



**GOBIERNO de
GUATEMALA**
DR. ALEJANDRO GIAMMATTEI



**GRAN CRUZADA
NACIONAL**
— POR LA —
NUTRICIÓN





GOBIERNO *de*
GUATEMALA
DR. ALEJANDRO GIAMMATTEI



GRAN CRUZADA
NACIONAL
POR LA
NUTRICIÓN

Índice



I	Introducción	01
II	Antecedentes	02
	¿Cómo se estructuró la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición?	03
III	Análisis de situación	05
IV	Justificación	08
V	Objetivo	08
VI	Marco político-normativo	09
VII	Prioridades	10
A.	Prioridades de atención	10
B.	Población objetivo	10
C.	Priorización geográfica	10
D.	Indicadores y metas	12
VIII	Líneas de acción	13
1.	Salud y nutrición	13
2.	Disponibilidad y acceso a una alimentación saludable	18
3.	Protección social	20
4.	Agua segura, saneamiento e higiene	22
5.	Comunicación para el cambio social y de comportamiento	24
5.1	Estrategia nacional de Comunicación para el Cambio Social y de Comportamiento	28
A.	Matrices de líneas de acción	30
1.	Salud y nutrición	30
2.	Disponibilidad y acceso a una alimentación saludable	34
3.	Protección social	36
4.	Agua segura, saneamiento e higiene	37
5.	Comunicación para el cambio social y de comportamiento	39
IX	Ejes transversales	40
A.	Gobernanza	40
B.	Monitoreo y evaluación	44
C.	Financiamiento	45
D.	Equidad de género y pertinencia cultural	45
X	Referencias bibliográficas	46
	Anexos	49

Índice diagramas

Diagrama 1: Modelo conceptual, intervenciones específicas y sensibles a la nutrición y actores institucionales	04
Diagrama 2: Número de municipios priorizados en la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición, según departamento	11
Diagrama 3: Intervenciones de salud y nutrición, por etapas del ciclo de vida, a nivel individual. Gran Cruzada Nacional por la Nutrición 2020-2024	14
Diagrama 4: Intervenciones de salud y nutrición, por etapas del ciclo de vida, a nivel familiar. Gran Cruzada Nacional por la Nutrición 2020-2024	15
Diagrama 5: Actores de la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición 2020-2024, a nivel comunitario	16
Diagrama 6: Elementos del marco de acción para el fortalecimiento institucional. Gran Cruzada Nacional por la Nutrición 2020-2024	17
Diagrama 7: Aportes de la agricultura familiar al abordaje causal de la desnutrición crónica y su relación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible	19
Diagrama 8: Funciones de gobernanza en el sector agua, saneamiento e higiene. Gran Cruzada Nacional por la Nutrición 2020-2024	23
Diagrama 9: Modelo socio ecológico para el cambio social y de comportamiento	26
Diagrama 10: Modelo Transteorético	27
Diagrama 11: Estrategia Nacional para el Cambio Social y de Comportamiento	29
Diagrama 12: Esquema básico de gobernanza de la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición 2020-2024	40
Diagrama 13: Ruta para la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición 2020-2024	41



I. Introducción



La Gran 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 Atención Primaria en Salud Ampliada (APSA) e incrementar el acceso a la promoción, prevención y atención de la salud y la nutrición, la educación, el acceso físico, económico y social 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 Gran Cruzada Nacional por la Nutrición 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, 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 Gran Cruzada Nacional por la Nutrición 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 Gran Cruzada Nacional por la Nutrición 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.

II. Antecedentes

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 desigualdad de oportunidades, exclusión y discriminación por razones de sexo, identidad étnica, o credo político; causas subyacentes como baja escolaridad del círculo familiar; embarazo a edad temprana; cuidados insuficientes durante el embarazo; prácticas de crianza que no consideran estimulación oportuna; 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 progresivo 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, así como 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, salud, nutrición y vivienda. Entre sus fundamentos ideológicos se destaca el velar por el derecho a la salud, así como la seguridad alimentaria y nutricional.

El 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, así como de políticas debidamente orientadas y priorizadas, para dotar de las capacidades necesarias a las personas, a efecto de contar con 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 para propiciar la igualdad de oportunidades, entendiéndose como la posibilidad que tengan los guatemaltecos y guatemaltecas al acceso de bienes y servicios indispensables para su desarrollo y satisfacción de sus necesidades básicas, independientemente de sus características, entorno sociocultural, pertinencia étnica, credo, ingreso, lugar de nacimiento, nivel de educación o condiciones familiares.

¿Cómo se estructuró la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición?

El Presidente electo, Dr. Alejandro Giammattei, convocó a representantes de agencias de cooperación, academia y actores de la sociedad civil, solicitando la elaboración de una propuesta inicial de la Gran 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.

Para facilitar la comprensión de los vínculos entre el análisis y la acción, conceptualización y planificación, se utilizó el modelo conceptual de UNICEF con la propuesta de intervenciones elaborada en 2013 por el Banco Mundial (2), ajustada por el equipo técnico de la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición, y que se presenta en el Diagrama 1 a continuación.

El equipo técnico conformado desarrolló las cinco prioridades de atención e intervenciones de la “Gran Cruzada Nacional por la Nutrición”, que se ordenaron y clasificaron de acuerdo con las líneas de acción propuestas.

El documento técnico fue revisado en instancias de coordinación del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional -SINASAN-.



D1 Modelo conceptual, intervenciones específicas y sensibles a la nutrición y actores institucionales



Intervenciones

Promover prácticas óptimas de nutrición y salud

- Lactancia materna
- Alimentación complementaria
- Higiene en el hogar
- Nutrición materna

Aumentar la ingesta de micronutrientes

- Suplementación de hierro y folatos a la madre
- Micronutrientes en polvos para niños
- Suplementación con vitamina A
- Cinc terapéutico
- Yodización universal de sal
- Desparasitación
- Vigilancia de fortificación de alimentos

Apoyar alimentación terapéutica para el tratamiento de desnutrición aguda

Fortalecer políticas y programas en:

- Agricultura y seguridad alimentaria
- Desarrollo infantil temprano
- Educación
- Salud pública y fortalecimiento del sistema de salud
- Redes de protección social
- Empoderamiento de la mujer
- Agua y saneamiento

Desarrollar un ambiente de apoyo:

- Estrategias de reducción de la pobreza
- Liderazgo y capacidades de administración
- Gobernanza
- Resolución de conflictos
- Protecciones ambientales

Actores institucionales

- MSPAS
- SESAN
- ONG's
- Cooperación internacional
- Municipalidades
- Academia

- SESAN
- MAGA
- MIDES
- MINEDUC
- MSPAS
- MARN
- SEPREM
- INFOM
- Municipalidades
- Academia
- ONG 's y cooperación internacional

- Presidencia de la República
- MINFIN
- SEGEPLAN
- SCEP
- SISCODE

Fuente: Adaptado de Addressing Malnutrition Multisectorally: What have we learned from recent international experience?, 2013, UNICEF Nutrition Working Paper, UNICEF and MDG Achievement Fund, New York, August 2013



III. Análisis de situación

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil realizada en 2014-2015 (3), 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 (4) 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 puntos porcentuales 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. A nivel nacional 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 de reducción 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 (3). La talla promedio de la mujer guatemalteca, la más baja del mundo (5) es de 149.3 cm, por lo que más de 25% de ellas tienen talla inferior a 145 cm (3). 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 (3).

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) (3). Adicionalmente, análisis recientes (6) 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 último 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%) (3). 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% (7).

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 de políticas y programas, así como las causas 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 (1), las condiciones de vida de las grandes mayorías de guatemaltecas y guatemaltecos 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 (8). Estas limitaciones en el acceso económico se agravan al contrastar los ingresos disponibles y la dieta adecuada desde el punto de vista nutricional (9), 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.

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 (3) 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 (10) (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 (3), 20% 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 (3), 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 infección y la duración de cada uno de ellos.

Según el mismo estudio (3), 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 (3) 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 (11) 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 Chiquimula, Jutiapa, Jalapa, Zacapa, Izabal, 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%).

IV. 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 (3). Como se indicó anteriormente, a pesar de los esfuerzos del país y la atención política, programática e institucional dedicada 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.

V. Objetivo

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



VI. Marco político normativo



El punto de partida del marco conceptual para el trabajo en nutrición es 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” (12), 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 (Decreto Número 32-2005) y de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (13). Según esta ley, la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN) constituye el nivel de coordinación y planificación del sistema, además es responsable del monitoreo de la situación de SAN.



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) (14) y la de las Metas Mundiales de Nutrición 2025 (15). Se elaboró el Plan Nacional de Desarrollo K'atun 2032 en 2015 (16) 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 (17).

VII. Prioridades

A. Prioridades de atención

La Gran Cruzada Nacional por la Nutrición considera las cinco prioridades de atención del Gobierno:

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

B. Población objetivo

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

C. Priorización geográfica

La Gran Cruzada Nacional por la Nutrición busca mejorar la salud y nutrición de los grupos de población más vulnerables en todo el país. Sin embargo, es necesario priorizar territorios que en su interior concentran mayores condiciones de vulnerabilidad nutricional, económica y social.

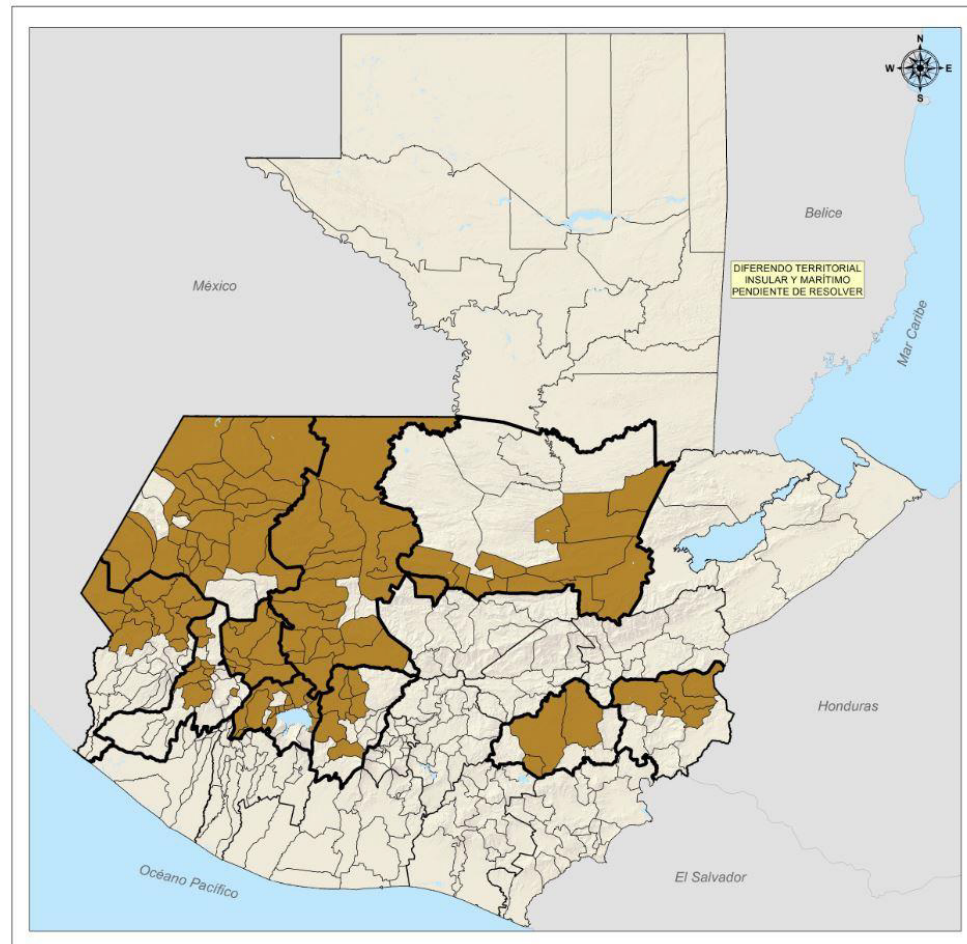
Utilizando análisis combinado de desnutrición crónica en menores de cinco años (3), pobreza extrema (18) e inseguridad alimentaria y nutricional (19), fueron priorizados los siguientes departamentos: Alta Verapaz, Chiquimula, Huehuetenango, Quiché, Sololá, Totonicapán, Chimaltenango, San Marcos, Jalapa y Quetzaltenango.

Posterior a la selección de los diez departamentos, se realizó la selección de municipios, para esto se utilizó como criterio de priorización la información del último Censo Nacional de Talla en Escolares de Primer Grado de Primaria del Sector Público (20), seleccionando todos los municipios que registraron prevalencias de retardo del crecimiento mayor o igual a 40%.

En el Diagrama 2 se visualiza mapa con los departamentos seleccionados y tabla con el número de municipios priorizados. En el Anexo 1 de este documento, se incluye la lista de los 114 municipios que cumplen con este criterio.

D2 Número de municipios priorizados en la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición, según departamento

Departamento	Número de municipios priorizados
Alta Verapaz	12
Chiquimula	5
Huehuetenango	28
Quiché	18
Sololá	13
Totonicapán	8
Chimaltenango	7
San Marcos	11
Jalapa	3
Quetzaltenango	9
Total	114



D. Indicadores y Metas

A través del desarrollo de las intervenciones y acciones interrelacionadas de la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición, 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 fuente respectiva y la meta para el período de cuatro años se presentan en el cuadro a continuación. La lista de indicadores de resultados y procesos presenta en el Anexo 2 del documento.

	Indicador	Prevalencia	Fuente	Meta para el período
Impacto	Desnutrición crónica en menores de 5 años	46.5%	ENSMI 2014/15	Reducción de 7 puntos porcentuales
	Sobrepeso y obesidad en menores de 5 años	4.7%	ENSMI 2014/15	Porcentaje de sobrepeso y obesidad menor a 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	Porcentaje de sobrepeso y obesidad menor a 18%
	Anemia en niños/as de 6 a 59 meses	32.4%	ENSMI 2014/15	A definir según resultados de línea de base
	Anemia en embarazadas	24.2%	ENSMI 2014/15	A definir según resultados de línea de base
	Anemia en no embarazadas	14.5%	ENSMI 2014/15	A definir según resultados de línea de base
Nota: Debido a que los datos de prevalencia nacional proceden de fuentes de más de cinco años de antigüedad, se implementará un sistema de evaluación que incluirá línea de base y evaluación final en los diez departamentos priorizados.				

VIII. Líneas de acción

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

1. Salud y nutrición

Se refiere a las acciones que la Gran 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 Atención Primaria de Salud Ampliada (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 la ventana 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* (21) 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 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* (22) 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 Gran 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 APSA por parte de la población objetivo por lo que se hace necesario la implementación operativa completa de las intervenciones de la ventana de los mil días desde la gestión y atención integral 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 etapas del ciclo de vida.

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


INDIVIDUAL

1  **Población en edad fértil**


- Consejería en SSR y planificación familiar
- Vacunación según esquema
- Suplementación con hierro y ácido fólico
- Prevención de embarazo en adolescentes
- Evaluación del estado nutricional

2  **Embarazadas**


- Control prenatal completo y de calidad
- Evaluación del estado nutricional
- Suplementación con hierro y ácido fólico
- Vacunación antitetánica
- Diagnóstico y tratamiento de bacteriuria
- Prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores (dengue, zika, chikungunya y malaria)
- Adecuado manejo de enfermedades maternas
- Hogares maternos para embarazadas de riesgo
- Prevención del consumo de alcohol y tabaco
- Consejería: Diversidad de la dieta, cuidados del embarazo y lactancia materna

3  **Parto y recién nacidos**


- Atención calificada del parto
- Clampeo oportuno de cordón umbilical
- Lactancia materna inmediata/apoyo precoz
- Uso de oxitocina post-parto
- Contacto piel con piel y método "Madre Canguro"
- Desarrollo infantil temprano

4  **Niños/as 1-6 meses**

- Lactancia materna exclusiva
- Vacunación según esquema
- Control de crecimiento y desarrollo
- Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
- Consejería en cuidado infantil
- Estimulación para el desarrollo

5  **Niños/as 6 meses a menos de 5 años**

- Suplementación con Vitamina A (6 a 12 meses)
- Alimentación complementaria y lactancia materna continuada (6 a 24 meses)
- Alimento complementario fortificado (6 a 24 meses)
- Desparasitación (a partir de 1 año)
- Promoción y control de crecimiento y desarrollo
- Vacunación según esquema
- Suplementación con micronutrientes espolvoreados
- Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
- Consejería en cuidado y desarrollo infantil
- Atención de diarreas, neumonía y desnutrición aguda

6  **Niños/as Pre y escolares**

- Alimentación escolar
- Vacunación según esquema
- Consumo de sal yodada
- Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
- Desparasitación periódica en zonas de riesgo
- Promoción de actividad física

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

FAMILIAR



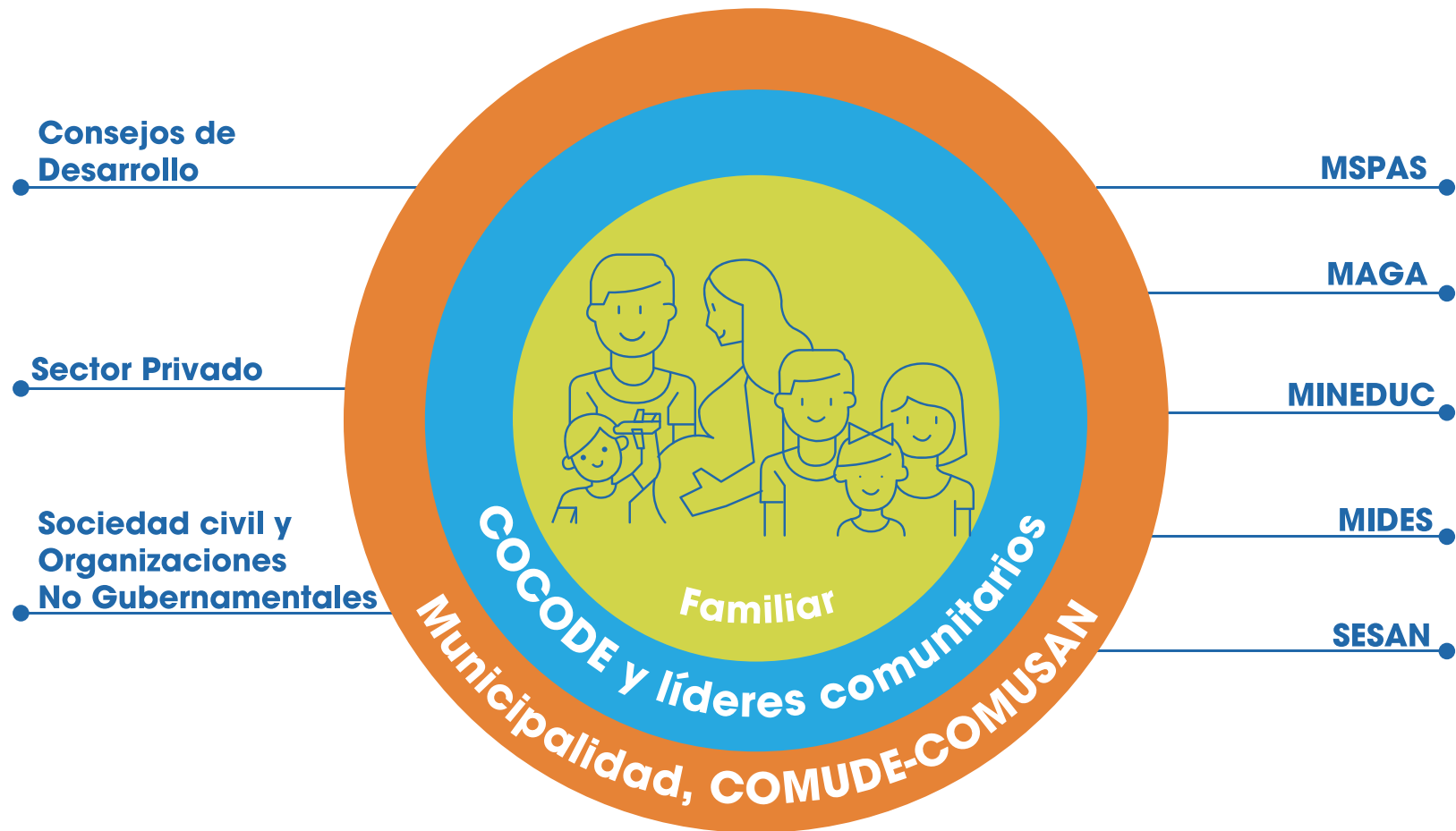
Intervenciones sensibles a la nutrición

- Empoderamiento e interculturalidad
- Educación en higiene, salud y nutrición
- Consumo de alimentos fortificados
- Disponibilidad y acceso a alimentos nutritivos
- Control de vectores
- Cocinas mejoradas en hogares
- Agua segura intra-domiciliaria
- Sistemas de disposición de excretas y residuos domiciliarios

La Gran Cruzada Nacional por la Nutrición 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 MSPAS, SESAN, MINEDUC, MAGA y MIDES. En el Diagrama 5, se presenta la multisectorialidad de las acciones a nivel comunitario.

D5 Actores de la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición 2020-2024, a nivel comunitario



A nivel institucional, se hace necesario el fortalecimiento de la gestión del MSPAS, como requisito indispensable para brindar mayor acceso y uso de los servicios de salud por parte de la población objetivo de la Gran 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. Gran Cruzada Nacional por la Nutrición 2020-2024



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

2. Disponibilidad y acceso a una alimentación saludable

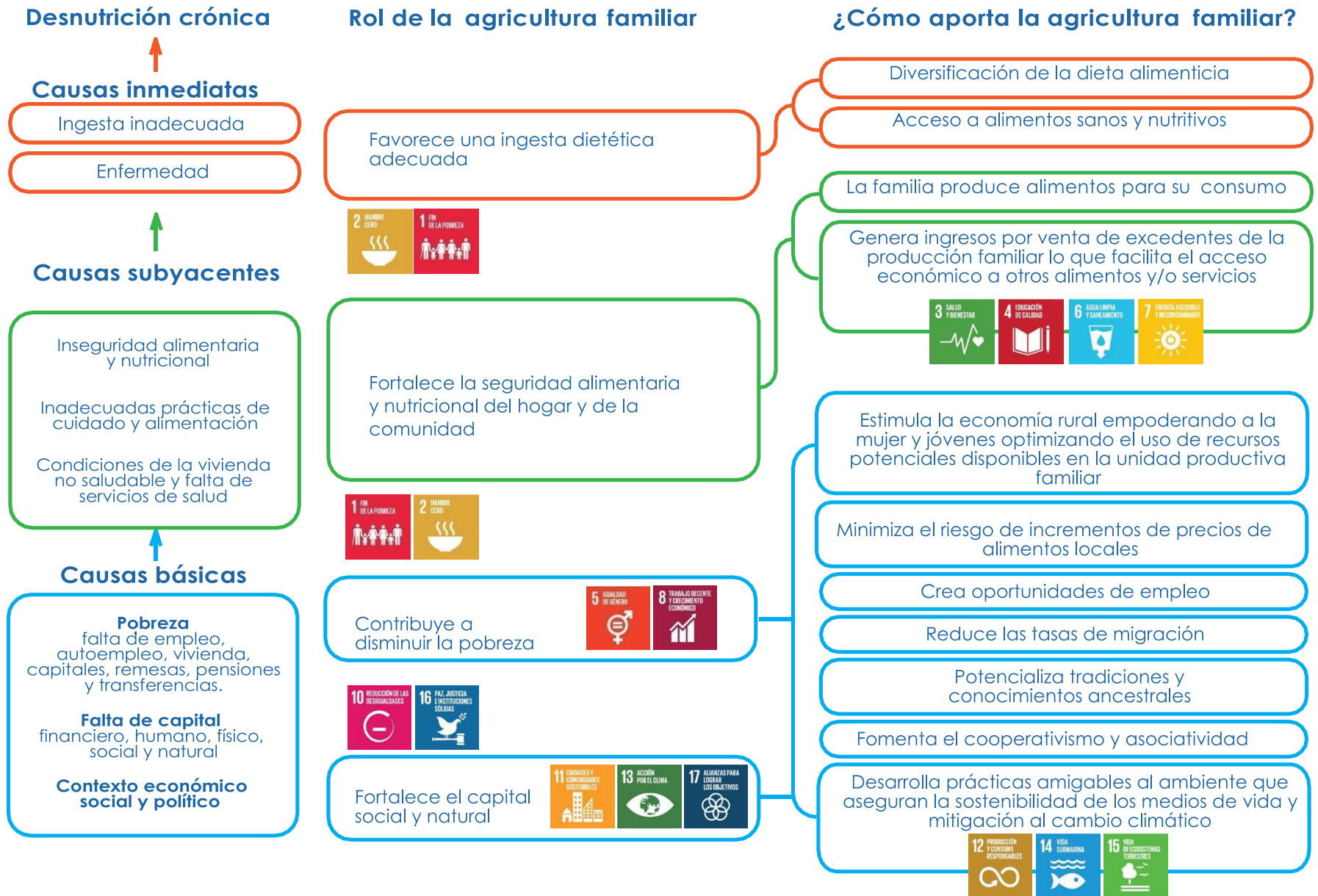
En el marco conceptual de UNICEF (2), así como del INCAP (23), se incluyen como causas inmediatas de inseguridad alimentaria y desnutrición infantil, la alimentación inadecuada en calidad y cantidad, así como la presencia de infecciones. Ambos modelos vinculan la disponibilidad insuficiente e inestable 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 nutricional 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 7).



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 Unión Europea para las políticas -FIRST- 2019. La agricultura familiar como oportunidad viable para combatir la inseguridad alimentaria y la pobreza en Guatemala (pendiente de publicación)

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 nutricional, y que hay relaciones positivas entre los sistemas agrícolas diversificados, la diversidad de la dieta en los hogares y la nutrición (31). 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 (24), 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 nutricional.

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” (25). 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 (25).

La Gran Cruzada Nacional por la Nutrición considera la evidencia de los efectos positivos de los programas de Transferencias Monetarias Condicionadas (TMC) en salud, educación, nutrición y 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 las instituciones que conforman el SINASAN 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, subyace, también, en el tipo de acciones recomendadas (22) para superar los distintos factores determinantes, en cada una de las etapas del curso de la vida (26) 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 (27) 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 TMC 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.

Por su parte, la serie The Lancet reconoce que es de suma importancia contar con la oferta de programas de estimulación oportuna que promuevan la protección y el cuidado cariñoso y sensible, pues aumentan los efectos positivos en el desarrollo de la primera infancia. Estos programas, dirigidos al apoyo de padres, madres y cuidadores, que buscan enriquecer su interacción receptiva y sus patrones de crianza y «que combinan la nutrición y estimulación», han sido eficaces para mejorar el desarrollo cognitivo y lingüístico del niño. En tal virtud, la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición promueve el fortalecimiento de la oferta de los programas disponibles en esta materia de las instituciones relacionadas (MIDES, MINEDUC, SBS, SOSEP, entre otras) los cuales deben promover que las madres, padres y cuidadores asistan con sus hijos/as en el nivel comunitario para recibir orientación, mejorar su vínculo y estimular el uso de servicios públicos vinculados a educación, salud y nutrición.

4. Agua segura, saneamiento e higiene

La línea de acción de agua, saneamiento e higiene se incluye en la Gran 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 Gran 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, lo cual 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 (28).

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 como 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:

- El MPSAS es el ente rector, sin embargo se debe fortalecer la coordinación con las instituciones involucradas en el tema para el cumplimiento de sus funciones y atribuciones.
- 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 de agua y saneamiento, sin embargo se debe revisar y actualizar de ser necesario el marco regulador y políticas relacionadas, así como el fortalecimiento de sus capacidades técnicas.
- Los procedimientos de inversión del gobierno son diversos y se requiere mejorar los tiempos de ejecución de los proyectos, para que sean eficientes.
- 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 (34).

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. Gran Cruzada Nacional por la Nutrición 2020-2024.



Fuente: Adaptado de Strengthening enabling environment for water, sanitation and hygiene (WASH). Guidance Note. UNICEF. Pág.12. 2016

El objetivo seis 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, saneamiento, higiene, gestión de aguas residuales, utilización eficiente del agua, gestión integrada de recursos hídricos y protección de 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 de Educación, establece que todas las escuelas deben tener instalaciones básicas de agua, saneamiento y lavado de manos” (14).

El aporte de Agua, Saneamiento e Higiene (ASH) en la reducción de la malnutrición en Guatemala se fortalecería 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.

- Impulsar legislación de agua potable y saneamiento.
- Promover la sostenibilidad de las infraestructuras de agua y saneamiento centralizadas, así como 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 costo 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 vigilancia 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 enfermedades relacionadas con la mala calidad de agua, saneamiento e higiene. 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 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 social y de comportamiento individual es un eje fundamental para el abordaje de la malnutrición.

Para lograr los resultados esperados, la comunicación para el desarrollo propone la utilización de diferentes enfoques y canales de comunicación. Entre los diferentes enfoques se incluye comunicación para el cambio social y de comportamiento





individual, entretenimiento educativo, mercadeo social, y difusión de información, entre otros, para mejorar conocimientos, actitudes y prácticas de padres, madres y cuidadores relacionadas a la prevención de la malnutrición infantil. Esto es apoyado por el fortalecimiento de las capacidades de los prestadores de servicios en los distintos niveles (central, institucional y comunitario).

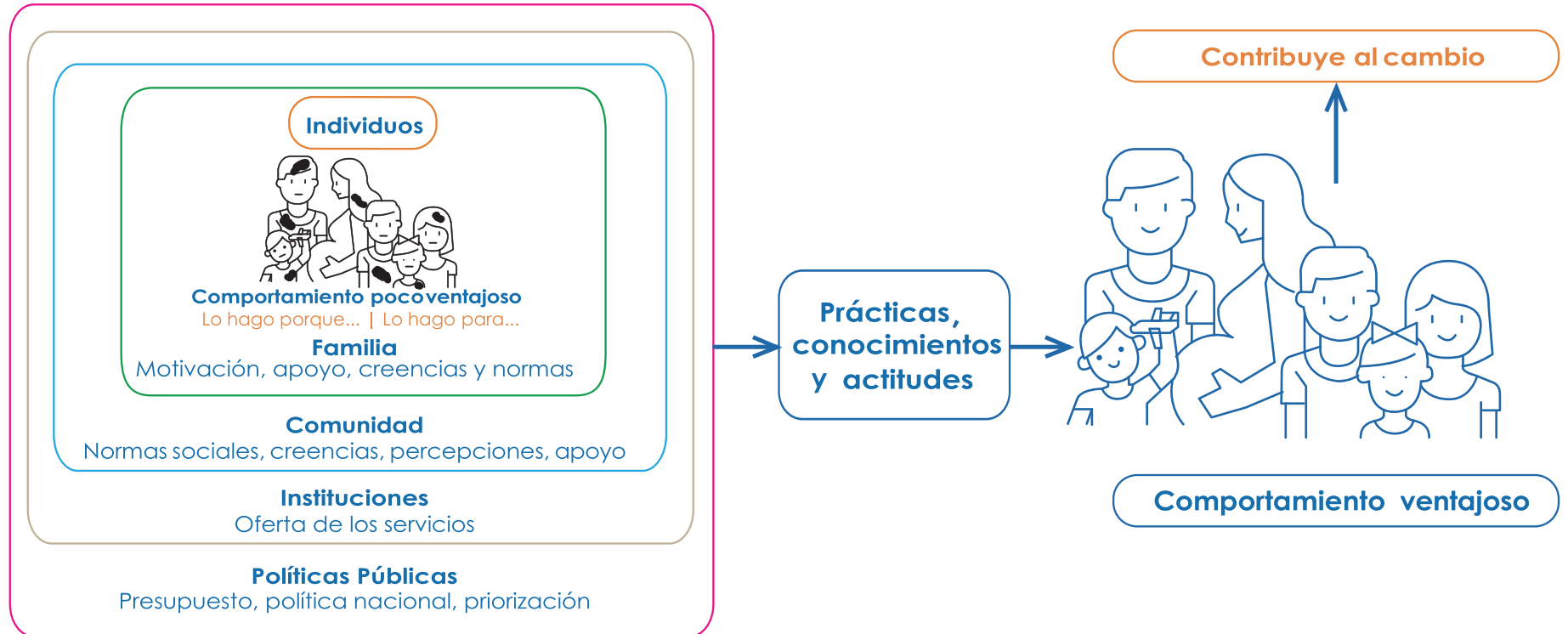
En el año 2006, se realiza el Congreso Mundial de Comunicación para el Desarrollo, y es en la declaración de éste, conocida como “El Consenso de Roma” (29), que se establece como acuerdo, entender la Comunicación para el Desarrollo, como: “un proceso social basado en el diálogo, que utiliza una amplia 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, utilizando diferentes canales de comunicación que faciliten el diálogo, tales como los medios masivos, medios interpersonales y grupales, medios populares y locales, así como medios digitales, desde la interculturalidad y con enfoque de género. El punto de partida es el Modelo Socio ecológico, que reconoce que el cambio de comportamiento se da en diferentes niveles, como se presenta en el Diagrama 9.

D9 Modelo Socio ecológico para el cambio social y de comportamiento

Modelo Socio ecológico

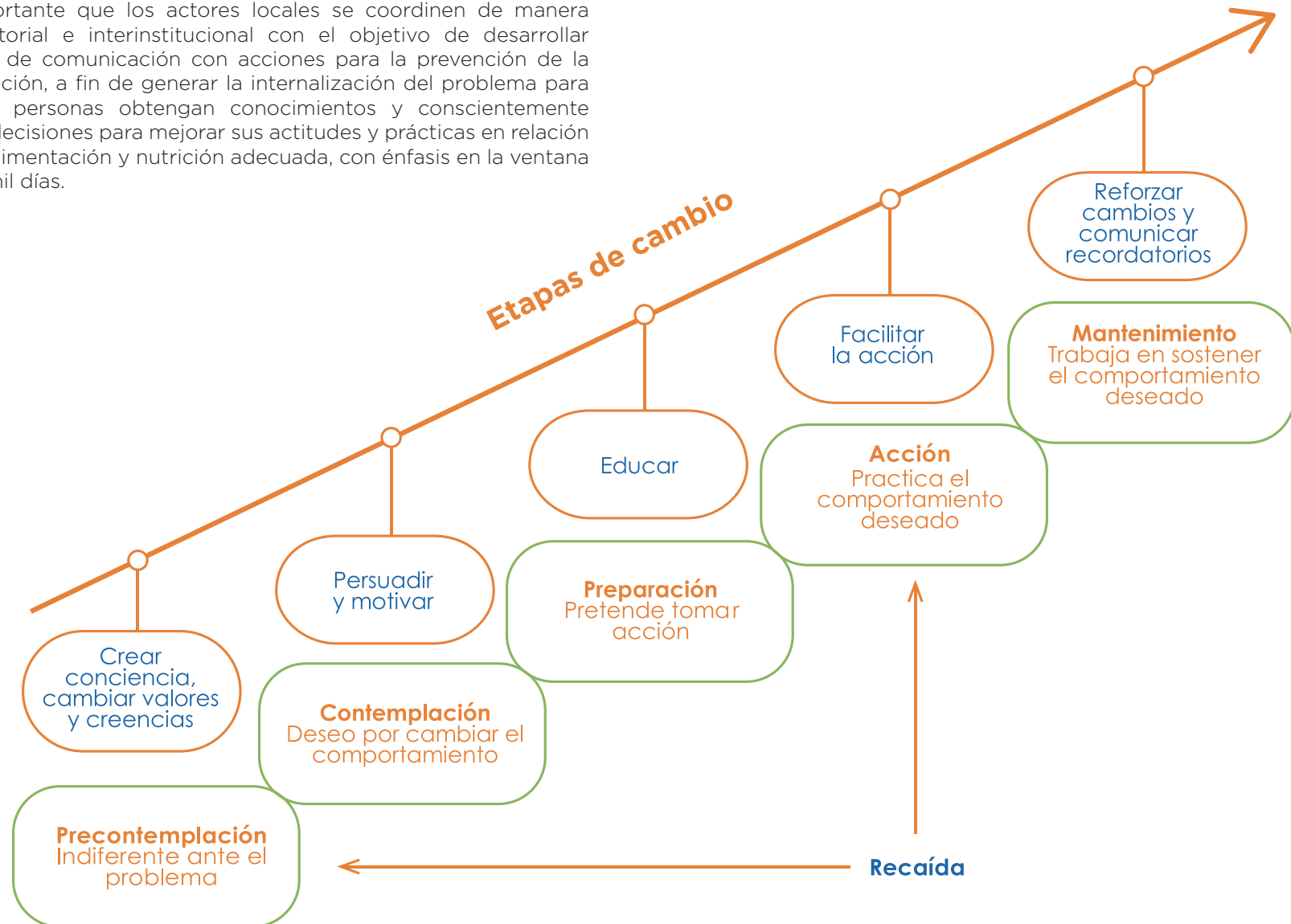


Es importante que los actores locales se coordinen de manera intersectorial e interinstitucional con el objetivo de desarrollar un plan de comunicación con acciones para la prevención de la malnutrición, a fin de generar la internalización del problema para que las personas obtengan conocimientos y conscientemente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

En cuanto a cambio de comportamiento individual, un modelo que ha sido validado es el Modelo Transteorético (32) 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. Este modelo puede brindar herramientas útiles para promover estas etapas (ver Diagrama 10).

D10 Modelo Transteorético

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 mil días.



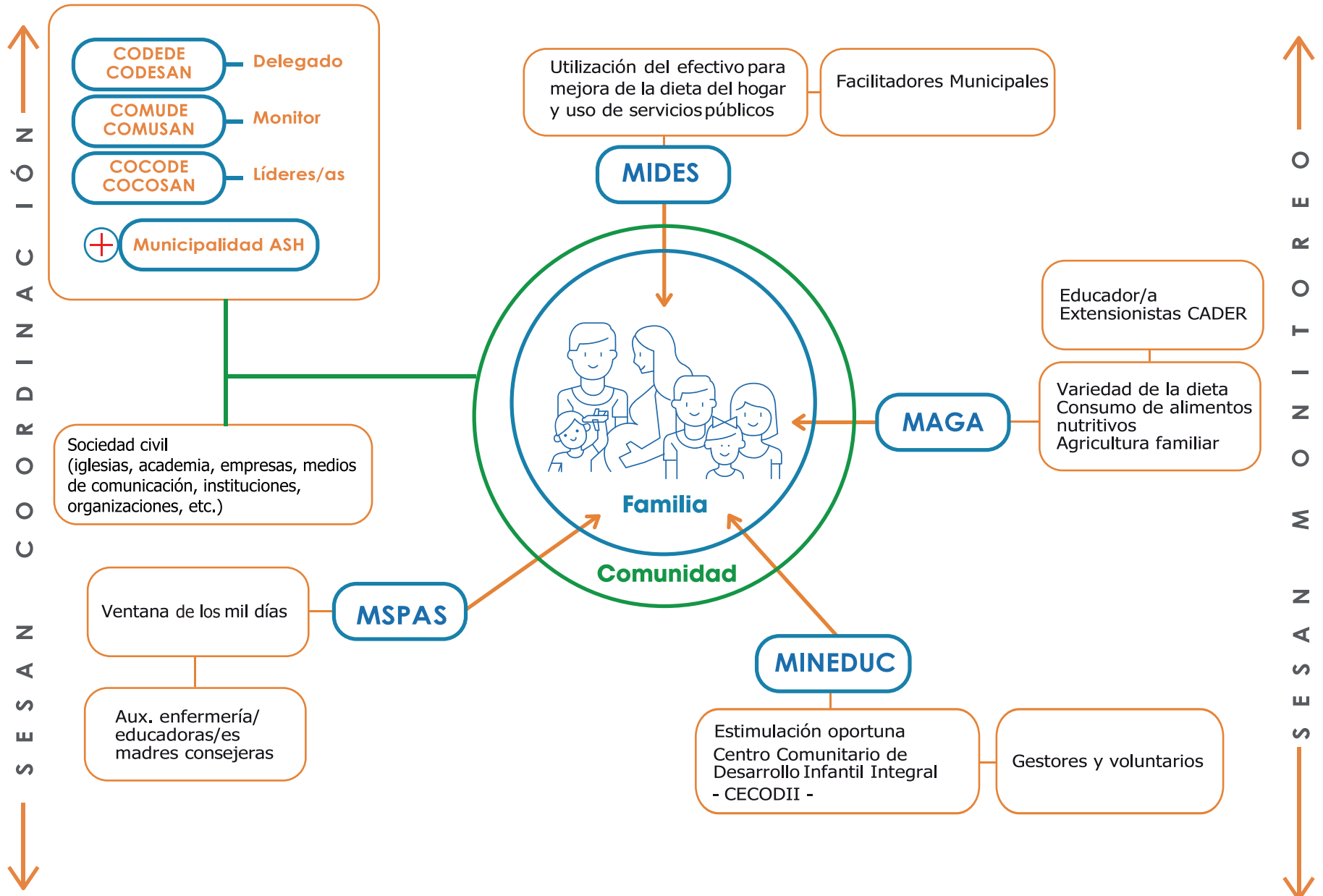
5.1 Estrategia Nacional de Comunicación para el Cambio Social y de Comportamiento

El objetivo de la Estrategia Nacional de Comunicación para el Cambio Social y de Comportamiento es desarrollar competencias necesarias de las personas para tomar decisiones y modificar sus propias prácticas y cambiar sus comportamientos. El Sistema de Consejos de Desarrollo - SISCODE -, a través del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional - SINASAN -, y con el involucramiento fundamental de la municipalidad, en los diferentes niveles son quienes, en última instancia, llegan hasta la comunidad y la familia. La coordinación de los diferentes actores estará a cargo de la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional - SESAN-; los lineamientos específicos de los conocimientos, prácticas y actitudes que deben ser promovidos en la comunidad y en la familia, los brindarán cada una de las instituciones involucradas, según su experiencia y mandato, para promover mensajes estandarizados a través de los recursos humanos de cada institución como lo muestra el Diagrama 11.

Este proceso será complementado con las alianzas con la sociedad civil con presencia en el departamento, municipio y comunidad. Se establecerá un sistema de monitoreo comunitario simple que involucre a la institucionalidad y a la comunidad para conocer su realidad, promover su involucramiento consciente y su identificación con el proceso de cambio, formando Agentes de Cambio (p.e. "YO, Promotor de Cambio" a nivel institucional; "YO Agente de Cambio" a nivel comunitario: lideresas, madres consejeras y voluntarias comunitarias).



D11 Estrategia Nacional de Cambio Social y de Comportamiento



A. Matriz de Líneas de Acción

1. Salud y nutrición. Responsable: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)

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

Nivel de implementación	Intervenciones por componente	Actores gubernamentales y apoyo	Población objetivo
Individual	Provisión de servicios de salud y nutrición <ul style="list-style-type: none"> •Control prenatal completo y de calidad •Evaluación de estado nutricional •Suplementación con hierro y ácido fólico •Vacunación Antitetánica •Prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores (dengue, zika, chikungunya y malaria) •Adecuado manejo de enfermedades maternas •Consejería: Diversidad de la dieta, cuidados del embarazo y lactancia materna •Bacteriuria •Prevención del consumo de alcohol y tabaco 	MSPAS IGSS y sector privado	Embarazadas
	<ul style="list-style-type: none"> •Corticosteroides en parto prematuro •Atención calificada del parto y puerperio •Clampeo oportuno de cordón umbilical •Lactancia materna inmediata / apego precoz •Contacto piel con piel y método “madre canguro” •Desarrollo infantil temprano •Uso de oxitocina postparto 		Mujer en parto, puerperio y recién nacidos
	Lactancia materna exclusiva		0 a 6 meses
	Suplementación con Vitamina A”	MSPAS	6 a 12 meses
	Alimentación complementaria y lactancia materna continuada	MSPAS, IGSS y sector privado	6 a 24 meses
	Promoción del desarrollo de la primera infancia	MSPAS, IGSS, SOSEP, SBS, MINEDUC, ONG’s	Madres o cuidadoras de niños de 0 a 6 años
	Vacunación según esquema	MSPAS, IGSS y sector privado	0 a 6 años

Nivel de implementación	Intervenciones por componente	Actores gubernamentales y apoyo	Población objetivo
Individual	Desparasitación	MSPAS, IGSS y sector privado	1 a 5 años
	Promoción y control de crecimiento		0 a 5 años
	Distribución de alimento complementario fortificado para niños y niñas	MSPAS	6 meses a 24 meses
	Suplementación con micronutrientes espolvoreados		6 meses a menos de 5 años
	Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia -AIEPI-		6 meses a menos de 5 años
	Atención por enfermedad diarreica aguda	MSPAS, IGSS, sector privado	0 meses a menos de 5 años
	Atención por infección respiratoria aguda		
	Diagnóstico y tratamiento de la desnutrición aguda		
	Monitoreo de crecimiento y vigilancia del desarrollo infantil	MSPAS	Madres de niños menores de 5 años
	Consejería sobre prácticas para el cuidado infantil (lavado de manos, lactancia materna, alimentación complementaria, desarrollo infantil, monitoreo de crecimiento)		
Comunitario	Jornadas de Salud Integral en los municipios priorizados	MSPAS, MAGA, MIDES, MINEDUC, SESAN, SOSEP	Población en general
Institucional	<p>Provisión de servicios de salud con calidad</p> <ul style="list-style-type: none"> •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. •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. •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. 	MSPAS CIV Municipalidades IGSS GIA ONG's Sociedad civil Sector empresarial	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Nivel de implementación	Intervenciones por componente	Actores gubernamentales y apoyo	Población objetivo
Institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Conformación de Redes Integradas de Servicios de Salud que garanticen la continuidad de la atención (referencia y contra referencia) entre el primer nivel y servicios especializados. • Incorporación de sistemas locales de mejoramiento continuo de la calidad de la atención. 	MSPAS CIV Municipalidades IGSS GIA ONG's Sociedad civil Sector empresarial	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
	<p>Abastecimiento de medicamentos e insumos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministro a la red de servicios de salud según 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. • Aseguramiento de un sistema único de distribución de medicamentos que garantice el abastecimiento oportuno de servicios de la red 	MSPAS	
	<p>Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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). • Asignación de estudiantes del Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) de las carreras de ciencias de la salud (médicos, nutricionistas, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras profesionales) y de especialidades médicas (pediatras, obstetras, anesthesiólogos); y médicos de la Brigada Cubana, para fortalecer las redes integradas de atención en el área rural, priorizando las áreas más vulnerables. 		

Nivel de implementación	Intervenciones por componente	Actores gubernamentales y apoyo	Población objetivo
Institucional	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de los procesos de supervisión y asistencia técnica a los servicios de primer y segundo nivel. 	MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
	<p>Liderazgo y gobernanza del Sector Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> Basarse en la propuesta de rectoría presentada por MSPAS. 	MINFIN, IGSS, Municipalidades, Sector Privado	
	<p>Financiamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> 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) Desarrollo de estrategia nacional de financiamiento de salud, para alcanzar de manera gradual la cobertura universal 	MINFIN IGSS Municipalidades	
	<p>Sistema de información</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 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. Establecimiento de la línea de base para medición de impacto. Los registros del MSPAS serán la base del Padrón Único de Beneficiarios para la implementación de acciones de las otras instituciones ejecutoras de las intervenciones (MIDES, MAGA, MINEDUC, Municipalidades y otras relacionadas) Establecimiento de procesos periódicos y funcionales de análisis de situación y cumplimiento de coberturas programáticas, para el mejoramiento de la atención. 	MSPAS SESAN MIDES MAGA MINEDUC INCAP/CDC Municipalidades y otras relacionadas	
Institucional	<ul style="list-style-type: none"> Incorporación de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Salud y Nutrición como base para revisión y definición de políticas sectoriales de salud y nutrición. 	MSPAS, SESAN, MIDES, MAGA, MINEDUC, INCAP/CDC, Municipalidades y otras relacionadas	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

2. Disponibilidad y acceso a una alimentación saludable. Responsable: Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación (MAGA)

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
Individual	<p>Capacitación y transferencia de tecnología en:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Producción de hortalizas en patio •Producción de frutales anuales en patio •Producción artesanal de semillas de granos básicos, hortalizas y frutas anuales •Elaboración de biosidas orgánicos • Producción de especies pecuarias menores en patio •Producción apícola •Producción hidropónica de huertos •Procesamiento y conservación de frutas y hortalizas •Producción confinada de aves •Agroindustria Artesanal •Producción Artesanal de Semillas •Cosecha de agua •Construcción, uso y manejo de micro riegos •Organización productiva para la comercialización •Gerencia de la organización •Almacenamiento y acondicionamiento de productos agropecuarios •Entrega de insumos, materiales para capitalizar los sistemas productivos •Capacitación para fomentar el emprendimiento en base a productos agropecuarios •Parcelas de producción de semilla 	<p>MAGA MSPAS MARN MINECO MINEDUC INDECA ICTA 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>Mejoramiento de ingresos</p> <ul style="list-style-type: none"> •Capacitación, formación e inserción laboral •Inspección laboral 	<p>MINTRAB INTECAP</p>	<p>Población Económicamente Activa</p>

Nivel de implementación	Intervenciones por componente	Actores gubernamentales y apoyo	Población objetivo
Familiar	<p>Producción familiar sostenible de alimentos</p> <ul style="list-style-type: none"> •Promoción de sistemas alimentarios sostenibles que aprovechen los conocimientos, las actitudes y las prácticas locales •Promoción de agricultura sensible a la nutrición (granos básicos, sistema milpa, producción pecuaria) •Mejoramiento de ingresos de las familias rurales ampliando el acceso a mercados •Mantenimiento o mejoramiento de la base de recursos naturales •Promoción y adopción de tecnología aplicada para favorecer la producción de alimentos en zona vulnerables a variaciones climáticas 	MAGA MINECO ICTA SESAN Municipalidades ANAM	Productoras y productores familiares subsistentes y excedentarios de comunidades clasificadas de alta vulnerabilidad para la inseguridad alimentaria
	<p>Mejoramiento de ingresos de las familias rurales ampliando el acceso a mercados</p> <ul style="list-style-type: none"> •Organización productiva para la comercialización •Gerencia de la Organización •Fomento del emprendimiento en base a productos agropecuarios •Crédito y/o financiamiento para emprendimientos agropecuarios 	MAGA MINECO MINTRAB FONTIERRAS	
Comunitario	<ul style="list-style-type: none"> •Huertos de prueba (escuelas, puestos, centros de salud, terrenos municipales) •Huertos de transferencia (escuelas, puestos, centros de salud, terrenos municipales) •Parcelas de producción de semilla 	MAGA, MSPAS, MINEDUC, Municipalidades, FAO, FIDA, PMA, AECID, AACID, CATIE, UE, AMEXID, ASDI, IICA, Alianza por la Nutrición	
Institucional	<ul style="list-style-type: none"> •Contratación oportuna de extensionistas •Compra de insumos para entrega en el territorio •Fortalecimiento de Sistema de Información, Planificación, Seguimiento y Evaluación - SIPSE- •Mejoramiento del diseño de abordaje de las intervenciones •Fortalecimiento de la Dirección de Producción Comunitaria de Alimentos y el Sistema Nacional de Extensión Rural. •Mejoramiento de sistemas de información para el monitoreo de vulnerabilidad a la Inseguridad Alimentaria. •Priorización de intervenciones que generen capacidades a los agricultores para ser proveedores del Programa de Alimentación Escolar - PAE- 	MAGA MINEDUC SESAN	Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación

3. Protección social. Responsable: Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)

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
Individual	•Desarrollo del Programa de Transferencias Monetarias Condicionadas (TMC)	MINEDUC MSPAS MIDES	Familias con niños y niñas entre 0 y 5 años y mujeres embarazadas o en período de lactancia que cumplen con sus controles de salud Familias con niños y niñas entre 6 y 15 años, que asisten a la escuela
	•Alfabetización de adultos	CONALFA	Población analfabeta mayor a 15 años de edad
	•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.	MINEDUC MSPAS MAGA MIDES SESAN	Escolares de pre primaria y primaria del sector público
	•Provisión de servicios de estimulación oportuna en educación inicial y preprimaria en modalidades escolares y extraescolares.	MINEDUC SBS SOSEP	Niñez desde la concepción hasta menores de 6 años de edad
	•Formación y asistencia técnica para contribuir al desarrollo integral de las familias, con énfasis en el empoderamiento económico de las mujeres	SOSEP MINECO ONU Mujeres	Mujeres
Familiar	•Orientación a madres que reciben TMC a través del monitoreo de líderes comunitarios a nivel del hogar.	MINEDUC MSPAS MIDES	Madres que reciben TMC
	•Promoción del monitoreo del desarrollo del niño	MINEDUC MSPAS	Hogares
Comunitario	•Comedores por la Nutrición en los municipios priorizados	MIDES	Población en general
Institucional	•Fortalecimiento de la interacción del programa TMC con servicios de salud y educación en los territorios priorizados.	MINEDUC MSPAS MIDES	Personal institucional

4. Agua segura, saneamiento e higiene

Responsable: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)

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
Individual y familiar	Mejoramiento de las prácticas de higiene <ul style="list-style-type: none"> •Incremento de prácticas de lavado de manos •Mejoramiento de las condiciones de habitabilidad (piso de tierra, humo en el hogar, etc.) 	MSPAS CIV INFOM Municipalidades Cooperación internacional Organizaciones nacionales del sector	Familias en los municipios priorizados
Comunitario	Dotación y aseguramiento de los servicios Agua, Saneamiento e Higiene (ASH). <p><i>1. En zonas urbanas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •Desarrollo de plan para dotar todos los servicios necesarios •Readecuación de los procesos de validación y financiamiento de proyectos •Aseguramiento de la sostenibilidad de los servicios (reglamentación, especificaciones técnicas) •Campaña de potabilización redes comunitarias <p><i>2. En zonas rurales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •Saneamiento rural y periurbano (institucionalización experiencias exitosas) •Gestión de agua segura a nivel domiciliario •Dotar de servicios a las escuelas y centros de salud (Ley de Alimentación Escolar y su reglamento) •Protección de fuentes de agua 	MSPAS INFOM MARN MIDES MINFIN Municipalidades ANAM SISCODE Cooperación Sector privado Organizaciones nacionales del sector Asociación de alcaldes y Autoridades indígenas	Población urbana con acceso limitado o sin acceso a servicios adecuados de agua y saneamiento Población rural con acceso limitado o sin acceso adecuado a servicios de agua y saneamiento

Nivel de implementación	Intervenciones por componente	Actores gubernamentales y apoyo	Población objetivo
<p>Nacional, departamental y municipal</p>	<p>Marco gubernamental (legislación, regulación, financiamiento y fortalecimiento de capacidades)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creación de comité de coordinación para agua y saneamiento en la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición • Establecimiento de estructura, funciones y atribuciones del ente rector (MSPAS). • Legalización de OMAS (Oficinas Municipales de Agua y Saneamiento) • Incidencia para la aprobación de ley de agua potable y saneamiento (servicios) y su Reglamento • Simplificación de los procesos de aprobación de proyectos de agua por medio de SEGEPLAN • Aumento de la asignación presupuestaria al sector y ejecución eficiente y oportuna • Control de desechos sólidos, control de la contaminación hídrica 	<p>MSPAS MIDES INFOM ANAM MINFIN SESAN MARN Cooperación Academia Organizaciones nacionales del sector (ej. RASGUA, AGISA)</p>	<p>Toda la población de los territorios priorizados</p>
	<p>Monitorear la calidad de los servicios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejoramiento y fortalecimiento del sistema de vigilancia de calidad del agua (bacteriológica, fisicoquímica). • Sistema SIVIAGUA del MSPAS. • Implementación del instrumento de planificación financiera. • Sistematización del monitoreo de aguas residuales. 	<p>MSPAS ANAM MARN Cooperación internacional Organizaciones nacionales del sector</p>	

5. Comunicación para el cambio social y de comportamiento

Coordinación: Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia de la República (SESAN)

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	Actores gubernamentales y apoyo	Población objetivo
Individual	<ul style="list-style-type: none"> •Consejería Individual •Sesiones grupales de consejería (por grupos de embarazadas, madres, padres, etc.) •Asistencia de información vía telefonía móvil 	Dado el mandato de SESAN, la coordinación se realizará a través de los mecanismos del SINASAN Todos los Ministerios participan según las temáticas y experiencia. Por ejemplo:	Madres, padres o responsables de niñas y niños menores de 6 años, mujeres embarazadas, en período de lactancia y adolescentes (13-18 años)
Familiar	<ul style="list-style-type: none"> •Sesiones educativas participativas y demostrativas, grupos de apoyo comunitarios y Consejería familiar 	MSPAS: Ventana de los mil días y evaluación nutricional. MAGA: Alimentos nutritivos y variedad de la dieta; selección de alimentos saludables, etc.	Población rural sin acceso a servicios
Comunitario	<ul style="list-style-type: none"> •Espacios de diálogo y sesiones educativas, grupos de apoyo comunitarios •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 	MIDES: formación de líderes comunitarios. MINEDUC: capacitación de organizaciones de padres de familia y centros comunitarios de estimulación oportuna Municipalidades	Por líderes y lideresas comunitarias, organizaciones locales y personas de confianza de la comunidad
Institucional	<ul style="list-style-type: none"> •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 consejería en pares y grupos de apoyo comunitario. •Comunicación social para promover la utilización de los servicios públicos de la Gran Cruzada por la Nutrición. •Fortalecimiento institucional para la coordinación y articulación a nivel local 	Otros actores podrán apoyar: ONG's con presencia local Agencias de Naciones Unidas Cooperación internacional Iglesias Empresas Privadas Sociedad civil Voluntarios	Actores locales de los distintos Ministerios relacionados a la SAN (MSPAS, MAGA, MIDES, MINEDUC, entre otros), delegados y monitores de SESAN, y especialmente la Municipalidad, empresas, iglesias y Organizaciones de Sociedad Civil

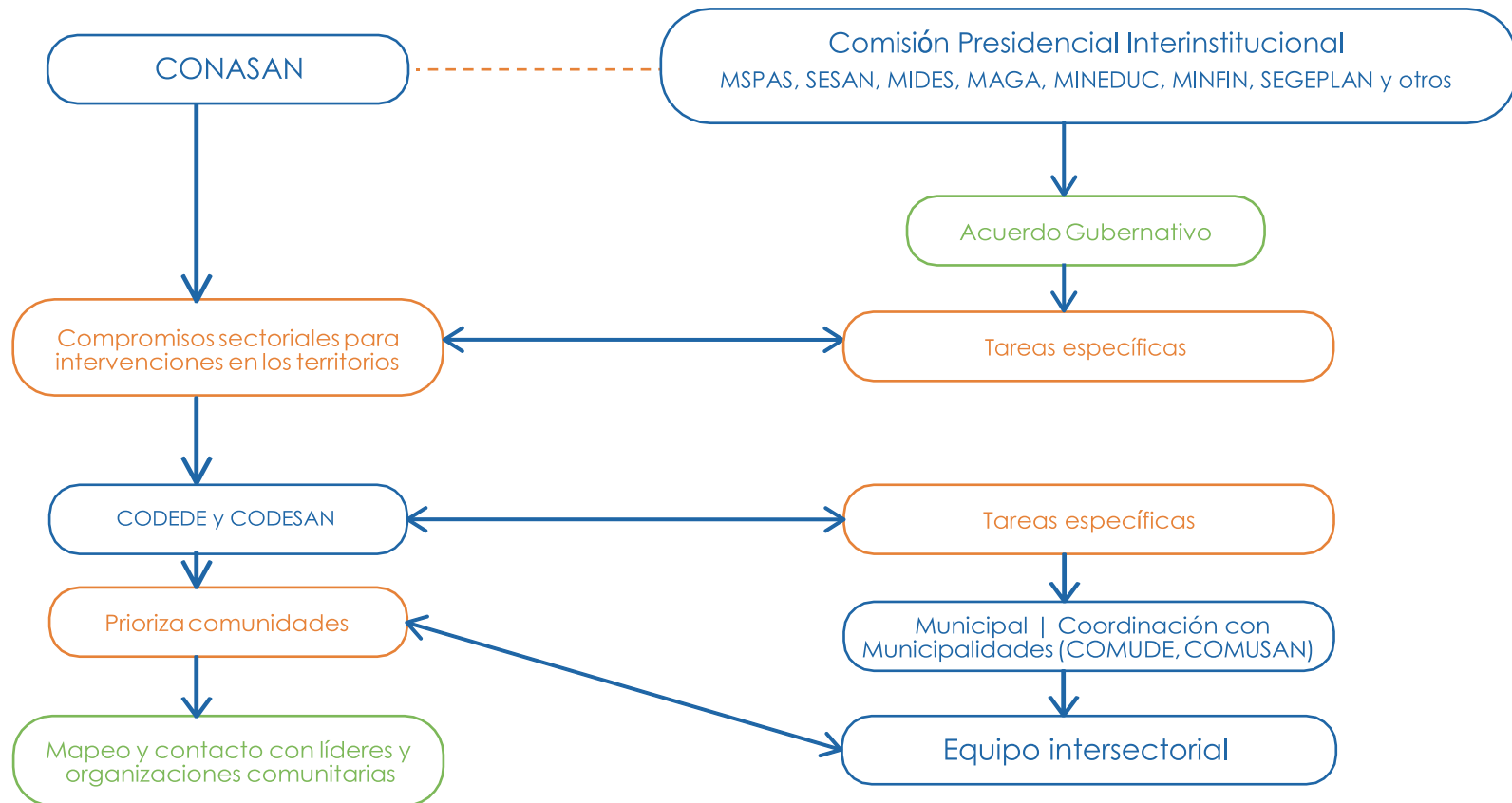
IX. Ejes transversales

A. Gobernanza.

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

guatemaltecas. 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 Gran Cruzada Nacional por la Nutrición 2020-2024



La Gobernanza se define como el sistema de normas, procedimientos y mecanismos sobre el cual los actores se coordinan, deciden y comprometen con acciones y roles definidos en todos los niveles (33) para abordar temas complejos como la desnutrición crónica infantil, buscando un efecto sinérgico entre los diferentes sectores

de gobierno a nivel nacional, regional y local, para el logro los objetivos establecidos.

Para la implementación de la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición se cumplirá con la ruta que se presenta en el Diagrama 13:

D13 Ruta para la Gran Cruzada por la Nutrición

- 1.** Acuerdo Gubernativo Interinstitucional para la articulación del trabajo
- 2.** Identificación e involucramiento de líderes de los diferentes sectores corresponsables en la implementación de las acciones y estrategias de la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición
- 3.** Elaboración de planes específicos de cada línea de acción, que contemple compromisos sectoriales y diseño de modelo de coordinación a nivel central
- 4.** Socialización, desarrollo e implementación de planes de acción departamentales y municipales, conformación de equipos intersectoriales (CODESAN Y COMUSAN)
- 5.** Fortalecimiento de capacidades del personal institucional departamental y municipal para el desarrollo del plan local de implementación
- 6.** Priorización y caracterización de comunidades a nivel municipal
- 7.** Identificación, socialización e involucramiento en la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición, de líderes comunitarios y familias influyentes para la conformación de equipos
- 8.** Asambleas comunitarias de sensibilización, reflexión e involucramiento en la Gran Cruzada por la Nutrición para definición de prioridades, acciones y elaboración de plan de acción a nivel comunitario
- 9.** Implementación de acciones de la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición
- 10.** Monitoreo y evaluación de acciones en forma constante y periódica de la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición, a través de indicadores

Bajo la rectoría del Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, presidido por el Vicepresidente de la República, y la coordinación de la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional para la articulación con los sectores involucrados, cooperación internacional y sociedad civil en los diferentes niveles de gobierno que participan en el desarrollo de la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición, especialmente con:

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-

Articular las intervenciones de salud y nutrición, así como de agua segura, saneamiento e higiene.

Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación -MAGA-

Articular con las intervenciones de disponibilidad y acceso a una alimentación saludable.

Ministerio de Desarrollo Social -MIDES-

Articular las intervenciones de protección social que priorice el Gobierno.

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; convivencia saludable, en el marco del Programa de Alimentación Escolar.

Ministerio de Comunicaciones, Infraestructura y Vivienda -CIV-

Impulsar en el seno del CONAVI la aprobación de la Política de Vivienda y mejorar las condiciones de habitabilidad de las familias (piso formal, humo en el hogar, etc.)

Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales - MARN -

Apoyar las acciones de control de la contaminación hídrica, asesoría en la gestión y control de desechos sólidos.

Ministerio de Economía - MINECO-

Articular intervenciones que favorecerán la generación de ingresos.

Ministerio de Finanzas -MINFIN-

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

Ministerio de Trabajo y Previsión Social -MINTRAB-

Implementar acciones para mejorar el acceso de la población a los alimentos.

Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente -SOSEP-

Apoyar las acciones que permitan mejorar la salud y nutrición de la población objetivo, así como las de protección social para la población más vulnerable.

Secretaría de Coordinación Ejecutiva de la Presidencia -SCEP-

Impulsar la descentralización para el cumplimiento de los objetivos de la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición, fortaleciendo las CODESAN y COMUSAN de los municipios priorizados.

Secretaría de Bienestar Social -SBS-

Apoyar a las acciones enfocadas en la primera infancia, así como las de protección social para la población más vulnerable.

Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia -SEGEPLAN-

Asesorar con el Ministerio de Finanzas Públicas y en consulta con los demás ministerios de Estado, la coordinación y armonización de los planes y proyectos, de tal forma que se tenga una disponibilidad de recursos que garanticen la sostenibilidad de las acciones emprendidas en el marco del ejercicio de presupuesto multianual.

Entidades descentralizadas vinculadas al SINASAN (CONALFA, FONTIERRAS, ICTA, INDECA e INFOM)

Apoyar la implementación de las líneas de acción según su mandato institucional.

Registro Nacional de las Personas -RENAP-

Articular para el registro de identidad de la población objetivo (CUI) para que accedan a las diferentes intervenciones del MSPAS, MIDES, MINEDUC, MAGA SBS, SOSEP y otras relacionadas.

Cooperación internacional

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

Gobiernos departamentales y municipales

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.

Sociedad civil organizada

Presentar propuestas y aportes técnicos, identificar e instrumentar acciones en temas relacionados con la SAN, a requerimiento de SESAN. Auditoría Social de las intervenciones según su criterio.

Academia

Establecer convenios de colaboración docente-asistencial que permitan contar con recursos humanos en prácticas del Ejercicio Profesional Supervisado de grado y postgrado.

Congreso de la República

Aprobar presupuestos que permitan la implementación oportuna de los componentes de la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición y fiscalizar la implementación de acciones por parte del Ejecutivo.

El gobierno nacional, los gobiernos departamentales y municipales, 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 Gran Cruzada Nacional por la Nutrición, en sus respectivos ámbitos.



B. Monitoreo y evaluación. Responsable: SESAN

Los esfuerzos de monitoreo y evaluación de la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición serán coordinados por la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN), conforme a lo estipulado en la Ley del SINASAN³; 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, resultado e impacto, cuya medición, compilación, análisis y disseminación permitirán hacer ajustes y mejoras a las intervenciones propuestas para alcanzar los objetivos de la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición. En el Anexo 3 se incluye propuesta de indicadores de resultado y proceso, según cada línea de acción, la cual se revisará y actualizará de forma progresiva en un documento adicional, en coordinación con cada institución responsable.

Como condición necesaria para el monitoreo se prevé el fortalecimiento de los sistemas de información de las instituciones ejecutoras, a través de procesos técnicos para mejorar la obtención del dato, análisis permanente, usuarios, intercambio e integración de información para fortalecer la toma de decisiones con base en la evidencia. Por medio del monitoreo regular se recopilarán, analizarán y medirán datos sobre la situación de los grupos que son objeto de cada una de las intervenciones de la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición.

Una acción de carácter urgente para garantizar el acceso a los programas contenidos en la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición es el 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 institución involucrada. 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 que pueda resultar demasiado alto para los hogares beneficiarios.

Esta actividad asegura el cumplimiento del derecho a la identidad de la de la infancia, lo que facilitará el fortalecimiento del Sistema Nacional de Información Social (SNIS) a cargo del MIDES.

La Gran Cruzada Nacional por la Nutrición contará con planificación operativa oportuna de las intervenciones en las instituciones relacionadas, lo cual facilitará el diseño del modelo de evaluación inicial y final para el seguimiento de los indicadores de resultados e impacto.

Respecto de las fuentes de los datos para monitoreo y evaluación, es importante resaltar que Guatemala tiene, desde 1987, un sistema nacional de encuestas de demografía y salud⁴. Para el indicador de sobrepeso y obesidad en escolares de 6 a 12 años, se utilizaron los resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud y Nutrición -SIVESNU-, reportados en el 2017.

³ 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 Gran Cruzada Nacional por la Nutrición 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.

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

Se implementará un sistema de evaluación que incluirá línea de base y evaluación final en los diez departamentos priorizados, con el objetivo de actualizar los indicadores de impacto en estos departamentos.

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 CONASAN, harán las gestiones correspondientes para apoyar el financiamiento de éstas, lo que implica la revisión de fuentes de financiamiento tributarias o de otro tipo, incluyendo las gestiones ante los diferentes sectores de la sociedad y 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.

Para la determinación del presupuesto se implementará un ejercicio de estimación financiera, en el que participarán las direcciones de planificación y financieras de las instituciones involucradas, con la asesoría de la Dirección Técnica del Presupuesto del MINFIN y SEGEPLAN, de forma tal que, se puedan integrar a los Planes Operativos Anuales que serán implementados a partir del año 2021. Durante 2020, se propone adecuar los recursos disponibles para iniciar con las acciones previstas. Otro espacio fiscal para la 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 (30) 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 Gran 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% en el año 2023.

Esto implica la elaboración de una estrategia financiera que permita el análisis de rigídices 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 4 las estimaciones de gasto público social en 2017 realizadas por CEPAL y la propuesta de incremento.

D. Equidad de género y pertinencia cultural.

La Gran Cruzada Nacional por la Nutrición abordará el tema de género y pertinencia cultural, fortaleciendo mecanismos de planificación y presupuesto, mediante la implementación de instrumentos internos en las instituciones involucradas, observando el cumplimiento de:

- Enfoque de género.
- Empoderamiento económico, social y estructural de la mujer.
- Eliminación de toda clase de violencia y discriminación de género y etnia.
- Enfoque de etnia e interculturalidad en los procesos e intervenciones para la mejora de la salud y nutrición.
- Promover políticas municipales de SAN con enfoque de género e interculturalidad.

X. Referencias bibliográfica

1. Giammattei, A. (2019). Plan Nacional de Innovación y Desarrollo -PLANID-, 2020-2024; Guatemala.
2. MDG Achievement Fund (2013). Addressing Malnutrition Multisectorally. What have we learned from recent international experience?; United Nations, New York.
3. 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.
4. World Health Organization (WHO), (1995). Physical status: the use.
5. NCD Risk Factor Collaboration, (2016). A century of trends in adult human height; London.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Programa Mundial de Alimentos (PMA), (2016). El análisis “cerrar la brecha de nutrientes”, noviembre de 2018.
10. Organización Mundial de la Salud (OMS), (2003). Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado.
11. Instituto Nacional de Estadística (INE), (2019). XII Censo Nacional de Población y VII de Vivienda. Principales Resultados Censo 2018. Septiembre 2019; Guatemala.
12. Organización Mundial de la Salud (OMS), (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud; New York.
13. 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; Guatemala.
14. Naciones Unidas, (2018). Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Resolución A/RES/70/1 del 21 de octubre de 2015; New York.
15. World Health Assembly / World Health Organization, (2012). Global Nutrition Targets to 2025; Geneva.
16. 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; Guatemala.

17. 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.
18. Instituto Nacional de Estadística (2016). Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2014 (ENCOVI); Guatemala.
19. SESAN/PMA/UNICEF. (2018). Evaluación de seguridad alimentaria y nutricional 2018 -ESAN -; Guatemala.
20. 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
21. Bhutta, ZA, et al (2008). What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival; volume 371
22. 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.
23. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), (1995). Seguridad Alimentaria Nutricional en Hogares Rurales y Urbanos: Experiencias de la Región Centroamericana; Guatemala.
24. Grupo de Alto Nivel de Expertos en Seguridad Alimentaria y Nutrición (GANESAN), (2019). Informe #4; Roma.
25. CEPAL/UNICEF (2014): Protección social para la infancia en El Salvador, Guatemala y Honduras Avances y desafíos. Martínez F., Juliana; Santiago de Chile.
26. 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.
27. The Lancet, (2016). Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale.
28. 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
29. 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_consensorma.pdf .
30. CEPAL. (2019). Panorama Social de América Latina y el Caribe 2019; Santiago de Chile.
31. FAO, OPS, WFP y UNICEF. (2019). Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2019. Santiago. 135. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
32. UNICEF/Universidad Landívar. (2019). Comunicación para el desarrollo y la prevención de la violencia contra la niñez; Guatemala, Honduras.

33. Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia (SESAN), (2019). Manual de Gobernanza en Seguridad Alimentaria y Nutricional, 2da. Edición 2019; Guatemala.
34. Banco Mundial (BM), (2017). Diagnóstico de Agua, Saneamiento e Higiene y su relación con la Pobreza y Nutrición en Guatemala. Washington, DC.

Anexos

1. Municipios priorizados en la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición

No.	Departamento	Municipio	% retardo de talla (dc)
1	ALTA VERAPAZ	SAN CRISTÓBAL VERAPAZ	60.7
2	ALTA VERAPAZ	TAMAHÚ	57.5
3	ALTA VERAPAZ	TACTIC	54.7
4	ALTA VERAPAZ	LANQUÍN	52.3
5	ALTA VERAPAZ	SENAHÚ	52.1
6	ALTA VERAPAZ	SAN JUAN CHAMELCO	51.9
7	ALTA VERAPAZ	SANTA CRUZ VERAPAZ	46.5
8	ALTA VERAPAZ	TUCURÚ	46.3
9	ALTA VERAPAZ	CAHABÓN	44.9
10	ALTA VERAPAZ	CHAHAL	43.6
11	ALTA VERAPAZ	PANZÓS	43.6
12	ALTA VERAPAZ	SANTA CATALINA LA TINTA	41.1
13	CHIQUMULA	JOCOTÁN	67
14	CHIQUMULA	OLOPA	65.7
15	CHIQUMULA	CAMOTÁN	55.2
16	CHIQUMULA	SAN JUAN ERMITA	47.6
17	CHIQUMULA	CHIQUMULA	42.9
18	HUEHUETENANGO	SAN MATEO IXTATÁN	78.5
19	HUEHUETENANGO	SAN JUAN ATITÁN	76.9
20	HUEHUETENANGO	SAN MIGUEL ACATÁN	76.2
21	HUEHUETENANGO	SAN RAFAEL INDEPENDENCIA	74
22	HUEHUETENANGO	COLOTENANGO	72.2
23	HUEHUETENANGO	SANTA EULALIA	71.5
24	HUEHUETENANGO	SANTA BÁRBARA	67.8
25	HUEHUETENANGO	SAN SEBASTIÁN HUEHUETENANGO	66.2
26	HUEHUETENANGO	SAN GASPAR IXCHIL	65.4
27	HUEHUETENANGO	BARILLAS	64.5
28	HUEHUETENANGO	SAN SEBASTIÁN COATÁN	64
29	HUEHUETENANGO	SAN JUAN IXCOY	63.3

No.	Departamento	Municipio	% retardo de talla (dc)
30	HUEHUETENANGO	SANTIAGO CHIMALTENANGO	63.1
31	HUEHUETENANGO	NENTÓN	59.7
32	HUEHUETENANGO	CONCEPCIÓN HUISTA	59.4
33	HUEHUETENANGO	SAN IDELFONSO IXTAHUACÁN	59
34	HUEHUETENANGO	TODOS SANTOS CUCHUMATÁN	57.3
35	HUEHUETENANGO	SAN PEDRO NECTA	55.3
36	HUEHUETENANGO	TECTITÁN	50.1
37	HUEHUETENANGO	LA LIBERTAD	48.7
38	HUEHUETENANGO	SAN RAFAEL PÉTZAL	48.1
39	HUEHUETENANGO	AGUACATÁN	48
40	HUEHUETENANGO	SOLOMA	48
41	HUEHUETENANGO	CHIANTLA	47.9
42	HUEHUETENANGO	JACALTENANGO	47.4
43	HUEHUETENANGO	PETATÁN	46.1
44	HUEHUETENANGO	CUILCO	44.2
45	HUEHUETENANGO	SAN ANTONIO HUISTA	40.5
46	QUICHE	CHAJUL	72
47	QUICHE	PATZITÉ	69.7
48	QUICHE	SAN JUAN COTZAL	69.1
49	QUICHE	CUNÉN	66.3
50	QUICHE	CHICHICASTENANGO	62.4
51	QUICHE	NEBAJ	61.9
52	QUICHE	SAN PEDRO JOCOPILAS	61.9
53	QUICHE	CHICAMÁN	57.4
54	QUICHE	CHICHÉ	56.5
55	QUICHE	SAN ANTONIO ILOTENANGO	56.3
56	QUICHE	SACAPULAS	55.9
57	QUICHE	SAN BARTOLOMÉ JOCOTENANGO	55.9
58	QUICHE	USPANTÁN	55.9
59	QUICHE	SANTA CRUZ DEL QUICHÉ	52.1
60	QUICHE	JOYABAJ	49.4
61	QUICHE	ZACUALPA	47

No.	Departamento	Municipio	% retardo de talla (dc)
62	QUICHE	CHINIQUE	46.2
63	QUICHE	PLAYA GRANDE-IXCÁN	40.3
64	SOLOLA	CONCEPCIÓN	63.6
65	SOLOLA	SANTA CATARINA IXTAHUACÁN	59.2
66	SOLOLA	NAHUALÁ	59
67	SOLOLA	SAN PABLO LA LAGUNA	56.4
68	SOLOLA	SOLOLÁ	53.9
69	SOLOLA	SANTA CRUZ LA LAGUNA	52.4
70	SOLOLA	SAN ANTONIO PALAPÓ	49.8
71	SOLOLA	SAN JUAN LA LAGUNA	49.8
72	SOLOLA	SAN JOSÉ CHACAYÁ	49.7
73	SOLOLA	SANTA CATARINA PALAPÓ	46.9
74	SOLOLA	SAN ANDRÉS SEMETABAJ	44.1
75	SOLOLA	SAN MARCOS LA LAGUNA	43.9
76	SOLOLA	SANTA CLARA LA LAGUNA	41.8
77	TOTONICAPAN	SANTA MARÍA CHIQUIMULA	72.7
78	TOTONICAPAN	SANTA LUCIA LA REFORMA	69.7
79	TOTONICAPAN	MOMOSTENANGO	64.5
80	TOTONICAPAN	SAN BARTOLO	56.7
81	TOTONICAPAN	SAN ANDRÉS XECUL	55.8
82	TOTONICAPAN	SAN FRANCISCO EL ALTO	52.6
83	TOTONICAPAN	TOTONICAPÁN	48.2
84	TOTONICAPAN	SAN CRISTÓBAL TOTONICAPÁN	45.4
85	CHIMALTENANGO	SANTA APOLONIA	68.7
86	CHIMALTENANGO	TECPÁN GUATEMALA	61
87	CHIMALTENANGO	PATZÚN	55.9
88	CHIMALTENANGO	SANTA CRUZ BALANYÁ	51.7
89	CHIMALTENANGO	COMALAPA	49.3
90	CHIMALTENANGO	SAN JOSÉ POAQUIL	47.6
91	CHIMALTENANGO	ACATENANGO	44.2
92	SAN MARCOS	CONCEPCIÓN TUTUAPA	72.7
93	SAN MARCOS	COMITANCILLO	70.5
94	SAN MARCOS	SIBINAL	59.4

No.	Departamento	Municipio	% retardo de talla (dc)
95	SAN MARCOS	TAJUMULCO	56.4
96	SAN MARCOS	TACANÁ	52.1
97	SAN MARCOS	IXCHIGUÁN	51.1
98	SAN MARCOS	SIPACAPA	50.8
99	SAN MARCOS	SAN MIGUEL IXTAHUACAN	50.4
100	SAN MARCOS	SAN JOSÉ OJETENAM	49.9
101	SAN MARCOS	SAN LORENZO	45.4
102	SAN MARCOS	TEJUTLA	44.3
103	JALAPA	SAN PEDRO PINULA	54
104	JALAPA	JALAPA	46.3
105	JALAPA	SAN CARLOS ALZATATE	42.9
106	QUETZALTENANGO	CABRICÁN	57.5
107	QUETZALTENANGO	PALESTINA DE LOS ALTOS	55
108	QUETZALTENANGO	HUITÁN	54.2
109	QUETZALTENANGO	SAN MARTÍN SACATEPÉQUEZ	53.1
110	QUETZALTENANGO	CAJOLÁ	52.6
111	QUETZALTENANGO	SAN JUAN OSTUNCALCO	50.3
112	QUETZALTENANGO	SAN MIGUEL SIGÜILA	46
113	QUETZALTENANGO	ALMOLONGA	44.9
114	QUETZALTENANGO	CONCEPCIÓN CHIQUIRICHAPA	42.9

2. Acciones integradas y plazos

Después del lanzamiento de la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición se elaborarán planes de acción para cada una de las cinco líneas identificadas, los cuales tomarán en cuenta los ejes transversales. A continuación se plantean algunas acciones integradas y sus plazos, mismas que serán revisadas y actualizadas por las instituciones responsables.

Acciones integradas en el primer año de ejecución

Salud y nutrición

Lanzamiento de la APSA como estrategia para alcanzar la salud universal y la disminución de la desnutrición.

Movilización social para unir aliados locales para las redes integrales de salud.

Convenios con universidades y donantes para fortalecer RRHH, # de población objetivo y establecimiento de metas de cobertura para servicios de la ventana de los mil días.

Conformado grupo interinstitucional, Escuelas Saludables, Acuerdo MINEDUC / MSPAS.

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, saneamiento e higiene

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 de la República.

Definición del plan de reforma del sector consensuado, lanzamiento del plan de potabilización a nivel comunitario, construcción de modelos piloto de instalaciones de agua y saneamiento en servicios de salud.

Propuesta de modificación al reglamento interno del MSPAS para la creación de la Dirección de Agua y Saneamiento

Inventario del 100% de servicios de agua en los municipios priorizados.

Protección social

Preparado marco lógico para formulación presupuestaria 2021.

Recertificado del padrón de beneficiarios en municipios priorizados, diseñado e implementado sistema de monitoreo de TMC por líderes comunitarios.

Primera entrega de TMC en municipios priorizados por la Gran Cruzada por la Nutrición ejecutada línea base TMC.

Cambio social y de comportamiento

Acuerdo interministerial firmado.

Propuesta de plan de fortalecimiento institucional.

Sectores tienen personal fortalecido en habilidades de comunicación.

Existen Planes Sectoriales de CCSC.

Sectores tienen personal fortalecido en gobernanza local.

Informe de resultados de la línea de base de municipios priorizados.

Lanzamiento de la Estrategia de Comunicación para el Cambio Social y de Comportamiento.

Disponibilidad y acceso a una alimentación saludable

Alianza entre el MAGA y el MINECO para promover emprendimientos. Diseño de productos (intervenciones) del Programa de Apoyo a la Agricultura Familiar adaptados al diseño de la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición.

Fortalecido el Sistema de Información, Planificación, Seguimiento y Evaluación, SIPSE del MAGA.

Funcionando el 100% de Agencias Municipales de Extensión Rural (AMER) del territorio priorizado por la Cruzada. (Extensionistas contratados y capacitados e insumos disponibles).

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 excedentarias).

Instalación y visitas técnicas a unidades de prueba y transferencia tecnológica a nivel comunitario (patio y huertos escolares).

Acciones integradas en el segundo y tercer año de ejecución

Salud y nutrición

Construcción y equipamiento de nuevos puestos de salud en los municipios priorizados.
Abastecimiento sostenido de servicios con medicamentos e insumos.
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 ventana de los mil días.
Probados programas piloto Escuelas Saludables y Estimulación Oportuna.

Agua segura, saneamiento e higiene

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

Protección social

Ampliada cobertura de TMC.
Fortalecido diseño y seguimiento de corresponsabilidades.
Planes de ampliación de programas piloto.

Cambio social y de comportamiento

Comunidades priorizadas realizan acciones Comunicación para Cambio Social y de Comportamiento CCSC.
Sistema de monitoreo de CSC para todos los niveles implementado.
Redes locales de apoyo en SAN conformadas en comunidades priorizadas.

Disponibilidad y acceso a una alimentación saludable

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 cuarto año de ejecución

Salud y nutrición

Construcción y equipamiento de puestos de salud en los municipios priorizados.

Sistema logístico de abastecimiento operando e institucionalizado. Programa de certificación de RRHH institucionalizado, coberturas nominales alcanzadas en la ventana de los mil días (evaluación final y presentación de indicadores).

Agua segura, saneamiento e higiene

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 TMC.

Monitoreo del cumplimiento de corresponsabilidades, según nuevo diseño.

Sistema de monitoreo de TMC por líderes comunitarios.

Cambio social y de comportamiento

Sistema de monitoreo para CCSC consolidado.

Estrategia de CSC consolidada e institucionalizada.

Disponibilidad y acceso a una alimentación saludable

Evaluación final para:

Determinar el porcentaje de mejora en prácticas agrícolas aplicadas por productores atendidos por MAGA.

Determinar el porcentaje de diversificación productiva y alimentaria.

Determinar el porcentaje de aumento en el consumo de proteína animal.

Respuesta institucional para atender emergencias

Determinar el porcentaje de incremento en el volumen de almacenamiento de maíz y frijol de los productores.

Determinar el porcentaje de incremento de la comercialización excedentaria de productores beneficiarios de MAGA.

3. Gran Cruzada Nacional por la Nutrición 2020-2024

Indicadores y metas

	Indicador	Prevalencia	Fuente	Meta para el período
Impacto	Desnutrición crónica en menores de 5 años	46.5%	ENSMI 2014/15	Reducción de 7 puntos porcentuales
	Sobrepeso y obesidad en menores de 5 años	4.7%	ENSMI 2014/15	Porcentaje de sobrepeso y obesidad menor a 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	Porcentaje de sobrepeso y obesidad menor a 18%
	Anemia en niños/as de 6 a 59 meses	32.4%	ENSMI 2014/15	A definir según resultados de línea de base
	Anemia en embarazadas	24.2%	ENSMI 2014/15	A definir según resultados de línea de base
	Anemia en no embarazadas	14.5%	ENSMI 2014/15	A definir según resultados de línea de base
Nota: Debido a que los datos de prevalencia nacional proceden de fuentes de más de cinco años de antigüedad, se implementará un sistema de evaluación que incluirá línea de base y evaluación final en los diez departamentos priorizados.				

	Indicador	Dato Basal	Fuente	Meta para el período
Resultados	Salud y Nutrición			
	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

	Indicador	Dato Basal	Fuente	Meta para el período
Resultados	Salud y Nutrición - Fortalecimiento Institucional			
	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

	Indicador	Dato Basal	Fuente	Meta para el período
Proceso	Salud y Nutrición			
	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%

Salud y Nutrición				
Proceso	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

Disponibilidad y acceso a una alimentación saludable *				
Resultados	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

Disponibilidad y acceso a una alimentación saludable *				
Porcentaje de familias que implementan al menos 3 prácticas para la conservación de suelo	17.6	Línea PAFFEC	basal	Aumento en 20 puntos porcentuales
Porcentaje de familias que aplican al menos una práctica para la producción forestal	80.6	Línea PAFFEC	basal	Aumento en 15 puntos porcentuales
Participación de la mujer rural en los servicios brindados por el MAGA	ND	Línea PAFFEC	basal	Aumento en 20 puntos porcentuales

Resultados

Protección social				
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 Gran Cruzada Nacional por la Nutrición	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

Proceso

Protección social				
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 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
Resultados	Agua segura, saneamiento e higiene			
	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	ND	-----	Aumenta en un 40%
	Todos (WASH) no seguros) % 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
Resultados	Agua segura, saneamiento e higiene			
	% 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 domiciliario	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	

4. Información de gasto público social de Centroamérica

Centroamérica: gasto público social 2017

Distribución de 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%