b>Financiamiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejoramiento de eficiencia en el uso de los recursos incorporando procesos de presupuesto por resultados para programas prioritarios de salud (reducción de desnutrición crónica, reducción de mortalidad materna, reducción de mortalidad neonatal)</li> <li>• Desarrollo de estrategia nacional de financiamiento de salud, para alcanzar de manera gradual la cobertura universal</li> </ul>	IGSS, MINDEF, Privados, Municipalidades		<p>Planificación y programación oportuna.</p> <p>Gestión al más alto nivel para una mayor asignación presupuestaria</p> <p>Gestión del Presupuesto por Resultados hacia cada unidad ejecutora</p>

	<p><b>Sistema de Información</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualización de manera inmediata un registro fiel y exacto de la población en edad reproductiva, materna, recién nacidos, menores de 2 años, preescolares, escolares inscritos hasta los 17 años.</li> <li>• Establecimiento de la línea de base de beneficiarios. La BD de salud será la base para el Padrón Único de Beneficiarios para la implementación de acciones de las otras instituciones relacionadas (MIDES, MAGA, Municipalidades y otras)</li> <li>• Finalización y actualización del ordenamiento de los servicios de salud y conteos de población, que permita tener un registro confiable de la población en edad reproductiva, materna, recién nacidos, menores de 2 años, preescolares, escolares inscritos hasta los 17 años.</li> <li>• Establecimiento de procesos periódicos y funcionales de análisis de situación y cumplimiento de coberturas programáticas, para el mejoramiento de la atención. Incorporación del Sistema de Vigilancia</li> <li>• Epidemiológica de Salud y Nutrición como base para revisión y definición de políticas sectoriales de salud y nutrición.</li> </ul>	SIGSA	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	Alineación de las instituciones para atender a la misma población
Individual	<p><b>Provisión de servicios de salud y nutrición en el marco de las Acciones de la Ventana de los Mil Días</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de estado nutricional</li> <li>• Suplementación con hierro y ácido fólico</li> <li>• Vacunación Antitetánica</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento de bacteriuria</li> <li>• Prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores (dengue, zica, chikungunya y malaria)</li> <li>• Adecuado manejo de enfermedades maternas</li> <li>• Consejería en diversidad de la dieta y cuidados del embarazo</li> </ul>	MSPAS e IGSS	Embarazadas	<p>Cada beneficiario recibe 5 o más acciones (a mayor integralidad mayor impacto en la reducción y prevención de la DCI.</p> <p>Pertinencia cultural para la entrega de servicios con calidad y calidez</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corticosteroides en parto prematuro</li> <li>• Atención profesional del parto</li> <li>• Ligadura oportuna del cordón umbilical</li> <li>• Lactancia materna y apego precoz</li> <li>• Madre canguro</li> <li>• Desarrollo infantil temprano</li> </ul>		Mujer en parto, puerperio y recién nacidos	<p>Cada beneficiario recibe 5 o más acciones (a mayor integralidad mayor impacto en la reducción y prevención de la DCI).</p> <p>Pertinencia cultural para la entrega de servicios con calidad y calidez</p>
	Lactancia materna exclusiva	MSPAS e IGSS	0 a 6 meses	
	Alimentación complementaria y lactancia materna continuada	MSPAS e IGSS	6 meses a 2 años	
	Distribución de un alimento complementario fortificado para niños y niñas	MSPAS	6 meses a 2 años	
	Vacunación de acuerdo a esquema	MSPAS e IGSS	0 a 6 años	
	Desparasitación	MSPAS e IGSS	1 a 5 años	
	Promoción y control de crecimiento	MSPAS e IGSS	0 a 5 años	
	Promoción del desarrollo de la primera infancia	MSPAS, IGSS, MIDES	Madres o cuidadoras de niños de 0 a 6a	

## 2. Disponibilidad y acceso a una alimentación saludable

Objetivo: Contribuir al Incremento en cantidad y calidad de alimentos en la dieta de las familias rurales mediante el apoyo a los medios de subsistencia, la seguridad alimentaria, la calidad alimentaria y el empoderamiento de la mujer.

Nivel de Implementación	Intervenciones por componente	Actores Gubernamentales y Apoyo	Población Objetivo	Desafíos
Individual	<p><b>Mujeres rurales: Programa "Sembrando para mi Salud"</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación y transferencia de tecnología en:</li> <li>• Producción de hortalizas en patio</li> <li>• Producción de frutales anuales en patio</li> <li>• Producción artesanal de semillas de granos básicos, hortalizas y frutas anuales</li> <li>• Elaboración de biosidas orgánicos</li> <li>• Producción de especies pecuarias menores en patio</li> <li>• Producción apícola</li> <li>• Producción hidropónica de huertos</li> <li>• Procesamiento y conservación de frutas y hortalizas</li> <li>• Producción confinada de aves</li> <li>• Agroindustria Artesanal</li> <li>• Producción Artesanal de Semillas</li> <li>• Cosecha de agua</li> <li>• Construcción, uso y manejo de micro riegos</li> <li>• Organización productiva para la comercialización</li> <li>• Gerencia de la organización</li> <li>• Almacenamiento y acondicionamiento de</li> <li>• productos agropecuarios</li> <li>• Entrega de insumos, materiales para</li> <li>• capitalizar los sistemas productivos</li> <li>• Capacitación para fomentar el</li> <li>• emprendimiento en base a productos agropecuarios</li> <li>• Crédito y/o financiamiento para emprendimientos agropecuarios</li> <li>• Huertos de prueba (escuelas, puestos, centros de salud, terrenos municipales)</li> <li>• Huertos de transferencia (escuelas, puestos, centros de salud, terrenos municipales)</li> <li>• Parcelas de producción de semilla</li> </ul>	<p>Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación                      Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales                      Ministerio de Economía, Ministerio de Educación</p> <p>FAO                      UE                      FIDA                      PMA                      AECID                      AACID                      AMEXID                      ASDI                      IICA                      CATIE                      Alianza por la Nutrición</p>	<p>Productoras y productores familiares subsistentes y excedentarios de comunidades clasificadas de alta vulnerabilidad para la inseguridad alimentaria</p>	<p>Capacidad institucional del MAGA, especialmente de la Dirección de Producción Comunitaria de Alimentos del VISSAN y la Dirección de Coordinación Regional y Extensión Rural</p> <p>Se cuenta con un estudio específico de cuellos de botella para la implementación del PAFFEC con recomendaciones para fortalecer las capacidades institucionales. Los principales hallazgos son los siguientes:</p> <p>Se ha intentado ejecutar el PAFFEC dentro del MAGA sin incrementar el techo presupuestario institucional</p> <p>La estructura operativa del PAFFEC dentro del MAGA no está claramente definida</p> <p>El diseño del abordaje de intervenciones no permite coincidencia de beneficiarios con los otros ejes</p> <p>No se cuenta con un sistema de indicadores relativos a la seguridad alimentaria y nutricional</p> <p>Las capacidades institucionales no permiten contar con recursos estables y constantes en el territorio (extensionistas, insumos)</p> <p>Débil mecanismo de focalización</p> <p>Los protocolos y los costos de las intervenciones no están definidos</p>

Familiar	<p><b>Producción familiar sostenible de alimentos en finca (parcela)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción de sistemas alimentarios sostenibles que aprovechen los conocimientos, las actitudes y las prácticas locales</li> <li>• Incorporación de la promoción de la nutrición en la producción de finca</li> <li>• (granos básicos, sistema milpa, producción pecuaria)</li> <li>• Mejoramiento de ingresos de las familias rurales ampliando el acceso a mercados</li> <li>• Mantenimiento o mejoramiento de la base de recursos naturales</li> </ul>	<p>MAGA Dirección de Producción Comunitaria de Alimentos Dirección de Coordinación Regional y Extensión Rural</p> <p>MINECO Unidad de Fortalecimiento para el Emprendimiento</p>	Productoras y productores familiares subsistentes y excedentarios de comunidades clasificadas de alta vulnerabilidad para la inseguridad alimentaria	Fortalecer la capacidad institucional del MAGA, especialmente de la Dirección de Producción Comunitaria de Alimentos del VISSAN y la Dirección de Coordinación Regional y Extensión Rural. Se cuenta con un estudio específico de cuellos de botella para la implementación del PAFFEC con recomendaciones para fortalecer las capacidades institucionales. Los principales hallazgos son los siguientes: Se ha intentado ejecutar el PAFFEC dentro del MAGA sin incrementar el techo presupuestario institucional. La estructura operativa del PAFFEC dentro del MAGA no está claramente definida. El diseño del abordaje de intervenciones no permite coincidencia de beneficiarios con los otros ejes. No se cuenta con un sistema de indicadores relativos a la seguridad alimentaria y nutricional. Las capacidades institucionales no permiten contar con recursos estables y constantes en el territorio (extensionistas, insumos). Débil mecanismo de focalización. Los protocolos y los costos de las intervenciones no están definidos.
institucional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contratación oportuna de extensionistas</li> <li>• Compra de insumos para entrega en el territorio</li> <li>• Fortalecimiento de sistemas de información, planificación, seguimiento y evaluación - SIPSE</li> <li>• Mejoramiento del diseño de abordaje de las intervenciones</li> <li>• Fortalecimiento de la Dirección de Producción Comunitaria de Alimentos y el Sistema Nacional de Extensión Rural.</li> <li>• Mejoramiento de sistemas de información para el monitoreo de vulnerabilidad a la Inseguridad Alimentaria.</li> <li>• Priorización de intervenciones que generen capacidades a los agricultores para ser proveedores del Programa de Alimentación Escolar - PAE.</li> </ul>			

### 3. Protección Social

Objetivo: Contribuir a mejorar el acceso de la población guatemalteca a oportunidades económicas y sociales para mejorar su capital humano y prevenir la malnutrición en todas sus expresiones.

Nivel de Implementación	Intervenciones por componente	Actores Gubernamentales y Apoyo	Población Objetivo	Desafíos
Individual	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollo de Programa de Transferencias Monetarias Condicionadas (PTMC)</li> </ul>	Gubernamentales MINEDUC MSPAS MIDES	Familias con niños preescolares de 0-5 años Familias con niños en edad escolar	<p>Entre los desafíos que es necesario asumir y superar para la adecuada puesta en marcha de intervenciones en el componente de protección social, se identifican:</p> <p>Fortalecimiento institucional del MIDES para que pueda atender a su misión con recursos técnicos y financieros suficientes. Este proceso incluye la alineación del proceso de planificación y presupuesto para alcanzar la cobertura efectiva de los programas previstos.</p> <p>Fortalecimiento de los procedimientos para la verificación del cumplimiento de las corresponsabilidades por parte de la población que recibe transferencias. Esto implica fortalecer la coordinación con las entidades de salud y educación para el intercambio de información.</p> <p>Fortalecimiento de la oferta del sistema de salud y educación, en términos de calidad y cobertura, de forma tal que la misma pueda responder a la demanda de la población para el cumplimiento de corresponsabilidades.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Provisión de servicios de salud, alimentación y nutrición para escolares, adolescentes y jóvenes, incluyendo el mejoramiento del programa de alimentación escolar, la vigilancia y evaluación del estado nutricional, la desparasitación, la promoción de actividades físicas, la prevención de embarazos no deseados, y la suplementación con hierro y ácido fólico, entre otras acciones.</li> </ul>	Gubernamentales MINEDUC MSPAS	Escolares, adolescentes y jóvenes	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Provisión de servicios de estimulación oportuna en educación inicial y preprimaria en modalidades escolares y extraescolares.</li> </ul>	Gubernamentales MINEDUC	Niños y niñas preescolares y escolares de preprimaria	
Familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apoyo a madres que reciben TMC a través del monitoreo por madres guías a nivel del hogar.</li> </ul>	Gubernamentales MINEDUC MSPAS MIDES	Madres que reciben TMC	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención a hogares para el monitoreo del desarrollo del niño</li> </ul>	Gubernamentales MINEDUC	Hogares	
Institucional	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecimiento de la interacción del programa TMC con servicios de salud y educación en los territorios priorizados.</li> </ul>	Gubernamentales MINEDUC MSPAS MIDES	Personal institucional	



## 4. Agua, Saneamiento e Higiene

Objetivo: Contribuir a garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua, el saneamiento e higiene para todos, a nivel individual, familiar y comunitario.

Nivel de Implementación	Intervenciones por componente	Actores Gubernamentales y Apoyo	Población Objetivo	Desafíos
Comunitario	<p><b>Dotación y aseguramiento de los servicios WASH.</b></p> <p><b>1. En zonas urbanas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de plan para dotar todos los servicios necesarios</li> <li>• Readequación de los procesos de validación y financiamiento de proyectos</li> <li>• Aseguramiento de la sostenibilidad de los servicios (reglamentación, especificaciones técnicas)</li> <li>• Campaña de potabilización redes comunitarias</li> </ul> <p><b>2. En zonas rurales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saneamiento rural y periurbano (institucionalización experiencias exitosas)</li> <li>• Gestión segura de agua a nivel domiciliar</li> <li>• Dotar de servicios a las escuelas y centros de salud (ley de alimentación escolar y reglamento)</li> <li>• Protección de fuentes de agua</li> </ul>	<p><b>Gubernamentales</b> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Instituto de Fomento Municipal Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales Ministerio de Desarrollo Social Ministerio de Finanzas Públicas Municipalidades</p> <p><b>De apoyo</b> Cooperación Sector privado Organizaciones nacionales del sector Asociación de alcaldes y Autoridades Indígenas</p>	Población con acceso limitado o sin acceso a servicios (55% en agua, 95% en saneamiento centralizado, sobre población total (JMP 2017))	Se dispondrá un plan global. Se solucionan los “cuello de botella” en los procesos de validación y financiamiento de proyectos. Las capacidades técnicas Municipales son fortalecidas. Aumenta la inversión nacional en el sector WASH
		<p><b>Gubernamentales</b> MSPAS INFOM Municipalidades</p> <p><b>De apoyo</b> Cooperación/Agencias Sector Privado Organizaciones nacionales del sector</p>	Población rural sin acceso a servicios	Armonización de las metodologías en saneamiento y potabilización. Reducción de las intervenciones de subsidio.
Individual y familiar	<p><b>Mejoramiento de las prácticas de higiene</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incremento de prácticas de lavado de manos</li> <li>• Mejoramiento de condiciones habitabilidad (estufas ahorradoras, suelos vivienda)</li> </ul>	<p><b>Gubernamentales</b> MSPAS INFOM Municipalidades</p> <p><b>De apoyo</b> Cooperación/Agencias Organizaciones nacionales del sector</p>	<p>Toda la población guatemalteca</p> <p>Población con deficientes condiciones de habitabilidad</p>	Implementación de campañas intensivas. Reconocimiento de la necesidad de adecuación de productos y mercado (estufas).

<p>Nacional, departamental y municipal</p>	<p><b>Marco gubernamental (legislación, regulación, financiamiento y fortalecimiento de capacidades)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Creación de ente de coordinación para gestionar la Cruzada en el sector agua y saneamiento</li> <li>• Creación del ente regulador</li> <li>• Establecimiento de estructura, funciones y atribuciones del ente rector (MSPAS).</li> <li>• Legalización de OMAS (Oficinas Municipales de Agua y Saneamiento)</li> <li>• Aprobación de ley de agua potable y saneamiento (servicios) y su Reglamento</li> <li>• Simplificación de los procesos de aprobación de proyectos de agua por medio de SEGEPLAN</li> <li>• Aumento de la asignación presupuestaria al sector y ejecución eficiente y oportuna.</li> </ul>	<p><b>Gubernamentales</b> MSPAS MIDES INFOM ANAM MARN MINFIN SESAN</p> <p><b>De apoyo</b> Cooperación Academia Organizaciones nacionales del sector (ex. RASGUA, AGISA)</p>	<p>Toda la población Guatemala</p>	<p>MSPAS asume todas las funciones mandatarías como ente rector. Las iniciativas de ley son priorizadas. Las capacidades técnicas de los recursos humanos de las municipalidades son fortalecidas. Inversión nacional en el sector no es limitante.</p>
	<p><b>Monitorear la calidad de los servicios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejoramiento y fortalecimiento del sistema de vigilancia de calidad del agua (bacteriológica, fisicoquímica).</li> <li>• Sistema SIVIAGUA del MSPAS.</li> <li>• Implementación del instrumento de planificación financiera.</li> <li>• Sistematización del monitoreo de aguas residuales.</li> </ul>	<p><b>Gubernamentales</b> MSPAS ANAM MARN</p> <p><b>De apoyo</b> Cooperación/ Agencia Organizaciones nacionales del sector</p>		<p>Necesidad de adecuar sistemas de monitoreo a Objetivos de Desarrollo Necesidad de aumentar capacidades de MSPAS Recursos humanos y técnicos para calidad de agua escasos</p>

## 5. Comunicación para el cambio social y de comportamiento

Objetivo: Crear espacios de diálogo para la toma de decisiones desde el entorno que favorezca la comprensión del problema de malnutrición, la discusión y el análisis para la búsqueda de soluciones en todos los niveles y con los diferentes actores.

Nivel de Implementación	Intervenciones por componente	Población Objetivo	Actores Gubernamentales y Apoyo	Desafíos
Individual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejería Individual</li> <li>• Sesiones grupales de consejería (por grupos de embarazadas, madres, padres, etc.)</li> <li>• Asistencia de información vía telefonía móvil</li> </ul>	Madres, padres o responsables de niñas y niños menores de 6 años, mujeres embarazadas, en período de lactancia y adolescentes (13-18 años).	<p>Debe existir una organización local departamental, municipal y comunitaria con representación de los actores gubernamentales en el nivel local para hacer posible la multisectorialidad.</p> <p>Si el Rector es Ministerio de Salud, se sugiere que sea bajo la directriz de PROEDUSA: Brinda lineamientos y dirige formación/capacitación de actores gubernamentales en los distintos niveles. Capacita, forma educadores y consejeras y consejeros comunitarios</p>	<p>Desarrollar una estrategia nacional de comunicación para el cambio de comportamiento, que convoque a los distintos actores.</p> <p>Designar un rector que tenga el mandato y la capacidad de la convocatoria multisectorial y pueda coordinar la gobernanza local.</p> <p>Brindar herramientas a los actores locales para mejorar sus competencias para la comunicación.</p>
Familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sesiones educativas participativas y demostrativas, grupos de apoyo comunitarios y Consejería familiar</li> </ul>	Población rural sin acceso a servicios	<p>Todos los Ministerios participan según las temáticas y experiencia. Por ejemplo: MAGA: Alimentos nutritivos y variedad de la dieta; selección de alimentos saludables, etc.</p> <p>Otros Ministerios que participarían según temática podrían ser MIDES: formación de madres guía, MINEDUC: capacitación de organizaciones de padres de familia</p>	<p>Asignar presupuesto específico en cada Ministerio o actor gubernamental para implementar la estrategia nacional.</p> <p>Desarrollar instrumentos de registro en los distintos niveles para registrar los avances en el cambio de conocimientos y prácticas relacionadas a la prevención de la desnutrición.</p>
Comunitario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espacios de diálogo y sesiones educativas, grupos de apoyo comunitarios</li> <li>• Medios masivos y comunitarios Juegos educativos grupales Herramientas para el autodiagnóstico y para la discusión de los propios problemas identificados en el ámbito de la comunidad</li> </ul>	Por líderes y lideresas comunitarias, organizaciones locales y personas de confianza de la comunidad	<p>Bajo la rectoría del MSPAS, otros actores podrán apoyar: ONG con presencia local Agencias de UN y cooperantes internacionales Iglesias Empresas Privadas Sociedad civil / voluntarios</p>	

<p>Institucional</p>	<p>Capacitaciones con herramientas de comunicación y medios masivos                  Elaboración de planes de comunicación municipal (que incluyan indicadores de comunicación y que se integren a sus presupuestos)                  Capacitación de capacitadores para la formación de consejeras y consejeros comunitarios y grupos de apoyo.                  Movilización social para aumentar la demanda de los servicios                  Rendición de cuentas a las poblaciones afectadas                  Monitoreo permanente sobre cambios de comportamiento</p>	<p>Actores locales de los distintos Ministerios relacionados a la SAN (MSPAS, MAGA, MIDES, etc.) y especialmente la Municipalidad                  Empresas                  Iglesias                  Organizaciones de Sociedad Civil</p>		
<p>Nacional</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Madres, padres o responsables de niñas y niños menores de 6 años, mujeres embarazadas, en período de lactancia y adolescentes (13-18 años).Consejería Individual</li> <li>• Sesiones grupales de consejería (por grupos de embarazadas, madres, padres, etc.)</li> <li>• Asistencia de información vía telefonía móvil</li> </ul>	<p>Tomadores de decisiones y opinión pública en general</p>		

## C. Acciones integradas y plazos

Después del lanzamiento de la Cruzada Nacional por la Nutrición se pondrá en marcha un plan de acción que integrará acciones a ejecutar en los primeros 100 días posteriores a la toma de posesión, al año, a los dos y tres años, y finalmente a los cuatro años. Cada equipo responsable de formular los contenidos de las cinco líneas de acción elaboró una propuesta de acciones en los distintos plazos, las cuales se presentan a continuación.

## D11 Acciones integradas y plazos

### Acciones integradas de los Primeros 100 días

#### Salud y Nutrición

Lanzamiento de la APSA como estrategia para alcanzar la salud universal y la disminución de la desnutrición.  
 # Establecimientos de salud equipados en áreas priorizadas.  
 % abastecimiento de medicamentos e insumos en 1er y 2do nivel de atención en municipios priorizados.  
 Movilización social para unir aliados locales para las redes integrales de salud.  
 Convenios con Universidad y Donantes para fortalecer RRHH  
 # de población objetivo y establecimiento de metas de cobertura para servicios de la V1000D

#### Agua segura y saneamiento

Establecer la mesa técnica de coordinación para el sector ASH  
 Lanzamiento de la estrategia nacional en pro del saneamiento básico y fin de la defecación al aire libre  
 Propuesta de modificación del reglamento municipal presentada a la dirección legislativa del congreso  
 Propuesta para la mejora del proceso de validación de proyectos

#### Protección Social

Alineados POA/Presupuesto 2020  
 Preparado marco lógico para formulación presupuestaria 2021  
 Conformado grupo inter-institucional Escuelas Saludables  
 Acuerdo MINEDUC / MSPAS  
 Socializadas propuesta programa estimulación oportuna  
 Diseñado modelo evaluación PTMC

#### Cambio de Comportamiento

Ente rector definido.  
 Acuerdo Interministerial firmado.  
 Mesa Técnica Intersectorial conformada  
 Plan de fortalecimiento institucional.

#### Disponibilidad y acceso

Definición de alianza entre el MAGA y el MINECO para promover emprendimientos.  
 Reprogramado el presupuesto para viabilizar la prestación de los productos (intervenciones) diseñadas para el componente de la Cruzada  
 Diseñados los productos (intervenciones) del programa 11-Apoyo a la agricultura familiar adaptados al diseño de la Cruzada-  
 Fortalecida la Dirección de Producción Comunitaria de Alimentos del VISAN  
 Fortalecido el Sistema de Información, Planificación, Seguimiento y Evaluación, SIPSE del MAGA, registro de beneficiarios (agricultores familiares con base en CUI y levantamiento de línea base.  
 Funcionando el 100% de Agencias Municipales de Extensión Rural (AMER) del territorio priorizado por la Cruzada. (Extensionistas contratados y capacitados e insumos disponibles)

# Acciones integradas 1 año

## Salud y Nutrición

Implementación de sistemas locales de mejoramiento de la calidad  
Cierre de Brechas en infraestructura y equipamiento de los servicios de salud.  
Contratación de recurso humano permanente para el 1er y 2do nivel de atención.  
Fortalecimiento del sistema de supervisión y asistencia técnica a los servicios de salud.

## Agua segura y saneamiento

Definición del plan de reforma del sector ASH consensuado  
Lanzamiento de un plan de potabilización a nivel comunitario  
Construcción de modelos piloto de instalaciones de agua y saneamiento en servicios de salud  
Propuesta para la modificación al reglamento interno del MSPAS para la creación de la dirección de agua y saneamiento

## Protección Social

Recertificado padrón de beneficiarios en municipios priorizados  
Diseñado e implementado sistema de monitoreo de PTMC por madres guías  
Primera entrega de TMC en municipios priorizados por Cruzada Ejecutada Línea Base PTMC

## Cambio de Comportamiento

Sectores tienen personal fortalecido en habilidades de comunicación.  
Existen Planes Sectoriales de CSC  
Sectores tienen personal fortalecido en gobernanza local.  
Informe de resultados de la línea de base de municipios priorizados

## Disponibilidad y acceso

Participación de extensionistas en el desarrollo de planes a nivel comunitario, municipal y departamental.  
Conformación de grupos de promotoras y promotores.  
Instalación de unidades municipales de prueba y transferencia de tecnología. (patio, parcelas, huertos escolares)  
Capacitación a promotores y promotoras  
Conformación de grupos de productoras y productores (familias infra-subsistentes, subsistentes y excedentarios)  
Instalación y visitas técnicas a unidades de prueba y transferencia tecnológica a nivel comunitario (patio y parcela y huertos escolares)

## Acciones integradas 2 y 3 años

### Salud y Nutrición

Construcción y equipamiento de nuevos puestos de salud  
 Implementación del programa de Telemedicina en Departamentos priorizados  
 Abastecimiento sostenido de servicios con medicamentos e insumo  
 Programa de certificación de calidad de los servicios de salud  
 Desarrollo y Operación del Sistema de información para medición de Coberturas nominales alcanzadas en la V1000D

### Agua segura y saneamiento

La brecha de municipalidades priorizadas que no cuentan con direcciones de Agua y Saneamiento Municipales se reduce en un 35%  
 Las comunidades del 100% de los municipios priorizados están dotadas de un sistema de potabilización  
 El 50% de servicios de salud con soluciones para proveer agua potable  
 La totalidad de servicios de agua son sometidas a labores de vigilancia de calidad de agua (bacteriológica y fisicoquímica)

### Protección Social

Ampliada cobertura de PTMC  
 Fortalecido diseño y seguimiento de corresponsabilidades  
 Probados programas piloto Escuelas Saludables y Estimulación Oportuna  
 Preparados planes de ampliación de programas piloto

### Cambio de Comportamiento

Comunidades priorizadas realizan acciones de CSC.  
 Sistema de Monitoreo de CSC para todos los niveles implementado.  
 Consejos comunitarios de SAN en comunidades priorizadas conformadas.

### Disponibilidad y acceso

Asistencia Técnica y entrega de insumos a productores y productoras de infra subsistencia y subsistencia de grupos organizados.  
 Promoción de emprendimientos.  
 Desarrollo de planes de negocio y apoyo para la gestión de financiamiento de grupos formalizados.(proveedores de la Ley de Alimentación Escolar)  
 Ampliación de cobertura a otras comunidades

## Acciones integradas 4 años

### Salud y Nutrición

Construcción y equipamiento de puestos de salud  
Programa de Telemedicina institucionalizado  
Sistema logístico de abastecimiento operando e institucionalizado  
Programa de certificación de RRHH institucionalizado  
Coberturas nominales alcanzadas en la V1000D (Evaluación final y presentación de indicadores)

### Agua segura y saneamiento

Aumento de servicios de agua segura a nivel domiciliario (reducción de brecha en un 40%)  
La defecación al aire libre es reducida en un 50% y el acceso a saneamiento básico es incrementado en un 40%  
El 100% de servicios de salud con soluciones para proveer agua potable  
Marco institucional adecuado con oficialización de oficinas municipales de Agua, creación dirección de agua y saneamiento y mejora de procesos de proyectos

### Protección Social

Ampliada cobertura de PTMC  
Monitoreado avance de corresponsabilidades  
En desarrollo sistema de monitoreo de PTMC por madres guías  
Línea final de PTMC  
Ejecutados planes de ampliación de programas piloto Escuelas Saludables y Estimulación Oportuna

### Cambio de Comportamiento

Sistema de monitoreo para CSC consolidado.  
Estrategia de CSC consolidada e institucionalizada

### Disponibilidad y acceso

Evaluación final para:  
% Mejora continua de prácticas agrícolas aplicadas por productores atendidos por MAGA  
Diversificación productiva y alimentaria (%)  
Consumo de proteína animal (%)  
Respuesta institucional para atender emergencias  
Mejoras en los volúmenes de almacenamiento de maíz y frijol de los productores (% incremento)  
Comercialización excedentaria de productores beneficiarios de MAGA (% incremento)



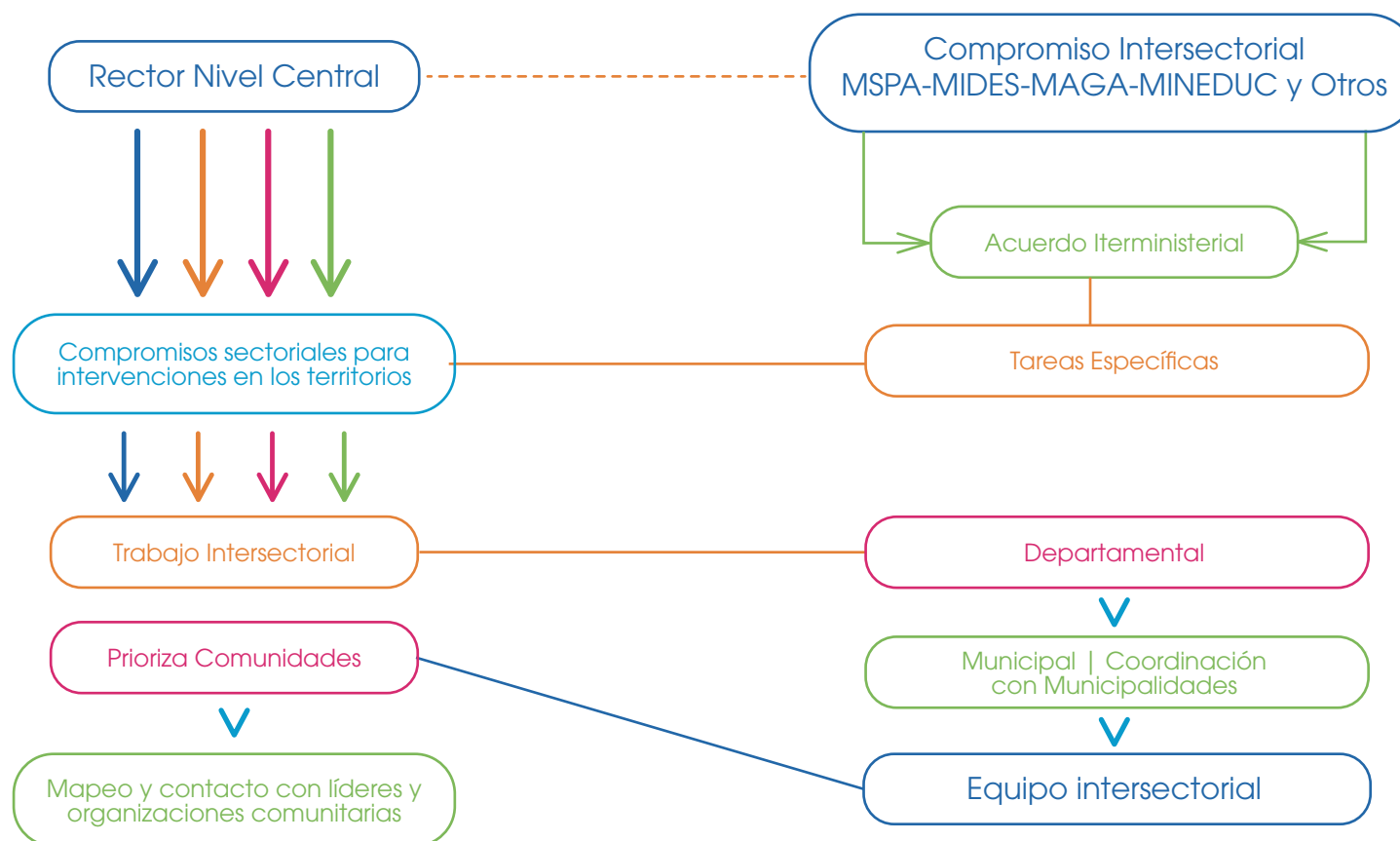
## VIII. Ejes Transversales

### A. Gobernanza

La Cruzada Nacional por la Nutrición promueve y propicia el involucramiento de actores y sectores de Gobierno, sociedad civil, cooperación nacional e internacional, empresa privada, religioso, Ong's, entre otros, como corresponsables en la implementación de las acciones y estrategias para promover la nutrición de los y las

guatemaltecas, y para ello se propone la coordinación interinstitucional, tanto a nivel nacional, como departamental, municipal y comunitaria en el marco de las Leyes de participación y organización existentes.

## D12 Esquema básico de gobernanza de la Cruzada Nacional por la Nutrición 2020-2024



Fuente. Elaboración propia, adaptado de UNICEF. 2019.

La Gobernanza se refiere a la articulación de conocimientos y experiencias en la planificación, realización y evaluación de acciones, con el objetivo de alcanzar resultados integrados, en situaciones complejas como la desnutrición crónica infantil, buscando un efecto sinérgico entre los diferentes sectores en cada uno de los niveles de

gobierno y a su vez entre cada uno de los niveles de gobierno: nacional, regional y local, para el logro de una mayor equidad en salud.

Para la implementación de la Cruzada Nacional por la Nutrición se cumplirá con la siguiente ruta:

## D13 Ruta para la Cruzada por la Nutrición

Para la implementación de la Cruzada por la Nutrición se cumplirá con la siguiente ruta:

- 1.** Acuerdo político interministerial para la articulación del trabajo intersectorial
- 2.** Identificación e involucramiento de líderes de los diferentes sectores corresponsables en la implementación de las acciones y estrategias de la Cruzada Nacional por la Nutrición
- 3.** Definición de compromisos sectoriales y diseño de modelo de coordinación a nivel central
- 4.** Socialización de la Cruzada Nacional por la Nutrición a nivel nacional y conformación de equipos intersectoriales departamentales y municipales
- 5.** Fortalecimiento de capacidades del personal institucional departamental y municipal para el Desarrollo del plan local de implementación

**6.** Priorización y caracterización de comunidades por el nivel municipal

**7.** Identificación y socialización de la cruzada con líderes comunitarios, familias influyentes y conformación de equipos

**8.** Asamblea comunitaria, sensibilización, reflexión e involucramiento en la Cruzada para definición de prioridades, acciones y elaboración de plan de acción a nivel comunitario

**9.** Implementación de acciones de la Cruzada Nacional por la Nutrición

**10.** Monitoreo y evaluación de acciones en forma constante y periódica de la Cruzada, a través de indicadores preestablecidos

Es necesaria la articulación con los sectores involucrados, la cooperación internacional y la sociedad civil en los diferentes niveles de gobierno que participan en el desarrollo de la Cruzada Nacional por la Nutrición, especialmente con:

○ **Ministerio de Desarrollo Social -MIDES-**

Articular las intervenciones de protección social que priorice el Gobierno.

○ **Ministerio de Economía y Finanzas -MINFIN-**

Articular las intervenciones para la asignación de recursos requeridos en el marco del presupuesto aprobado.

○ **Registro Nacional de las Personas -RENAP-**

Articular para el registro de identidad de los niños (CUI) para que accedan a las diferentes intervenciones del MSPAS, MIDES y MAGA.

○ **Ministerio de Comunicaciones, Infraestructura y Vivienda**

Articular la implementación de políticas de mejoramiento de la vivienda (piso, entre otras)

○ **Ministerio de Educación -MINEDUC-**

Articular con los programas de primera infancia.  
Articular el desarrollo de ejes temáticos de alimentación y nutrición, higiene, salud sexual y reproductiva y convivencia saludable, en el marco del programa “Alimentación Escolar”.

○ **Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación -MAGA-**

Articular con la estrategia de seguridad alimentaria (PAFFEC, VISAN).

○ **Universidad de San Carlos de Guatemala y universidades del país**

Establecer convenios de colaboración docente-asistencial que permitan contar con recursos humanos en prácticas del ejercicio profesional de grado y postgrado; las investigaciones para evaluar impacto de las capacitaciones en los recursos humanos, así como la innovación de metodología de enseñanza aprendizaje en el personal de salud y la población, entre otras.

○ **Cooperación internacional**

Articular el apoyo técnico y financiero para el desarrollo de las intervenciones, en su diseño, ejecución, seguimiento y evaluación.

○ **Gobiernos departamentales y municipales**

Articular y concertar la ejecución de las acciones a través del Gobierno departamental, Direcciones de Área de Salud y Distritos Municipales de Salud, sectores involucrados, hasta los establecimientos de salud.

○ **Gobiernos locales**

Articular y promover el compromiso y liderazgo de sus autoridades para el desarrollo de acciones en el marco de la gestión local territorial.

○ **Iniciativa privada**

Participar en alianzas público-privadas para mejorar acceso, cobertura y calidad de las intervenciones en salud.

○ **Sociedad civil organizada**

Contribuye a constituir sistemas de salud equitativos por su enfoque centrado en las personas y en la población, propician su participación y movilización y en particular la de los grupos sociales en desventaja; contribuyen además a desarrollar la acción intersectorial en salud y a reducir tanto las inequidades en salud como la atención en salud.

El Gobierno Nacional, y los gobiernos departamentales, municipales y locales, son responsables, en el marco de sus competencias y de las normas legales vigentes, de la implementación, ejecución y cumplimiento de los objetivos de la presente Cruzada Nacional por la Nutrición, en sus respectivos ámbitos; para ello ejecutarán sus acciones en coordinación con la autoridad sanitaria nacional (MSPAS) o la Autoridad Sanitaria Regional o Distrital (DAS, DMS) según corresponda.

## B. Monitoreo y evaluación

Los esfuerzos de monitoreo y evaluación de la Cruzada Nacional por la Nutrición serán coordinados por la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN), conforme lo estipulado en la <sup>3</sup>Ley del SINASAN ; mediante este proceso será posible conocer y medir los cambios en la situación nutricional de grupos vulnerables y monitorear los avances y resultados a corto y mediano plazo que son requisito para alcanzar, en el largo plazo, la reducción de la malnutrición, particularmente la desnutrición crónica. Para ello se han identificado y seleccionado los principales indicadores de proceso, resultados e impacto, cuya medición, compilación, análisis y diseminación permitirán hacer ajustes y mejoras a las intervenciones propuestas para alcanzar los objetivos de la Cruzada Nacional. En el Anexo 2 se incluye un listado, no exhaustivo, de los indicadores de impacto sugeridos en la sección correspondiente, y los de resultados y proceso correspondientes a cada una de las líneas de acción, así como las metas a alcanzar hacia el final del período.

Como condición necesaria para el monitoreo se prevé el fortalecimiento de los sistemas sectoriales de información de las instituciones ejecutoras, a través de procesos técnicos para mejorar la obtención del dato, el análisis permanente por parte de diversos usuarios, el intercambio y la integración de información para fortalecer la toma de decisiones con base en evidencia. Por medio del monitoreo regular se medirán, recopilarán y analizarán datos sobre la situación real de los grupos que son objeto de cada una de las intervenciones de la Cruzada. Será necesario, con estos grupos, verificar que todos los servicios planificados están llegando en cantidad y calidad y que también se alcanzan oportunamente las metas de cobertura de las intervenciones contempladas

Una acción de carácter urgente para garantizar el acceso a los programas contenidos en la Cruzada Nacional por la Nutrición es la obligatoriedad del registro de nacimiento para todas las niñas y niños, de forma tal que la prestación de servicios públicos pueda consignar el Código Único de Identificación (CUI) en cada ministerio de línea involucrado. Para el caso, la participación del Registro Nacional de las Personas (RENAP) es requerida para definir una estrategia que aborde el subregistro y fortalezca los

procedimientos para evitar un gasto privado que pueda resultar demasiado alto para los hogares beneficiarios. Esta actividad asegura, por una parte, cumplir con el derecho a la identificación de la que es acreedora la infancia; y por la otra, facilitará el fortalecimiento del Sistema Nacional de Información Social (SNIS) a cargo del MIDES, cuyo principal aporte será contribuir a monitorear el estado nutricional de los niños y niñas de forma individual y asegurar el acceso a los servicios públicos básicos que garantizarán su desarrollo infantil temprano, de conformidad con los protocolos técnicos establecidos para cada caso. Este monitoreo facilitará la priorización de acciones a nivel territorial y la provisión con pertinencia cultural y consideraciones de discapacidad y otros factores de vulnerabilidad en la primera infancia.

Se prevé una planificación operativa temprana de todas las actividades de la Cruzada Nacional, la cual facilitará el diseño oportuno del modelo de evaluación con dos momentos claros: la evaluación de línea de base, o evaluación inicial, y la evaluación final, que son momentos concretos en los que se medirán los mismos indicadores de resultados y de impacto. La planificación integral permitirá diseñar con antelación el modelo evaluativo, incluyendo la determinación de los grupos o territorios control. El período que deberá transcurrir entre la línea basal y la final dependerá de la duración de las principales actividades de la Cruzada Nacional y de los recursos disponibles para el ejercicio de evaluación.

Respecto de las fuentes de los datos para monitoreo y evaluación, es importante resaltar que Guatemala tiene, desde 1987, un sistema nacional de encuestas periódicas de demografía y salud<sup>4</sup> que facilitan el seguimiento de cambios en indicadores demográficos, de salud y malnutrición de la madre y el niño. También se cuenta

---

<sup>3</sup> Artículo 22. Atribuciones, Capítulo IV. De la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia de la República. El monitoreo y evaluación de la Cruzada Nacional serán asumidos por un equipo específico dentro de la Secretaría y se analizará la factibilidad de crear un subsistema o componente de su Sistema de Información Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SIINSAN) para el efecto.

<sup>4</sup> Encuestas Nacionales de Salud Materno Infantil o ENSMI que se realizan con periodicidad variable (entre cinco y siete años).

con un modelo de vigilancia anual de salud y nutrición que, bajo el liderazgo de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC por sus siglas en inglés) y el apoyo técnico y financiero de la oficina nacional de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID por sus siglas en inglés), ha sido montado por el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP).

## C. Financiamiento

Las instituciones responsables y garantes de cada una de las acciones e intervenciones, bajo el liderazgo de la Presidencia de la República y la Rectoría del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, harán las gestiones correspondientes para garantizar el financiamiento de estas, lo que implica la revisión de fuentes de financiamiento tributarias o no, incluyendo las gestiones ante los diferentes sectores de la sociedad y de la cooperación internacional.

Estas acciones implican una formulación presupuestaria conjunta que, de conformidad con la metodología de Gestión por Resultados, facilite la formulación de un marco lógico para la determinación de productos y creación de estructuras programáticas que garantice la asignación de fondos de acuerdo con las intervenciones previstas y genere los reportes para el monitoreo periódico del uso de recursos financieros y avance de metas físicas por región geográfica.

Para la determinación del presupuesto se implementará un ejercicio de estimación financiera, en el que participarán las Direcciones de planificación y financieras de los ministerios de línea involucrados, con la asesoría del Ministerio de Finanzas y Segeplan, de forma tal que, se puedan integrar a los Planes Operativos Anuales que serán implementados a partir de 2021. Durante 2020, se propone adecuar los recursos disponibles para iniciar con las acciones previstas. Otro espacio fiscal para revisión son los recursos asignados a los Consejos de Desarrollo, en materia de agilizar procesos administrativos y de inversión pública que faciliten el aprovechamiento de los recursos, particularmente en agua y saneamiento.





De conformidad con cifras de CEPAL (32: Panorama Social 2019, CEPAL), el gasto público social de Guatemala durante 2017 fue de 6.9% del PIB. El promedio de los países centroamericanos se ubica en 9.6%, con porcentajes que oscilan entre 8.5% para el caso de Honduras y 12.5% para el caso de Costa Rica. Dadas las restricciones técnicas que enfrenta el manejo de la política fiscal, y considerando que se requiere una estimación financiera para determinar con mayor precisión el nivel de inversión que requerirá la Cruzada Nacional por la Nutrición, se considera prudente recomendar que, para una implementación ordenada, el gasto público social pueda incrementarse, en al menos, 2.7% del PIB, para totalizar alrededor de 9.6% hacia 2023.

Esto implica la elaboración de una estrategia financiera que permita el análisis de rigidices para buscar espacios fiscales en las fuentes existentes y consideraciones tributarias, de forma tal que se tenga una disponibilidad de recursos que garantice la sostenibilidad de las acciones emprendidas en el marco del ejercicio de presupuesto multianual que dirige el MINFIN en conjunto con SEGEPLAN. Se presentan en el Anexo 3 las estimaciones de gasto público social en 2017 realizadas por CEPAL y la propuesta de incremento.

## IX. Referencias bibliográficas



1. Giammattei, A. (2019). Plan Nacional de Innovación y Desarrollo -PLANID-, 2020-2024; Guatemala.
2. Giammattei, A.; Monroy, H.; Muñoz, E. y Calderón, R. (2019). Gran Cruzada Nacional por la Nutrición.
3. MDG Achievement Fund (2013). Addressing Malnutrition Multisectorally. What have we learned from recent international experience?; United Nations, New York.
4. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto Nacional de Estadística (INE), ICF International, (2017). Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015. Informe Final. Guatemala, MSPAS/INE/ICF, enero 2017; Guatemala.
5. World Health Organization (WHO), (1995). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series No. 854; Geneva.
6. NCD Risk Factor Collaboration, (2016). A century of trends in adult human height; London.
7. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), USAID/MCSP, (2018). Análisis secundario de tres Encuestas de Salud Materno Infantil (ENSMI) para el período 2002-2015 en Guatemala; Guatemala.
8. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), (2019). Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Salud y Nutrición -SIVESNU- mayo 2017 - febrero 2018 - Módulo 3: nutrición y salud de la mujer; Guatemala.
9. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), (2016). Más allá del conflicto, luchas por el bienestar. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2015/2016. Guatemala.
10. Programa Mundial de Alimentos (PMA), (2016). El análisis "Cerrar la brecha de nutrientes"; presentación de resultados preliminares, noviembre de 2016. Guatemala.
11. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), (2019). Canasta Básica de Alimentos con Enfoque Nutricional (CBAN). Marzo 2019; Guatemala.
12. Organización Mundial de la Salud (OMS), (2003). Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado
13. Instituto Nacional de Estadística (INE), (2019). XII Censo Nacional de Población y VII de Vivienda. Principales Resultados Censo 2018. Septiembre 2019.
14. Organización Mundial de la Salud (OMS), (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud; New York.
15. SESAN. (2008). Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SINASAN) y Reglamento de la Ley del SINASAN
16. Naciones Unidas, (2018). Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Resolución A/RES/70/1 del 21 de octubre de 2015; New York.
17. World Health Assembly / World Health Organization, (2012). Global Nutrition Targets to 2025; Geneva.
18. Consejo Nacional de Desarrollo Urbano y Rural y Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (2014). Plan Nacional de Desarrollo K'atun: nuestra Guatemala 2032.



19. Asociación de Investigación y Estudios Sociales (ASIES), (2017). Revisión estratégica de la situación de seguridad alimentaria y nutricional en Guatemala con énfasis en la desnutrición crónica y sus determinantes. Resumen. Guatemala. Septiembre 2017.
20. Instituto Nacional de Estadística (2016). Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2014 (ENCOVI); Guatemala.
21. SESAN/PMA/UNICEF. (2018). Evaluación de seguridad alimentaria y nutricional 2018 -ESAN -; Guatemala
22. MINEDUC/SESAN/INE. (2015). Cuarto Censo Nacional de Talla en Escolares del Primer Grado de Educación Primaria del Sector Público de la República de Guatemala 2015; Guatemala
23. Bhutta, ZA, et al (2008). What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival; volume 371.
24. Ruel, M, and Alderman, H. (2013) Nutrition-sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition? The Lancet, Volume 382, Issue 9891, 536 - 551, June 2013.
25. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), (1995). Seguridad Alimentaria Nutricional en Hogares Rurales y Urbanos: Experiencias de la Región Centroamericana; Guatemala.
26. Grupo de Alto Nivel de Expertos en Seguridad Alimentaria y Nutrición (GANESAN), (2019). Informe #4; Roma.
27. CEPAL/UNICEF (2014): Protección social para la infancia en El Salvador, Guatemala y Honduras Avances y desafíos. Martínez F., Juliana. Santiago de Chile.
28. Asociación de Investigación y Estudios Sociales (ASIES), (2018). Estrategia de largo plazo para reducir a la mitad la desnutrición crónica de los niños y niñas menores de cinco años para el año 2030; Guatemala.
29. The Lancet, (2016). Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale.
30. World Health Organization (WHO). Health care associated infections. Fact Sheet. [http://www.who.int/gpsc/country\\_work/gpsc\\_ccisc\\_fact\\_sheet\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/gpsc/country_work/gpsc_ccisc_fact_sheet_en.pdf?ua=1)
31. Congreso Mundial sobre Comunicación para el Desarrollo, (2006). "El Consenso de Roma". Comunicación para el Desarrollo. Un Baluarte Fundamental para el Desarrollo y el Cambio. Roma, Italia. [http://www.onu.org.pe/upload/documentos/bm\\_consensoroma.pdf](http://www.onu.org.pe/upload/documentos/bm_consensoroma.pdf).
32. CEPAL. (2019). Panorama Social de América Latina y el Caribe 2019; Santiago de Chile.

# Anexos

## 1. Cruzada Nacional por la Nutrición 2020-2024 Departamentos y municipios priorizados

Departamentos	Municipios	Censo de talla 2015 % dc
ALTA VERAPAZ	1 SAN CRISTÓBAL VERAPAZ	60.7
ALTA VERAPAZ	2 TAMAHÚ	57.5
ALTA VERAPAZ	3 TACTIC	54.7
ALTA VERAPAZ	4 LANQUÍN	52.3
ALTA VERAPAZ	5 SENAHÚ	52.1
ALTA VERAPAZ	6 SAN JUAN CHAMELCO	51.9
ALTA VERAPAZ	7 SANTA CRUZ VERAPAZ	46.5
ALTA VERAPAZ	8 TUCURÚ	46.3
ALTA VERAPAZ	9 CAHABÓN	44.9
ALTA VERAPAZ	10 CHAHAL	43.6
ALTA VERAPAZ	11 PANZÓS	43.6
ALTA VERAPAZ	12 SANTA CATALINA LA TINTA	41.1
CHIQUIMULA	13 JOCOTÁN	67
CHIQUIMULA	14 OLOPA	65.7
CHIQUIMULA	15 CAMOTÁN	55.2
CHIQUIMULA	16 SAN JUAN ERMITA	47.6
CHIQUIMULA	17 CHIQUIMULA	42.9
HUEHUETENANGO	18 SAN MATEO IXTATÁN	78.5
HUEHUETENANGO	19 SAN JUAN ATITÁN	76.9
HUEHUETENANGO	20 SAN MIGUEL ACATÁN	76.2
HUEHUETENANGO	21 SAN RAFAEL INDEPENDENCIA	74
HUEHUETENANGO	22 COLOTENANGO	72.2
HUEHUETENANGO	23 SANTA EULALIA	71.5
HUEHUETENANGO	24 SANTA BÁRBARA	67.8
HUEHUETENANGO	25 SAN SEBASTIÁN HUEHUETENANGO	66.2
HUEHUETENANGO	26 SAN GASPAR IXCHIL	65.4
HUEHUETENANGO	27 BARILLAS	64.5
HUEHUETENANGO	28 SAN SEBASTIÁN COATÁN	64
HUEHUETENANGO	29 SAN JUAN IXCOY	63.3

HUEHUETENANGO	30 SANTIAGO CHIMALTENANGO	63.1
HUEHUETENANGO	31 NENTÓN	59.7
HUEHUETENANGO	32 CONCEPCIÓN HUISTA	59.4
HUEHUETENANGO	33 SAN IDELFONSO IXTAHUACÁN	59
HUEHUETENANGO	34 TODOS SANTOS CUCHUMATÁN	57.3
HUEHUETENANGO	35 SAN PEDRO NECTA	55.3
HUEHUETENANGO	36 TECTITÁN	50.1
HUEHUETENANGO	37 LA LIBERTAD	48.7
HUEHUETENANGO	38 SAN RAFAEL PÉTZAL	48.1
HUEHUETENANGO	39 AGUACATÁN	48
HUEHUETENANGO	40 SOLOMA	48
HUEHUETENANGO	41 CHIANTLA	47.9
HUEHUETENANGO	42 JACALTENANGO	47.4
HUEHUETENANGO	43 CUILCO	44.2
HUEHUETENANGO	44 SAN ANTONIO HUISTA	40.5
QUICHE	45 CHAJUL	72
QUICHE	46 PATZITÉ	69.7
QUICHE	47 SAN JUAN COTZAL	69.1
QUICHE	48 CUNÉN	66.3
QUICHE	49 CHICHICASTENANGO	62.4
QUICHE	50 NEBAJ	61.9
QUICHE	51 SAN PEDRO JOCOPILAS	61.9
QUICHE	52 CHICAMÁN	57.4
QUICHE	53 CHICHÉ	56.5
QUICHE	54 SAN ANTONIO ILOTENANGO	56.3
QUICHE	55 SACAPULAS	55.9
QUICHE	56 SAN BARTOLOMÉ JOCOTENANGO	55.9
QUICHE	57 USPANTÁN	55.9
QUICHE	58 SANTA CRUZ DEL QUICHÉ	52.1
QUICHE	59 JOYABAJ	49.4
QUICHE	60 ZACUALPA	47
QUICHE	61 CHINIQUE	46.2
QUICHE	62 PLAYA GRANDE-IXCÁN	40.3

SOLOLA	63	CONCEPCIÓN	63.6
SOLOLA	64	SANTA CATARINA IXTAHUACÁN	59.2
SOLOLA	65	NAHUALÁ	59
SOLOLA	66	SAN PABLO LA LAGUNA	56.4
SOLOLA	67	SOLOLÁ	53.9
SOLOLA	68	SANTA CRUZ LA LAGUNA	52.4
SOLOLA	69	SAN ANTONIO PALAPÓ	49.8
SOLOLA	70	SAN JUAN LA LAGUNA	49.8
SOLOLA	71	SAN JOSÉ CHACAYÁ	49.7
SOLOLA	72	SANTA CATARINA PALAPÓ	46.9
SOLOLA	73	SAN ANDRÉS SEMETABAJ	44.1
SOLOLA	74	SAN MARCOS LA LAGUNA	43.9
SOLOLA	75	SANTA CLARA LA LAGUNA	41.8
TOTONICAPAN	76	SANTA MARÍA CHIQUIMULA	72.7
TOTONICAPAN	77	SANTA LUCIA LA REFORMA	69.7
TOTONICAPAN	78	MOMOSTENANGO	64.5
TOTONICAPAN	79	SAN BARTOLO	56.7
TOTONICAPAN	80	SAN ANDRÉS XECUL	55.8
TOTONICAPAN	81	SAN FRANCISCO EL ALTO	52.6
TOTONICAPAN	82	TOTONICAPÁN	48.2
TOTONICAPAN	83	SAN CRISTÓBAL TONICAPÁN	45.4
CHIMALTENANGO	84	SANTA APOLONIA	68.7
CHIMALTENANGO	85	TECPÁN GUATEMALA	61
CHIMALTENANGO	86	PATZÚN	55.9
CHIMALTENANGO	87	SANTA CRUZ BALANYÁ	51.7
CHIMALTENANGO	88	COMALAPA	49.3
CHIMALTENANGO	89	SAN JOSÉ POAQUIL	47.6
CHIMALTENANGO	90	ACATENANGO	44.2
SAN MARCOS	91	CONCEPCIÓN TUTUAPA	72.7
SAN MARCOS	92	COMITANCILLO	70.5
SAN MARCOS	93	SIBINAL	59.4
SAN MARCOS	94	TAJUMULCO	56.4
SAN MARCOS	95	TACANÁ	52.1

SAN MARCOS	96	IXCHIGUÁN	51.1
SAN MARCOS	97	SIPACAPA	50.8
SAN MARCOS	98	SAN MIGUEL IXTAHUACAN	50.4
SAN MARCOS	99	SAN JOSÉ OJETENAM	49.9
SAN MARCOS	100	SAN LORENZO	45.4
SAN MARCOS	101	TEJUTLA	44.3
JALAPA	102	SAN PEDRO PINULA	54
JALAPA	103	JALAPA	46.3
JALAPA	104	SAN CARLOS ALZATATE	42.9
QUETZALTENANGO	105	CABRICÁN	57.5
QUETZALTENANGO	106	PALESTINA DE LOS ALTOS	55
QUETZALTENANGO	107	HUITÁN	54.2
QUETZALTENANGO	108	SAN MARTÍN SACATEPÉQUEZ	53.1
QUETZALTENANGO	109	CAJOLÁ	52.6
QUETZALTENANGO	110	SAN JUAN OSTUNCALCO	50.3
QUETZALTENANGO	111	SAN MIGUEL SIGÜILA	46
QUETZALTENANGO	112	ALMOLONGA	44.9
QUETZALTENANGO	113	CONCEPCIÓN CHIQUIRICHAPA	42.9

## 2. Cruzada Nacional por la Nutrición 2020-2024

### Indicadores y Metas

	Indicador	Dato Basal	Fuente	Meta para el período
impacto	Desnutrición crónica en menores de 5 años	46.5	ENSMI 2014/15*	Reducción en al menos 4 puntos porcentuales
	Desnutrición crónica en menores de 2 años	41.7	ENSMI 2014/15*	Reducción en al menos 2 puntos porcentuales
	Sobrepeso y obesidad en menores de 5 años	4.7	ENSMI 2014/15*	Mantenimiento de % de sobrepeso y obesidad por debajo de 5%
	Bajo peso al nacer	14.0	ENSMI 2014/15	Reducción en 4 puntos porcentuales
	Sobrepeso y obesidad en escolares de 6 a menos de 12 años	18.2	SIVESNU 2017	Mantenimiento de % de sobrepeso y obesidad en valor vigente
	Anemia en niños/as de 6 a 59 meses	32.4	ENSMI 2014/15*	Reducción de la prevalencia a la mitad
	Anemia en embarazadas	14.5	ENSMI 2014/15*	Reducción de la prevalencia a la mitad
	Anemia en no embarazadas	24.2	ENSMI 2014/15*	Reducción de la prevalencia a la mitad

\*El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Salud y Nutrición (SIVESNU) también los genera. En el caso de los datos de anemia, se sugiere que las autoridades, con apoyo de la cooperación internacional y la academia, revisen la evidencia generada (SPRING. 2018. Anemia Assessment in Micronutrient and Demographic and Health Survey: Comparisons in Malawi and Guatemala. Arlington, VA: Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) project), para decidir cuál debe ser la fuente del dato oficial a utilizar a partir de la ejecución de la Cruzada.

	Indicador	Dato Basal	Fuente	Meta para el período
<b>Resultados</b>	<b>Salud y nutrición</b>			
	Prevalencia de embarazo en adolescentes	18.0	ENSMI 2014/15	Reducción en 3 puntos porcentuales
	Prevalencia de uso de métodos modernos de planificación familiar	48.0	ENSMI 2014/15*	Aumento en 5 puntos porcentuales
	Años protección pareja (APP) por método de PF	ND	DGSIAS/ DAS	15% sobre el año anterior
	Porcentaje de embarazadas que recibieron cuatro controles prenatales en último embarazo	86.2	ENSMI 2014/15*	SIGSA 15% sobre el año anterior
	Cobertura de atención prenatal por médico y enfermera	65.6	ENSMI 2014/15*	Aumento en 15 puntos porcentuales
	Porcentaje de embarazadas que reciben suplemento de hierro y ácido fólico	ND	SIGSA*	Aumento a 90%
	Atención del parto por médico y enfermera	63.0	ENSMI 2014/15	Aumento en 17 puntos porcentuales
	Porcentaje de mujeres en edad fértil suplementadas con micronutrientes según norma	ND	SIGSA	Aumento a 30%
	Porcentaje de mujeres con control postnatal en primeros dos días post parto	77.6	ENSMI 2014/15	Aumento a al menos 80%
	Porcentaje de nacimientos con atención postnatal en primeros dos días post parto	8.1	ENSMI 2014/15	Aumento en al menos 25 puntos porcentuales
	Niños que inician lactancia materna en primera hora después de nacimiento	63.1	ENSMI 2014/15*	Aumento en 5 puntos porcentuales
	Lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses	53.1	ENSMI 2014/15*	Aumento en 4 puntos porcentuales
	Dieta mínima aceptable en niños amamantados de 6-23 meses	55.7	ENSMI 2014/15*	Aumento en 10 puntos porcentuales
	Porcentaje de niños de 0 a 59 meses con episodio de diarrea en últimos 15 días	19.2	ENSMI 2014/15*	Reducción en al menos 9 puntos porcentuales
	Porcentaje de niños de 0 a 59 meses de edad con infección respiratoria aguda (IRA) en últimos 15 días	10.6	ENSMI 2014/15*	Reducción en al menos 3 puntos porcentuales
	Porcentaje de niños de 0 a 59 meses de edad con diarrea en dos semanas previas a la entrevista que recibieron suero de rehidratación oral (SRO) y/o cinc	50.1	ENSMI 2014/15*	Aumento a al menos 80%
	Porcentaje de niños de 0 a 59 meses de edad con infección respiratoria aguda (IRA) en las dos semanas previas a la entrevista que buscaron tratamiento	52.0	ENSMI 2014/15*	Aumento a al menos 80%
Porcentaje de niños con diarrea que recibieron más líquidos y alimentación continuada	24.4	ENSMI 2014/15*	Aumento en al menos 25 puntos porcentuales	

<b>Salud y nutrición - Fortalecimiento institucional</b>				
<b>Resultados</b>	Número de distritos de salud aplicando el modelo de APSA (territorializados, sectorizados y con RRHH contratado)	ND	DGSIAS/ DAS	Aumento a 100%
	Número de recursos humanos calificados en las normas de atención para nutrición y salud reproductiva	ND	DECAP/ DAS	Aumento a 60% por tipo de perfil
	Porcentaje de servicios de salud con 85% de los estándares de calidad en atención a nutrición y salud reproductiva	ND	DGSIAS/ DAS	Aumento a 100%
	Porcentaje de alertas tempranas de desnutrición detectadas y referidas	ND	DGSIAS/ DAS	Aumento a 100%
	Porcentaje de alertas tempranas de mujeres embarazadas detectadas y referidas	ND	DGSIAS/ DAS	Aumento a 100%
	Porcentaje de servicios de salud del primer nivel abastecidos de insumos y medicamentos esenciales	ND	UGL/ SIGSA	Al menos 85% de los servicios del primer nivel abastecidos

<b>Salud y Nutrición</b>				
<b>Proceso</b>	Porcentaje de menores de dos años en control para monitoreo y promoción del crecimiento.	ND	SIGSA	Aumento a al menos 80%
	Porcentaje de niños/as de 12-23 meses con esquema completo de vacunación, de acuerdo a la norma	29.0	ENSMI 2014/15*	Aumento en al menos 25 puntos porcentuales
	Porcentaje de menores de dos años que reciben suplementación con micronutrientes en polvo	ND	SIGSA*	Aumento en al menos 25 puntos porcentuales
	Porcentaje de niños mayores de un año que reciben desparasitante	ND	SIGSA	Aumento a al menos 80%
	Porcentaje de niños diagnosticados con desnutrición aguda que reciben tratamiento de acuerdo a la norma	ND	SIGSA	Aumento a 100%

<b>Salud y Nutrición</b>				
<b>Proceso</b>	Número de servicios de salud de primer nivel habilitados y remozados (PS, CC, UM)	ND	UPE	Cierre de brecha establecida al inicio del periodo
	Número de servicios de salud nuevos (construidos y equipados)	ND	UPE	100% de los servicios planificados
	Número de personal contratado para servicios de primer nivel	ND	RRHH	Cierre de brecha establecida al inicio del periodo
	Número de personal capacitado para las acciones establecidas en la Cruzada por la Nutrición	ND	DECAP	100% del total de personal contratado
	Número de servicios de salud con incorporación de estudiantes de carreras de salud (medicina, nutrición, enfermería, farmacia, etc.)	ND	Convenios con escuelas formadoras	100% de los servicios planificados

## Resultados

Disponibilidad y acceso a una alimentación saludable*			
Porcentaje de productores de infra subsistencia y subsistencia que mejoran sistemas productivos en apoyo a economía familiar	ND	Línea basal PAFFEC	Aumento en 40 puntos porcentuales
Porcentaje de familias de infra subsistencia y subsistencia que mejoran puntaje de diversidad de su dieta	ND	Línea basal PAFFEC	Aumento en 20 puntos porcentuales
Porcentaje de familias que producen al menos la reserva mínima anual de 32 quintales de maíz	7.7	Línea basal PAFFEC	Aumento en 15 puntos porcentuales
Porcentaje de familias que producen al menos la reserva mínima de 7 quintales de frijol al año	7.4	Línea basal PAFFEC	Aumento en 15 puntos porcentuales
Porcentaje de familias de infra y subsistencia que aplican al menos 5 prácticas de mejoramiento de la producción de maíz en municipios priorizados	23.0	Línea basal PAFFEC	Aumento en 15 puntos porcentuales
Porcentaje de familias de infra y subsistencia que diversifican su sistema productivo con 3 cultivos	7.0	Línea basal PAFFEC	Aumento en 20 puntos porcentuales
Porcentaje de familias que utilizan al menos una práctica tecnificada para la producción orientada al mercado.	7.2	Línea basal PAFFEC	Aumento en 20 puntos porcentuales
Porcentaje de familias que realizan venta de su producción de manera colectiva.	19.9	Línea basal PAFFEC	Aumento en 20 puntos porcentuales
Porcentaje de familias que implementan al menos 3 prácticas para el fomento de la agricultura de patio	67.6	Línea basal PAFFEC	Aumento en 15 puntos porcentuales
Porcentaje de familias que implementan al menos 3 prácticas para la conservación de suelo	17.6	Línea basal PAFFEC	Aumento en 20 puntos porcentuales
Porcentaje de familias que aplican al menos una práctica para la producción forestal	80.6	Línea basal PAFFEC	Aumento en 15 puntos porcentuales
Participación de la mujer rural en los servicios brindados por el MAGA	ND	Línea basal PAFFEC	Aumento en 20 puntos porcentuales

\*Población meta: 105,856 familias de infra subsistencia y 513,595 de subsistencia

## Proceso

Disponibilidad y acceso a una alimentación saludable*			
Porcentaje del total de Agencias Municipales de Extensión Rural (AMER) funcionando continuamente durante 12 meses del año en municipios priorizados	ND	DICORER	Aumento a 50% de agencias
Porcentaje de familias que reciben al menos 2 servicios para el mejoramiento de sus actividades productivas	31.4	Línea basal PAFFEC	Aumento en 20 puntos porcentuales
Relación porcentual entre el presupuesto ejecutado en el PAFFEC y el presupuesto asignado al MAGA para el PAFFEC	-50.0	DIPLAN	Aumento a 50% de ejecución sobre fondos asignados
Existencia de Secretaría Técnica del Programa en funcionamiento	0	PAFFEC	Secretaría en funcionamiento
Planes operativos general y territoriales 2020 en ejecución	ND	DIPLAN	100% de planes formulados

<b>Resultados</b>	<b>Protección social</b>			
	Porcentaje de familias que pueden adquirir dieta nutricionalmente adecuada	50.0	PMA, et al. Brechas Nutricionales 2016	Aumento en al menos 15 puntos porcentuales
	Porcentaje de familias en pobreza extrema con niños menores de 5 años que reciben Transferencias Monetarias Condicionadas (TMC) cuyos niños cumplen con la norma de monitoreo de crecimiento según edad	ND	Datos del PTMC	Aumento en al menos 20 puntos porcentuales
	Porcentaje de niños beneficiarios de TMC que reciben todas las intervenciones de la Cruzada	ND	Datos del PTMC	Aumento en al menos 20 puntos porcentuales
	Porcentaje de niños/as con acceso a programas comunitarios de estimulación oportuna	ND	Estudio especial	Aumento en al menos 20 puntos porcentuales

<b>Proceso</b>	<b>Protección social</b>			
	Número de entregas de TMC al año, según norma interna del MIDES	ND	Datos del PTMC	Aumento en al menos 50 puntos porcentuales de cumplimiento
	Porcentaje de niños menores de dos años que son beneficiarios del PTMC y que cumplen al 100% con corresponsabilidades de salud	ND	Datos del PTMC	Aumento en al menos 20 puntos porcentuales de cumplimiento
	Porcentaje de hogares que reciben TMC y cumplen corresponsabilidades por todos los niños del hogar (preescolares y escolares)	ND	Datos del PTMC	Aumento en al menos 20 puntos porcentuales de cumplimiento
	Número de comunidades que tienen disponible la oferta de programas de estimulación oportuna	ND	Estudio especial	Aumento a al menos 100 comunidades
Porcentaje de beneficiarios que reciben acompañamiento de MIDES para el uso de la TMC y prácticas nutricionales y de cuidado infantil	ND	Datos del PTMC	Aumento a al menos 50% de los beneficiarios	



Comunicación para el cambio social y de comportamiento				
Resultados	Porcentaje de personal responsable de atención materna que tiene los conocimientos adecuados para captar y atender a usuarias según norma	ND	Estudio especial	Aumento en al menos 40 puntos porcentuales
	Porcentaje de personal responsable de atención infantil que tiene los conocimientos adecuados para prevenir mortalidad, morbilidad y desnutrición	ND	Estudio especial	Aumento en al menos 30 puntos porcentuales
	Porcentaje de mujeres en edad fértil con conocimientos adecuados en atención materna	ND	Estudio especial	Aumento en al menos 30 puntos porcentuales
	Porcentaje de mujeres en edad fértil con conocimientos adecuados en salud y nutrición infantil	ND	Estudio especial	Aumento en al menos 30 puntos porcentuales
	Porcentaje de mujeres en edad fértil que alcanzan el objetivo de comportamiento establecido para el control prenatal	ND	Estudio especial	Aumento en al menos 30 puntos porcentuales
	Porcentaje de mujeres en edad fértil que alcanzan cada objetivo de comportamiento establecido para la atención de su hijo	ND	Estudio especial	Aumento en al menos 30 puntos porcentuales
	Porcentaje de padres y madres de familia que alcanzan el objetivo de comportamiento establecido para la prevención y tratamiento de enfermedades transmisibles	ND	Estudio especial	Aumento en al menos 30 puntos porcentuales

Comunicación para el cambio social y de comportamiento				
Proceso	Porcentaje de cumplimiento de planes operativos anuales de la línea de acción	0.0	Sistema de monitoreo	Aumento a 90%
	Porcentaje de personal por tipo capacitado en temas de consejería y cambio de comportamiento	ND	Sistema de monitoreo	Aumento a 50% de personal programado para capacitación
	Número de sesiones realizadas por sector dirigidas a padres y madres	ND	Sistema de monitoreo	Aumento a 80% de sesiones planificadas
	Porcentaje de municipios priorizados que cuentan con plan anual de cambio social y de comportamiento	ND	Sistema de monitoreo	Aumento a 50% de municipios priorizados
	Porcentaje de municipios priorizados con plan anual que ejecutan al menos 80% de acciones	ND	Sistema de monitoreo	Aumento a 40% de municipios priorizados

	Indicador	Dato Basal	Fuente	Meta para el período
<b>Resultados</b>	<b>Agua, saneamiento e higiene</b>			
	Número de personas que cuentan con suministro de agua potable gestionado de manera segura	55.0	JMP 2019 (UNICEF, WHO)	Aumento en un 40%
	Personas que practican la defecación al aire libre en los municipios priorizados	5.64	JMP 2019 (UNICEF, WHO)	Reducción en un 50%
	Número de personas con acceso a saneamiento básico en los municipios priorizados	65.0	JMP 2019 (UNICEF, WHO)	Aumento en un 40%
	Número de personas que cuentan con instalación para el lavado de manos con agua y jabón en los municipios priorizados	76.0	JMP 2019 (UNICEF, WHO)	Aumento un 30%
	Porcentaje de escuelas con agua gestionada de manera segura y accesible	ND	-----	Aumento de 100 %
	Porcentaje de escuelas con servicios de saneamiento básico	ND	-----	Aumento de 50%
	Porcentaje de escuelas con lavamanos, jabón y agua disponible	ND	-----	Aumento de 50%
	Porcentaje de servicios de salud con accesibilidad a agua gestionada de manera segura dentro de las instalaciones	44.0	MSPAS 2019	Aumento de 100 %
	Porcentaje de servicios de salud con accesibilidad a servicios sanitarios mejorados (min. 1 personal, 1 m/h, 1 incapacitados)	69.0	MSPAS 2019	Aumento de 50%
	Porcentaje de servicios de salud con lavado de manos funcionales (en lugar de atención y cerca de lavabo)	33.0	MSPAS 2019	Aumento de 50%
	Porcentaje de aguas residuales tratadas adecuadamente en los municipios priorizados	<5.0	RASGUA 2017	Reducción de brecha en 40%
	Tasa de morbilidad atribuida al agua no apta para el consumo, el saneamiento en condiciones de riesgo y la falta de higiene (exposición a servicios de Agua, Saneamiento e Higiene para Todos (WASH) no seguros)	ND	-----	Aumenta en un 40%
	% de reducción de tiempo de gestión de proyectos de agua y saneamiento	24 meses	Estudio Haroldo Galindo-RASGUA	Reducción en 50% de tiempo de gestión

	Indicador	Dato Basal	Fuente	Meta para el período
<b>Resultados</b>	<b>Agua, saneamiento e higiene</b>			
	% de municipalidades cuentan con reglamentación para servicios públicos de agua y saneamiento	ND	Sistema de monitoreo	100% de municipios priorizados
	% de municipalidades fortalecidas en procesos de cloración en los municipios priorizados	ND	Sistema de monitoreo	100% de municipios priorizados
	% de comunidades de los municipios priorizados cuyos sistemas de agua están dotados de un sistema de potabilización	ND	Sistema de monitoreo	50% de comunidades de 100% de municipios priorizados
	% de familias más vulnerables en las comunidades de los municipios priorizados que obtienen acceso a métodos de tratamiento de agua a nivel domiciliar	ND	Sistema de monitoreo	Aumento a 40% de las familias
	% de hogares de los municipios priorizados que realiza el tratamiento adecuado de aguas residuales y desechos sólidos	ND	Censo 2019	Aumento a 40% de hogares de 100% de municipios priorizados
	% de fuentes de agua de las comunidades y municipios priorizados que han sido protegidas con la implementación de obras y medidas de conservación y son monitoreadas	ND	Sistema de monitoreo	Aumento a 40% de las fuentes de agua de las comunidades de 50% de municipios priorizados
	% de municipalidades priorizadas que cuentan con direcciones de Agua y Saneamiento Municipales	ND	RASGUA	Aumento a 100% de los municipios priorizados
	% de servicios de agua en los que se realizan labores de vigilancia de calidad de agua (bacteriológica y fisicoquímica)	ND	SIVIAGUA 2019	Aumento a 100% de los municipios priorizados
	% de municipios priorizados que realizan monitoreo de la disponibilidad de agua para la dotación del 50% de los servicios principales	ND	Sistema de monitoreo	Aumento a 30% de las fuentes del 50 % de municipios priorizados
	Existencia de plan de reforma del sector	0	Plan operativo	Plan consensuado
	Existencia de propuesta de ley consensuada para los servicios públicos de agua potable y saneamiento	0	Plan operativo	Propuesta de ley consensuada
	Existencia de plan nacional de Agua y Saneamiento con base en necesidades	0	Plan operativo	Plan nacional definido
	Existencia de obligatoriedad de establecer Oficina de Agua y Saneamiento en código municipal	0	Plan operativo	Obligatoriedad aprobada por Congreso
	Existencia de modificación de reglamento interno de MSPAS para creación de Dirección de Agua y Saneamiento	0	Plan operativo	Modificación realizada
Existencia de Dirección de Agua y Saneamiento con asignación presupuestaria	0	Plan operativo	Dirección creada	

### 3. Información de gasto público social de Centroamérica

Centroamérica: gasto público social 2017

Distribución gasto social por funciones (en porcentajes)

País	En % del PIB	Protección social	Educación	Salud	Vivienda y servicios comunitarios	Recreación, cultura y religión	Protección del medio ambiente	Total
Guatemala	6.9	18.2	42.3	15.3	18.9	2.4	2.9	100.0
Costa Rica	12.5	32.1	57.8	7.2	0.5	1.2	1.2	100.0
El Salvador	10.0	20.9	41.8	26.0	9.8	0.9	0.5	100.0
Honduras	8.5	5.5	61.9	29.9	1.0	-	1.6	100.0
Nicaragua	10.7	3.2	40.1	31.2	22.1	2.3	1.2	100.0
Panamá	8.8	15.2	37.9	19.8	20.7	1.9	4.5	100.0

Fuente: Panorama Social 2019, CEPAL

**Promedio (sin incluir Guatemala) 9.6**

**Aumento sugerido para Guatemala con base en benchmark centroamericano 2.7**