



Oficina de Evaluación

Evaluación de la Operación Prolongada de Socorro y Recuperación Guatemala 10457.0

**“Recuperación y Prevención de Desnutrición de Grupos
Vulnerables”**

**(Diciembre 2005-Diciembre 2008) ampliada a Diciembre
2009.**

Informe final

enero de 2010

OE/2010/004

Evaluadores

Jacqueline Frize	Consultor, Jefe de equipo
Carlos Calderón	Consultor

Encargado por la Oficina de Evaluación del PMA

Agradecimiento

El equipo de evaluación desea expresar su gratitud por el apoyo recibido en Guatemala de todas las contrapartes del Programa Mundial de Alimentos (PMA) —el Gobierno central, las autoridades locales, los representantes de las organizaciones locales y los organismos de las Naciones Unidas—, quienes adoptaron un enfoque transparente y constructivo para entrevistar a los beneficiarios, dedicándole a esta tarea todo el tiempo necesario. También el personal de la Oficina del PMA en Guatemala invirtió tiempo y energía en esta labor, en especial en la recopilación de los documentos y datos necesarios para organizar la misión sobre el terreno. Además, tanto el personal directivo superior como el personal en general hicieron todo lo posible, en términos de empeño y horas de trabajo, para prestar apoyo al equipo de evaluación.

Exención de responsabilidad

Las opiniones expresadas son las del equipo de evaluación y no reflejan necesariamente las del Programa Mundial de Alimentos. La responsabilidad de las opiniones formuladas en el presente informe recae exclusivamente en sus autores. La publicación de este documento no implica aprobación alguna, por parte del PMA, de las opiniones que contiene.

Las denominaciones empleadas y la forma en que aparecen presentados los datos en los mapas no implican, de parte del PMA, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios o zonas marítimas, ni respecto de la delimitación de sus fronteras o límites.

Responsable de la evaluación

Directora de la Oficina de Evaluación
Oficial de Evaluación, Oficina de Evaluación

Sra Caroline Heider
Sr Michel Denis

Hoja informativa

Nombre de la Operación:"	
Operación Prolongada de Socorro y Recuperación OPSR 10457.0 "Recuperación y Prevención de Desnutrición de Grupos Vulnerables"	
Duración	
Fecha programada:	1 diciembre 2005 a diciembre 2008
Fecha de inicio real:	26 junio 2008
Extensión en tiempo sin costo:	31 diciembre 2009
Presupuesto:	
Costo original para el PMA:	USD27, 445,337
Revisiones de Presupuesto:	
Noviembre 2008:	USD30.5 millones
Toneladas y Beneficiarios Programadas:	
28.857 TM para 975,000 beneficiarios 373,000 personas anualmente en 83 municipios en 13 departamentos del país	
3,000 niños y niñas menores de 5 años que padecen de desnutrición aguda 220,000 niños y niñas de 6 a 36 meses de edad 150,000 mujeres embarazadas y madres lactantes	
Otras operaciones del PMA en curso:	
CP 10092.0:	1 enero 2003 – diciembre 2009
Asistencia 157,458 beneficiarios a través de 3 actividades en 111 municipios priorizados	
OPRS Regional 10444.0:	1 junio 2007- 31 mayo 2009
Asistencia para aumentar la capacidad de preparación ante catástrofes y de mitigación de sus efectos entre las poblaciones marginadas con un compromiso de 13,224 TM de alimentos	
OPRS Regional 10212.0	31 enero 2006 a 31 diciembre 2009
Asistencia a 275,000 personas en 109 municipios con 7,329TM de alimentos	
DEV Regional 10421.0:	31 enero 2006 a 31 diciembre 2009
Fortalecimiento de la capacidad de programas de micronutrientes integrados en Centro-América	
DEV Regional 10411.0:	abril 2005 a abril 2009
Fomento de la capacidad en apoyo de los programas de protección social basados en la ayuda alimentaria	
IR EMOP-CERF:	Septiembre – diciembre 2009
Asistencia con 407TM de alimentos en el municipio de Izabal 2009 para atender el estado de calamidad del país. El PMA con las agencias de las NNUU pretende asistir a 11,500 familias como respuesta al estado de calamidad	

Actividades principales - Distribución en (TM):

Proyecto	2006	2007	2008	2009
Programa de País	3,214	3,434	2,956	970
OPRS Regional	6,389	503	2,542	542
EMOP de País	19,129	1,950		
OPRS de País	1,692	3,150	3,783	2,200
Total (TM)	30,425	9,037	9,281	3,712

Socios principales:	
Instituciones de Gobierno:	INDECA, MAGA, MSPAS, SESAN
OGN socios del MSPAS:	51 ONG
Organizaciones NNUU:	OPS/INCAP, UNICEF
Donantes principales:	AECID, Cooperación Italiana, Embajada Francesa, Unión Europea

Indice

Resumen ejecutivo	i
1. Antecedentes	1
1. A Contexto	1
1. B Descripción de la operación	4
1. C Características de la evaluación	9
2. Constataciones principales	12
2. A Diseño de la operación: pertinencia e idoneidad.....	12
2. B Productos y proceso de ejecución:	17
2. C Resultados	29
2. D Cuestiones intersectoriales	35
3. Conclusiones y recomendaciones	36
3. A Evaluación global	36
3. B Cuestiones clave para el futuro	38
3. C Recomendaciones.....	41
Anexos	43
1. Mandato	43
2. Bibliografía.....	57
3. Lista de personas contactadas y de lugares visitados.....	61
4. Metodología	64
5. Mapa.....	65
6. Otros anexos técnicos.....	66
7. Descripción del componente logístico del PRCD.....	68
8. Desglose del presupuesto.....	69
9. Calculo del Valor ALFA para VITACEREAL,	70
10. Anexos de logística adicionales	71
Lista de siglas	84

Resumen ejecutivo

Contexto

i. Guatemala es un país de renta media¹ con una población de unos 13 millones de habitantes pertenecientes a varios grupos étnicos que hablan 23 idiomas. La prevalencia del promedio nacional de desnutrición entre los niños menores de 5 años en el 49.3 por ciento, con prevalencias más altas en las áreas rurales del país donde se concentra la población indígena (69.5 por ciento)². En 2005 el Gobierno de Guatemala (GoGua) promulgó por decreto la Ley de la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) y la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN) para coordinar y planificar las acciones de seguridad alimentaria. Desde 2006 se elabora el Programa para la Reducción de la Desnutrición Crónica (PRDC) con la participación de instituciones del sector público, Organizaciones No-Gubernamentales (ONG) y organismos de cooperación internacional. La prioridad de este programa es la reducción de la desnutrición crónica en niños y niñas de 6 a 36 meses de edad en un 50 por ciento para el 2015. En el 2006 se diseña la Estrategia de la Reducción de la Desnutrición Crónica 2006-2016 (ENRDC) que tiene como objetivo general la reducción de la desnutrición infantil de acuerdo con las Metas del Milenio

Resumen de la operación y su contexto

ii. El PMA contribuye al componente de la alimentación complementaria del PRDC/ENRD a través de la Operación Prolongada de Socorro y Recuperación (OPSR) 10457.0. El PMA ha elaborado un alimento complementario fortificado específico, llamado Vitacereal[®] ³ para este fin tras un proceso de consultación con actores técnicos del GoGua y de las Naciones Unidas (NNUU).

Objetivo de la evaluación, y enfoque general

iii. La evaluación tiene como objetivo determinar las razones del éxito o fracaso de la operación para desempeños futuros. Un equipo de evaluación dos personas se basó en metodologías de evaluación tradicionales en base a teorías de programa y marco lógico y el uso de criterios de evaluación acordados internacionalmente. La evaluación se realizó en 3 etapas: revisión de documentos, visita al terreno y elaboración de informe de análisis.

1 Atlas de Clasificación de economías de ingreso medio bajo del Banco Mundial (Rango de Renta Nacional Bruta per cápita: USD976 - USD3,855)

2 Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2001

3 Vitacereal es marca registrada por el PMA. Consultar el cuadro 5, para más detalles de la composición del Vitacereal.

Resultados mas importantes y conclusionesRelevancia e idoneidad

iv. El diseño de la OPSR es uno de sus puntos más fuertes ya que se basa en un buen conocimiento de necesidades, del grupo focalizado, y de cómo suministrar un alimento nuevo desde su producción hasta su consumo. El diseño destaca por dos aspectos importantes, i) que es un componente de un programa nacional y ii) que incluye dos objetivos nutricionales vinculados con los objetivos estratégicos del PMA 1 y 4⁴

v. El diseño de la OPSR corresponde a un análisis de necesidades y de capacidades nacionales de respuesta e incluye un análisis de las causas subyacentes de la desnutrición. El marco lógico de la operación es incompleto, ya que no incluye actividades, y presenta indicadores de resultado que se miden fuera del tiempo de implementación de la operación, siendo de naturaleza antropométrica y bioquímica.

vi. El PMA ha desarrollado, y tiene registrado, un alimento complementario fortificado local, que se produce a un costo inferior a otros productos similares en Guatemala y en la región y que es coherente con las recomendaciones del 2003⁵ la OMS y UNICEF para la alimentación de niños menores.

vii. Los criterios de focalización básicos son idóneos para este tipo de programa, basados en grupos que se acceden a través de la infraestructura sanitaria, que es una práctica común en programas de alimentación complementaria para la salud materno-infantil. Desde un principio la OPSR se diseña con un enfoque de traspaso gradual hacia el GoGua durante los tres años de la operación.

Eficiencia

viii. El número de beneficiarios asistidos por año es inferior a la planificada en todas las categorías de beneficiarios. No fue necesario activar el componente de socorro ya que UNICEF tuvo acceso a alimentos terapéuticos alternativos durante la vida de la OPSR. En el componente de recuperación se asistieron a 425,572 de los 975,000 programados (43.6 por ciento). Se ha implementado el programa en 109 municipios, sobrepasando el número planificado de 83 municipios. La evaluación considera que la cobertura limitada se debe a varios factores; una sobre estimación de la rapidez con la que se pueden integrar a los habitantes de las comunidades rurales de asistir regularmente a este tipo de programa, limitaciones de presupuesto, y capacidad de ampliación de cobertura por parte del socio.

ix. La OPSR fue financiada en un 43 por ciento del cual un 71 por ciento fue designado a la compra de 12,427 TM de Vitacereal, a un coste total de 8,733,189 USD.

4 .Durante la fase del diseño de la OPSR, el Objetivo Estratégico 4 era el Objetivo Estratégico 3.

5 Dewey KG. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. PAHO/ OMS, 2003. Es probable que la consulta con expertos del 2008 conlleve a nuevas normas.

x. La entrega a 425,572 beneficiarios de Vitacereal durante el periodo de junio 2005 and junio 2009, equivale a un costo promedio aproximado de 31.0 USD por beneficiario

xi. La ejecución del Vitacereal hacia el socio del PMA a lo largo de la vida de la operación siempre se ha ajustado al Vitacereal disponible.

xii. En el periodo 2006 a 2008 se han registrado 2,15 TM de pérdida, equivalente a 0,019 por ciento de las 11,306 TM manejadas en las bodegas de Instituto Nacional de Comercialización Agrícola (INDECA) debido a deficiencias en el empaque y manipuleo del Vitacereal. Esta pérdida está por debajo del umbral determinado por el PMA de 2 por ciento como intolerable y de recuperación obligada.

Eficacia

xiii. Un efecto notable del suministro del Vitacereal es el aumento en la asistencia mensual a los servicios de salud por parte de la población focalizada. La evaluación concluye que el beneficiario focalizado consume menos producto de lo que se programa, debido a que la ración diaria es de 120g, que hay dilución en su preparación como *atol*, y que existe una tendencia de compartir el alimento con otros miembros de la familia. La operación también ha contribuido a que las mujeres beneficiadas, y algunos hombres, hayan aumentado su acceso a educación nutricional y sanitaria. Esta valoración de los resultados no se ha podido cuantificar y está basada en la teoría de la atribución.

Impacto

xiv. El Vitacereal está posicionado en el país como alimento complementario nutritivo de bajo coste, proporcionando alternativas a los productos existentes. La colaboración entre varios actores técnicos en nutrición, entidades logísticas y la industria alimenticia se ha visto fortalecida durante la OPSR y sirve de base para futuras colaboraciones. Se ha logrado la compra de maíz local para la producción del Vitacereal, demostrado que se puede vincular las necesidades de grupos vulnerables a la inseguridad alimentaria diferentes y sirviendo de modelo para el programa Purchase for Progress.

Sostenibilidad

xv. La OPSR se diseñó con una estrategia de traspaso al GoGua del 100 por ciento. La evaluación confirmó que algunas de las agencias de donantes ya no consideraban al PMA como el ente apropiado para responsabilizarse del suministro del Vitacereal dentro de la ENRDC en Guatemala. Esto en parte explica porque la OPSR ha obtenido financiación insuficiente. La OPSR ha establecido una marca reconocida para el

Vitacereal, que permitiría su uso en el futuro, como un producto localmente desarrollado⁶.

Recomendaciones principales

Oficina de país

1. Mantener la capacidad de análisis de necesidades en nutrición y seguridad alimentaria en el país.
2. Traspasar el suministro del Vitacereal para la ENRDC al Gobierno de Guatemala al final de la OPSR conforme al diseño original.
3. Matizar la estrategia de salida durante la implementación de programas.
4. Mantener la abogacía del uso de Vitacereal en el país como alimento complementario apto para grupos focalizados en intervenciones multi-sectoriales de largo plazo.
5. Considerar una mejora en el proceso de consolidación de la información recopilada para permitir un mejor análisis de contexto y de seguimiento de la operación.

Oficina Regional

6. Considerar la elaboración de una estrategia de financiamiento para programas grandes.

OMXD, Oficina Regional y Oficina de país

7. Hacer mejor uso de la herramienta de marco lógico de proyecto durante la formulación y el seguimiento de la operación.

6 La patente del Vitacereal se queda con el proyecto y no puede ser comercializado

1. Antecedentes

1. A Contexto

1. Guatemala enfrenta un serio desafío para reducir la desnutrición crónica. Tiene el cuarto índice más alto de desnutrición crónica del mundo y el más alto de Latinoamérica. Los datos de la última Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI 2001) ubican la prevalencia del promedio nacional de desnutrición crónica entre los niños menores de 5 años en el 49.3 por ciento, con prevalencias más altas en las áreas rurales del país donde se concentra la población indígena (69.5 por ciento) como demuestra el cuadro 1. Los resultados de la última encuesta de micronutrientes del 1995 también señalan una situación preocupante con prevalencias de anemia por deficiencia de hierro en niños de 6 a 59 meses de 39.7 por ciento, de mujeres embarazadas de 21.1 por ciento y en mujeres de edad fértil de 20.2 por ciento. La deficiencia de Vitamina A en niñas y niños menores de 5 años es de 15.8 por ciento. Adicionalmente solo el 65 por ciento de la sal consumida por los hogares guatemaltecos tiene niveles adecuados de yodo. Se añaden a estos indicadores de desnutrición crónica picos de desnutrición aguda en la zona conocida como el corredor seco del país, clasificada por peso talla en el 2001, 2004 y 2009.

Cuadro 1. Evolución de la desnutrición en niños menores de 5 años (expresada en porcentajes en Guatemala entre 1995 y 2002 por área, grupo étnico y región)

	<i>Desnutrición crónica (talla/edad)</i>			<i>Desnutrición Aguda (peso/talla)</i>		<i>Desnutrición Global (peso/edad)</i>			
Año	1995	1998/99	2002	1995	1998/99	2002	1995	1998/99	2002
Total (%)	49,7	46,4	49,3	3,3	2,5	1,6	26,6	24,2	22,7
Área									
Urbana	35,3	32,4	36,5	2,7	2,0	1,2	18,2	15,6	16,2
Rural	56,6	54,5	55,5	3,5	2,8	1,8	30,6	29,1	25,9
Grupo étnico									
Indígena	67,8	67,3	69,5	3,3	2,2	1,7	34,6	33,6	30,4
No indígena	36,7	34,1	35,7	3,2	2,7	1,6	20,9	18,6	17,5
Regiones									
Metropolitana	33,5	28,6	36,1	3,3	2,3	1,1	18,3	18,9	15,1
Norte	55,3	56,7	61,0	2,7	0,3	1,2	24,9	19,4	23,7
Nororiente	43,9	49,1	39,7	3,9	5,8	3,6	23,1	29,1	17,7
Suroriente	45,4	45,6	46,6	2,6	1,9	1,3	26,4	21,4	26,0
Central	45,7	45,5	42,1	4,7	2,5	1,8	27,0	21,7	21,7
Suroccidente	59,5	54,8	58,5	3,5	2,7	1,7	32,9	29,4	28,5
Noroccidente	69,9	69,2	68,3	2,2	2,5	1,3	34,9	33,4	31,5
Petén	Nd	46,2	46,1	nd	1,7	2,1	nd	19,8	18,0
Nota: Los niños se clasifican como desnutridos si se encuentran 2 o más desviaciones estándar por debajo de la mediana de la población referencial. Deficiencias en talla por edad corresponden a desnutrición crónica, de peso por talla a desnutrición aguda, y de peso por edad a desnutrición global. Fuente: ENSMI, 1995, 1998/99 y 2002.									

2. La población de Guatemala es de unos 13 millones de habitantes pertenecientes a varios grupos étnicos que hablan 23 idiomas. Más de la mitad de la población vive en áreas rurales y se dedican a la agricultura

de auto subsistencia. El analfabetismo en mujeres mayores de 15 años es de 31 por ciento y aumenta al 59 por ciento entre las mujeres indígenas. Mientras el salario mínimo del jornalero es de unos USD6.50 día, el PIB del país es de USD2,500, que hace de Guatemala uno de los países con más desigualdad de la región, aunque está clasificado como un país de renta media⁷

3. Las causas de la desnutrición crónica son múltiples y están relacionadas con los niveles de pobreza. Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2006), 57 por ciento de la población vive en pobreza y 16 por ciento en pobreza extrema. La baja escolaridad, la baja cobertura de servicios de salud en las áreas rurales y sistemas de agua y saneamiento limitados se añaden a los problemas de una dieta inadecuada debido a una situación de seguridad alimentaria precaria. Las limitaciones de ingresos, el aumento del precio de los alimentos desde 2006 y los problemas climáticos que perjudican la producción de alimentos para el autoconsumo contribuyen a la inseguridad alimentaria.

Iniciativas del Gobierno de Guatemala

4. En 2005 el Gobierno de Guatemala (GoGua) promulgó por decreto la Ley de la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) y la Secretaria de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN) que tiene como rol ser el coordinador y planificador interinstitucional de las acciones de seguridad alimentaria. Desde 2006 se elabora el Plan Nacional para la Reducción de la desnutrición Crónica (PRDC) con la participación de instituciones del sector público, ONG y organismos de cooperación internacional.

5. La prioridad de este programa es la reducción de la desnutrición crónica en niños y niñas de 6 a 36 meses de edad en un 50 por ciento para el 2015 (ver anexo para más detalles). Con un enfoque multidisciplinario y una inversión presupuestada de USD36 millones por año, el programa se diseña en 3 etapas priorizando municipios del país que tengan una tasa de desnutrición crónica por arriba del 65 por ciento y la identificación de municipios con alta incidencia de pobreza extrema. En el 2006 se diseña la Estrategia de la Reducción de la Desnutrición Crónica 2006-2016 (ENRDC) que tiene como objetivo general la reducción de la desnutrición infantil de acuerdo con las Metas del Milenio. Para alcanzar los objetivos del milenio en el ámbito del combate a la pobreza rural, el GoGua también diseña la Estrategia Guate Solidaria Rural. Esta tiene como objetivo final el reducir la pobreza extrema en el área rural a la mitad en el 2015 respecto a la observada en 1990. La Secretaria de Programación y Planificación (SEGEPLAN) ha sido institución clave en la definición y articulación del conjunto de acciones que se enmarcan en esta estrategia.

6. El PRDC/ENRDC incluye tres componentes directos, los Servicios de Salud Básicos, la Educación Alimentaria y Nutricional, y la Lactancia Materna y Alimentación Complementaria. Estos tres componentes se

7 Atlas de Clasificación de economías de ingreso medio bajo del Banco Mundial (Rango de Renta Nacional Bruta per cápita: USD976 - USD3,855)

ejecutan a través de la prestación de un paquete integral de servicios de salud básica a través los puestos y centros de salud y el Programa de Extensión de Cobertura a las comunidades más aisladas. La prestación de servicios básicos se dirige a mujeres y niños, pero el paquete de alimentación complementaria, educación en nutrición y suplementos de micronutrientes se enfoca a madres embarazadas y lactantes y a niños de 6 a 36 meses. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) es responsable del monitoreo de los aspectos nutricionales del PDRC/ENRDC, como la vigilancia nutricional, que se lleva a cabo a través del Programa de Seguridad Alimentaria y Nutrición (PROSAN). Esta vigilancia se ejecuta a través del personal del ministerio, el personal de las ONG en el programa y voluntarios de salud, que mensualmente toman el peso de los participantes en el programa (madres e hijos), y registran su progreso.

7. Estos tres componentes se ven complementados con tres componentes de viabilidad y sostenibilidad, Agua y Saneamiento Básico, Organización Comunitaria y Mejoramiento de la Economía Familiar a cargo de otros ministerios del GoGua, coordinados por la SESAN.

Contribución del Programa Mundial de Alimentos (PMA)

8. El componente de la alimentación complementaria del PRDC/ENRD es cubierta por el PMA a través de la Operación Prolongada de Socorro y Recuperación (OPSR) 10457.0. El PMA ha elaborado un alimento complementario fortificado específico para niños pequeños, llamado Vitacereal[®] ⁸ para este fin tras un proceso de consultación con actores técnicos del GoGua y de las Naciones Unidas (NNUU)⁹.

Presencia de otros actores

9. Guatemala está dotado de la presencia de varios actores internacionales que apoyan el desarrollo y actividades de respuesta a emergencias. La OPSR tiene poco vínculo con estos actores ya que está integrado en una estrategia nacional liderada por el gobierno. Las actividades de esta OPSR están dentro del “Programa Conjunto para la Reducción de Desnutrición Crónica en niños y niñas menores de 36 meses” de las Naciones Unidas (NNUU) que inicio en Agosto 2005 junto con el GoGua, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de Salud (OPS/OMS), UNFPA y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La contribución del PMA para es del 53 por ciento del presupuesto de USD31.3 millones.

⁸ Vitacereal es marca registrada por el PMA. En el resto del documento ya no aparecerá la[®].

⁹ Rodríguez, M., Alvarado, M. y Mejicano, G. (Junio 2005) *Informe Final de la Comisión Técnica para la determinación del alimento complementario*

1. B Descripción de la operación

Asistencia previa

10.EL PMA tiene presencia en Guatemala desde 1974. La oficina de país asiste a unas 528,000 personas a través de programas de alimentación escolar y pre-escolar, asistencia materno-infantil y proyectos productivos. El Programa de País, DEV 10092.0, que inicio el 1 junio 2001 y se ha extendido hasta el 31 diciembre 2009, tiene tres actividades principales para unos 157,000 beneficiarios: 1) asistencia alimentaria para niños pre-escolares en hogares comunitarios, 2) alimentación escolar y 3) alimentos por trabajo para desplazados.

11.En Octubre 2005 la tormenta Stan afecto a más de 200,000 personas y causo daños a nivel nacional perdiéndose aproximadamente el 60 por ciento de la cosecha y 9,000 casas destruidas, por lo que el PMA asistió con el programa de emergencia, Operación de Socorro (EMOP) 10497.0 Asistencia a la Población con Inseguridad Alimentaria por el Huracán Stan por el valor de 13,849,494 USD para distribución de 24,273 TM de alimentos a 387,846 beneficiarios en la modalidad de distribución general, alimentos por trabajo para reparación de viviendas y parcelas productivas (15 por ciento) y alimentos por capacitación (2 por ciento).

12.También existen dos OPRS regionales, i) El DEV Regional 10421.0 para fortalecer la capacidad de programas de micronutrientes integrados en Centro-América del 31 enero 2006 a 31 diciembre 2009; ii) La OPRS Regional 10444.0 con asistencia para fortalecer la preparación y mitigación de los desastres en las poblaciones marginadas del 22 agosto 2007 al 31 diciembre 2009.

13.Mientras se escribe este documento la oficina de país está desarrollando un nuevo Programa de País (CP 200031 2010-2014 versión borrador Agosto 2009) para 108,500 beneficiarios, que contiene un componente para la reducción de la desnutrición crónica además de apoyo a los medios de vida de los agricultores de subsistencia y a las instituciones nacionales También está efectuando una respuesta al estado de calamidad pública¹⁰ proclamado por le GoGua el 9 de septiembre a través de un IR EMOP de USD479,029 para atender a 1,500 familias con raciones generales, 2,000 familias con alimentación suplementaria y 500 familias con alimentación terapéutica entre septiembre y diciembre del 2009. También se ha incluido una propuesta de financiación al fondo central de reserva para emergencias (CEFF) de USD2.5 millones para atender a 11,500 familias con distribución general y alimentos por trabajo como parte de una propuesta conjunta del las agencias de las NNUU de USD5millones.

¹⁰ GoGua 8 Septiembre 2009 "estado de calamidad pública" declarada por el presidente para hacer frente a la crisis alimentaria.

Características principales de la operación

14.La OPSR tiene dos componentes, uno de socorro para la reducción de la desnutrición aguda en niños y niñas menores de cinco años (0.1 por ciento del total de TM, y un componente de recuperación para la prevención del declive del estado nutricional de los niños y niñas y las mujeres embarazadas y madres lactantes a través de la entrega de un alimento complementario fortificado (99.9 por ciento del total de las TM).

15.La operación se diseña a finales del 2005 por 3 años para apoyar el PRDC/ENRDC, del GoGua asegurando el componente de alimentación complementaria a la población focalizada. El PMA asegura la compra, el control calidad y el suministro del Vitacereal, alimento complementario fortificado fabricado en Guatemala, hasta las bodegas de 8 puestos de salud, 13 centros de salud y 214 Organizaciones ONG socias del MSPAS, que lo distribuyen a los beneficiarios que atienden los servicios de salud. El PMA tiene un rol específico en la cadena de suministro de alimento complementario. Sin embargo, también contribuye en algunos aspectos de coordinación, capacitación y monitoreo.

Cobertura

16.La planificación de la OPSR comprende una cobertura de 83 municipios en 13 departamentos de 4 provincias vulnerables a desastres naturales que coincide con la cobertura de la primera etapa del PRDC del GoGua (ver mapa en el anexo). Se incluyen municipios priorizados por el Consejo de Cohesión Social que integran intervenciones descritas en los planes: a) coyuntural, b) de contingencia alimentaria e c) intervenciones coordinadas por el Consejo de Cohesión Social, incluyendo transferencias condicionadas del programa “Mi Familia Progres”¹¹. Se pretende la siguiente cobertura (ver cuadro 2):

- a. Socorro:
Alimentación terapéutica para 9,000 niños y niñas menores de 5 años
- b. Recuperación:
Alimentación complementaria (Vitacereal papilla) para 575,000 niños y niñas de 6 a 35 meses
Alimentación complementaria (Vitacereal atol) a madres embarazadas y lactantes 6 meses post parto
- c. Capacitación a madres embarazadas y lactantes

¹¹ Intervenciones en Seguridad Alimentaria y Nutricional en Tiempos de Crisis, presentado por el Presidente de la República de Guatemala, Don Álvaro Colón Caballeros, el 27 de agosto del 2008, que coinciden en un 40 por ciento de la cobertura de la OPSR.

Cuadro 2. Desglose del presupuesto entre socorro y recuperación aprobado de la OPSR 10457.0

Actividad	Número de beneficiarios	F75 - F100 (gr/per/día)		Duración (días)	Total TM	% de TM
1. Socorro	9,000	100	0	30 días	27	0.1
2. Recuperación						
2.2 Niños de 6-35 meses	575,000	0	120	310 días	28,830	99.9
2.3 Mujeres embarazadas / lactantes	400,000			155 días		

Presupuesto y toneladas

17.En el presupuesto aprobado la OPSR 10457.0 se plantea distribuir 28,857 TM en un período de 3 años de diciembre 2005 a noviembre de 2008 en 2 modalidades con 2 productos diferentes (leches terapéuticas F75 y F100, y Vitaceral).

18.La estructura del presupuesto fue diseñada se resume en el cuadro 3 (ver anexo para un desglose del presupuesto por línea).

Cuadro 3. El desglose del presupuesto aprobado de la OPSR 10457.0

	USD	%
Costo directo de operación (DOC):	22,922,919	83.53
Costo Directo de Soporte (DSC):	2,726,926	9.94
Costo Indirecto de Soporte (ISC):	1,795,489	6.53
Costo Total para el PMA	27,445,337	100

19.En la planificación, el GoGua ha acordado con el PMA de cubrir el 50 por ciento de todos los gastos del transporte interno, almacenaje y manipuleo de los alimentos (LTSH por su sigla en inglés), directamente al proveedor durante la vida de la operación con un traspaso gradual al 100 por ciento ¹².

El marco lógico

20.El marco lógico de la OPSR (ver Anexo TdR) identifica dos objetivos con 6 resultados:

Objetivo. 1. Salvar vidas en situaciones de crisis

1.1 Reducción de la desnutrición aguda¹³ en los niños menores de 5 años

Objetivo 2. Sostener el estado nutricional y de salud mejorado de los niños, madres y otros grupos vulnerables

¹² PMA 2006, Carta de Entendimiento entre el PMA y el Gobierno de Guatemala, OPSR 10457.0

¹³ El término *desnutrición aguda* se ha traducido del Documento de Proyecto en su versión en inglés "acute malnutrition"

- 2.1 Reducción del nivel de desnutrición crónica¹⁴ en niños menores de 3 años.
- 2.2. Reducción del nivel de desnutrición en mujeres embarazadas y lactantes.
- 2.3 Prácticas mejoradas de nutrición, salud, higiene y cuidados mediante capacitación.
- 2.4. Estado nutricional y de salud mejorados en los niños y mujeres focalizados mediante la provisión de servicios básicos de salud.
- 2.5. Estructuras comunitarias fortalecidas mediante el empoderamiento de Organizaciones de Base Comunitarias (CBO) de mujeres.

21.El primer objetivo se centra en la reducción del nivel de desnutrición aguda (peso/talla) en niños menores de 5 años. Los indicadores de ejecución son pertinentes a contextos de crisis, incluyendo índices de desnutrición aguda, tasas de recuperación de desnutridos bajo tratamiento terapéutico y tasas de mortalidad. No se enumeran las actividades asociadas con este objetivo en el marco lógico del documento de proyecto de la OPSR, pero el PMA suministraría leche terapéutica F100 y F75.

22.El segundo objetivo se centra en la reducción del nivel de desnutrición crónica (talla/edad) en niños menores de 3 años, mujeres embarazadas y madres lactantes. Los indicadores de ejecución son pertinentes a la desnutrición crónica ya que van más allá de los suplementos nutricionales (Resultado 2 y 3) y educación nutricional (Resultado 4), e incluyen indicadores de salud vinculados a la asistencia primaria sanitaria (Resultado 5). No se enumeran las actividades asociadas con este objetivo en el marco lógico del documento de proyecto de la OPSR, pero el PMA suministraría el alimento complementario Vitacereal en sus dos formas (para niño y para adulto).

23.El marco lógico del documento de proyecto la OPSR queda incompleto y los indicadores de resultado se ajustan más a las actividades del conjunto del programa del PRDC / ENRDC que a la aportación directa del PMA en la producción, compra y suministro del Vitacereal a las ONG del MSPAS y apoyo al INDECA en el almacenamiento del producto. Esto se puede ver en el cuadro 4, que enumera indicadores de medición antropométrica y bioquímica para los resultados 1, 2, 3 y 5, y omite indicadores relacionados con el suministro de alimentos a un grupo focalizado. Sin embargo, la evaluación reconoce que un análisis de la contribución de las actividades del PMA para alcanzar los resultados enumerados es una manera de identificar el vínculo entre las actividades del PMA y los resultados esperados. Este vínculo es más directo para el resultado 4 que para los demás, por que incluye cambios en el comportamiento de los beneficiarios al recibir el Vitacereal.

14 El término *desnutrición* se ha traducido del Documento de Proyecto en su versión en inglés "malnutrition"

Cuadro 4.Objetivos estratégicos del PMA en relación a los Resultados (Indicadores) - OPSR 10457.0

Objetivo estratégico del PMA	PMA OPSR 10457.0 Resultados / (Indicadores)
Salvar vidas en situaciones de crisis	1. Reducción de la desnutrición aguda en los niños menores de 5 o Prevalencia de desnutrición aguda en niños menores de 5, por género (peso/talla) o Índice de recuperación en niños menores de 5 que recibieron asistencia Índice de mortalidad en menores de 5 años en las áreas objetivo.
Sostener el estado nutricional y de salud mejorado de los niños, madres y otros grupos vulnerables	2.. Reducción de la desnutrición aguda en los niños menores de 3 años o Prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 3 años, por género
	3. Reducción del nivel de desnutrición en mujeres embarazadas y lactantes o Índice de peso bajo al nacer
	4. Prácticas mejoradas de nutrición, salud, higiene y cuidados mediante capacitación o Porcentaje mujeres embarazadas y lactantes capacitadas que practican la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses o Porcentaje de mujeres capacitadas en preparar Vitacereal de forma adecuada para sus hijos
	5.Estado nutricional y de salud mejorados en los niños y mujeres destinatarios mediante la provisión de servicios básicos de salud o Prevalencia de anemia en mujeres embarazadas y lactantes o Prevalencia de anemia en niños menores de 3 años o Prevalencia de deficiencia de vitamina A en niños menores de 3 años o Porcentaje de cobertura de niños menores de 3 mediante campañas de vacunación
	6.Estructuras comunitarias fortalecidas mediante el empoderamiento de los CBO de mujeres o Por lo menos la mitad de los representantes y la mitad de los presidentes, secretarios y tesoreros en la distribución de alimentos y creación de activos Son mujeres (ECW V.2)

24.La falta de indicadores que se puedan medir durante la vida de la OPSR limita su uso para evaluar el impacto. La PRDC/ENRD incluye encuestas de envergadura nacional con muestras representativas que los socios del PMA ejercerán cada 4 años hasta el 2016. Durante la fase del diseño del programa no se tomaron iniciativas para identificar indicadores de impacto intermediarios que sirvieran para evaluar las actividades del PMA asociadas con el suministro del alimento complementario fortificado.

25.Ya que el PMA no está involucrado en la recopilación de ninguno de los indicadores de resultados presentados en el documento de proyecto, un marco lógico más adecuado para la OPSR del PMA y para la evaluación, se centraría en resultados vinculados a causas subyacentes de la malnutrición tomando el marco conceptual de UNICEF como base:

- i) Mejor acceso y consumo de alimentos nutritivos para los niños y niñas menores de 3 años,
- ii) Mejora en el conocimiento y prácticas de la atención al niño en salud y nutrición.

Un tercer resultado vinculado a la formulación, producción y compra del alimento complementario fortificado también sería adecuado.

26.Las actividades asociadas con el suministro de Vitacereal incluyen los componentes de compra, almacenamiento y transporte del producto. La evaluación ha tomado en cuenta las actividades enumeradas en el

Convenio de Entendimiento del 8 de febrero del 2008 entre el PMA y el GoGua para valorar la ejecución de la OPSR:

“Suministro de Vitacereal, un alimento complementario enriquecido apropiado desde el punto de vista nutricional y cultural, a los niños de 6-36 meses de edad para propiciar su buen estado nutricional y a las mujeres embarazadas y madres lactantes para propiciar su buen estado nutricional” Carta de entendimiento Febrero 2006.

Los actores principales de la evaluación

27. A través de la creación, el suministro y el seguimiento del uso del alimento complementario el PMA se propuso poder traspasar esta responsabilidad al **GoGua** gradualmente durante los tres años de la vida de la OPSR. Por lo tanto se identifican los socios por parte del GoGua como los actores principales de la evaluación incluyendo a la SESAN, el MAGA y el MSPAS. Otras instituciones y programas gubernamentales participantes que aparecen en el PRCD/ENRDC como el Consejo de Cohesión Social, ProRural, Ministerio de Educación, Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente (SOSEP) y la Secretaría de Programación y Planificación, no se han considerado durante la evaluación ya que el componente de la aportación del PMA no afecta sus actividades y al mismo tiempo el PMA no se ve afectado directamente por ellas. Esto se debe a que esta evaluación es únicamente de la OPSR del PMA.

28. Aparte de las instituciones gubernamentales, se identificaron actores dentro de la familia de las Naciones Unidas (NNUU), sobre todo UNICEF y la OPS/INCAP quienes forman parte del Programa Conjunto para la Reducción de Desnutrición Crónica en niños y niñas menores de 36 meses 2006-2008 y 2008-2011. Estas agencias estuvieron muy involucradas durante la fase de diseño de la OPSR y ellas mismas aportan actividades focalizadas a la disminución de la desnutrición en Guatemala.

29. Entre los actores no institucionales destacan los **donantes** que han apoyado a la operación financieramente y los que no lo han hecho. Hasta abril de 2009, hubo 6 donantes para la operación: Francia con el 3.17 por ciento, Italia 2.58 por ciento, Donantes Privados 4.77 por ciento, España 17.62 por ciento, Suecia 1.24 por ciento y Multilateral el 7.85 por ciento, respaldando el 37.23 por ciento del presupuesto, y una séptima categoría de donantes diversos.

1. C Características de la evaluación

30. La evaluación se realiza en la etapa final de una operación programada para tres años que inició 6 meses tarde debido en parte a la tormenta Stan¹⁵ que afectó a Guatemala y atrasó el arranque de la operación. El programa se extendió unos 7 meses adicionales en tiempo sin coste. Fue aprobada una revisión del presupuesto, con una extensión en tiempo al 31 de diciembre del 2009. Esto permitió una comprensión de la

15 La tormenta tropical Stan de octubre del 2005, causó daños de unos USD 983 millones según el SEGEPLAN, Guatemala.

implementación por parte del equipo de evaluación y un intercambio de experiencias con el personal que participa en su ejecución.

Racionamiento

31.La OPSR se diseñó para formar parte de una estrategia nacional para la reducción de la desnutrición crónica, con la aportación específica de un alimento complementario fortificado en micronutrientes para ser distribuido a través de los sistemas de atención a la salud materno infantil.

32.El objetivo de la evaluación es doble según los Términos de Referencia (TdR):

- a. Principalmente, determinar las razones del éxito y/o fracaso para la mejora de desempeños futuros ya que las lecciones se internalizarán en nuevas prácticas.
- b. Determinar el grado de éxito y/o fracaso de la operación y la justificación de gastos de la ayuda a los actores en base a desempeños anteriores.

Alcance

33.El alcance de la evaluación es informar sobre las actividades relevantes del PMA entre junio 2006 y agosto 2009 vinculadas a los resultados indicados en el marco lógico del documento del proyecto de la OPSR¹⁶. Estos resultados están vinculados con los objetivos corporativos estratégicos del PMA¹⁷. La evaluación también considera el grado de capacidades y prioridades nacionales actuales para una continuación de la intervención en nutrición al final de la OPSR al igual que un examen de los acuerdos con los socios para la ejecución del proyecto.

Metodología

34.El equipo de evaluación se conformó de dos personas; un experto en logística y finanzas y un experto en nutrición (ver los TdR en Anexo). La evaluación utilizó métodos de evaluación tradicionales en base a enfoques de teoría de programa y marco lógico y el uso de criterios de evaluación acordados internacionalmente de relevancia, idoneidad, eficiencia, efectividad, impacto, sostenibilidad y conectividad.

35.La evaluación se realizó en tres etapas:.

- i) Una revisión de documentos relacionados con el proyecto proporcionados por la sede (HQ) del PMA en Roma y por la oficina del país receptor (CO) para la elaboración de Informe de Pre-Misión incluyendo las siguientes preguntas esenciales de la evaluación¹⁸ (ver Pre-Mission Report).

¹⁶ Marco lógico del documento de proyecto, Anexo 1

¹⁷ Plan Estratégico del PMA 2006-2009. Un Nuevo plan estratégico entra en vigencia a partir de 2009.

¹⁸ Por favor consultar el Informe de Pre-Misión de Agosto 2009 para más detalle

- ¿Hasta qué punto los objetivos de la operación se adecuan a las necesidades de los beneficiarios y capacidades del PMA y sus socios?
- ¿Hasta qué punto se realizaron los objetivos de la operación?
- ¿Hasta qué punto se hizo uso rentable de los insumos, fondos, expertos técnicos y tiempo para convertirlos en resultados?
- ¿Cuáles son los resultados a largo plazo intencionales o no-intencionales producidos por la operación directa o indirectamente)?
- ¿Cuál es el vínculo entre las intervenciones a corto plazo con las de largo plazo?

Se mantuvo contacto telefónico con el equipo de la oficina del país receptor en dos ocasiones para solicitar datos e información adicional y hacer arreglos preliminares para la visita de terreno.

- ii) Una visita al terreno entre el 6 -21 Octubre 2009 para verificar la información básica recopilada y juntar información secundaria y primaria adicional. Se usaron técnicas de investigación basadas en entrevistas semi-estructuradas a informantes claves en la capital y visitas a seis comunidades beneficiadas de la operación para entrevistar a miembros de la comunidad, beneficiarios y observar (ver anexo). Un representante del MSPAS acompañó al equipo de evaluación durante todas las visitas de terreno, al igual que uno de 3 oficiales del PMA. En algunas visitas el equipo fue acompañado por miembros del SESAN. Las comunidades visitadas se eligieron por ser diferentes en términos de geografía, medios de vida, estado nutricional, presencia de actores administrando servicios de salud y tiempos en los cuales se incorporaron a la operación. Algunas conclusiones preliminares y vacíos de información se compartieron con el equipo de oficina del país el 21 de octubre del 2009 al final de la misión al terreno, y por teléfono con miembros de la sede, la oficina regional y la oficina del país el 30 de octubre del 2009.
- iii) Una elaboración del informe final basado en el análisis de la información secundaria y primaria que se compartió con los actores principales en forma de borrador para incorporar comentarios antes de finalizarse.

Limitaciones

36.Las limitaciones principales encontradas durante el proceso de la evaluación incluyen:

- i) La dificultad de la medición de impacto del programa por dos motivos
- ii) el programa sigue en curso habiéndose extendido hasta finales de diciembre 2009, y
- iii) los indicadores de los resultados esperados que aparecen en el marco lógico del documento del proyecto no son recopilados por el PMA, estando diseñados para ser recogidos por el sistema del PRDC/ENRDC a través de encuestas y análisis técnicos. Los tiempos de evaluación de la OPSR no coinciden con los tiempos del PRDC/ENRDC del GoGua en el cual esta encajado la OPSR y no existen datos.

- iv) La falta de datos consolidados de programación que hizo que el equipo de evaluación dedicara mucho tiempo al proceso de consolidación, para poder empezar la fase de análisis.
- v) El acceso limitado a actores principales del GoGua y las NNUU para entrevistas ya que la visita de evaluación coincidió con la declaración del estado de calamidad pública por parte del GoGua que mantuvo a actores claves muy ocupados. Al igual acceso limitado a algunos informantes clave de la comunidad durante las visitas al terreno que no fueran beneficiarios directos del programa, debido a sus actividades cotidianas (viaje fuera de la comunidad, labores agrícolas).
- vi) Una comunicación restringida con los beneficiarios por parte de los evaluadores debido a la diversidad lingüística de los beneficiarios que necesitara de traductores para entrevistas con miembros de las comunidades visitadas.

37.La evaluación considera que mientras estas limitaciones fueron en parte superadas durante la visita al terreno para poder acceder a más información del programa, el grado de confiabilidad en algunas de las estadísticas analizadas en cuanto a número de beneficiarios atendidos y los resultados concretos de relaciones programáticas con los socios del PRDC/ENRDC y las NNUU ha llevado a que la evaluación relacione la información disponible con los resultados con precaución.

Garantía de Calidad

38.El PMA ha desarrollado un sistema de garantía de calidad de evaluación (Evaluation Quality Assurance System [EQAS]) basado en las normas, estándares y buena práctica de la comunidad internacional (ALNAP y DAC). Establece mapas de proceso con pasos internos para el control de calidad y plantillas para productos de evaluación. También incluye listas de verificación para la retroalimentación de la calidad de cada producto de evaluación incluidos los TdR, Oficina de Evaluación (OEDE) ofrece todas estas herramientas y el EQAS se aplicó sistemáticamente durante el curso de esta evaluación a los documentos relevantes entregados al equipo de evaluación.

2. Constataciones principales

2. A Diseño de la operación: pertinencia e idoneidad

39.El diseño de la OPSR es uno de sus puntos más fuertes ya que se basa en un buen conocimiento de necesidades, del grupo focalizado, y de cómo suministrar un alimento nuevo desde su producción hasta su consumo. El diseño destaca por dos aspectos importantes, i) que es un componente de un programa nacional y ii) que incluye dos objetivos nutricionales vinculados con los objetivos estratégicos del PMA 1 y 4¹⁹ y por tanto son

19 Durante la fase del diseño de la OPSR, el Objetivo Estratégico 4, era el Objetivo Estratégico 3.

muy consistentes con el mandato del PMA y al mismo posicionan al PMA en Guatemala como un actor importante en la lucha contra la desnutrición dentro de sus competencias técnicas y logísticas.

40.El diseño es coherente con las políticas del país ya que está integrado dentro del PRDC, luego la ENDRC, e incluye una estrategia de salida al final de la OPRS que permite al GoGua tomar el relevo. También se enmarca dentro del UNDAF, (marco de trabajo conjunto para el desarrollo) que sienta las bases de la cooperación entre las agencias del Sistema de las Naciones Unidas, el estado Guatemalteco y otros socios a través del “Programa conjunto para la reducción de la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 36 meses (2006-2008)”, seguido por el 2008-2011. Al mismo tiempo, el programa complementa las actividades de otros actores importantes en temas de salud y nutrición materno-infantil como las del Banco Mundial²⁰ y de USAID complementando y no duplicando esfuerzos ya por diferentes zonas de cobertura o por actividades que se complementan.

41.La OPSR se diseña en consulta con agencias del gobierno, socios y donantes. El PMA organizó un taller específico en Mayo del 2005 de consulta para facilitar la coherencia y establecer prioridades para la reducción de la desnutrición crónica en el país.

Análisis de necesidades

42.El diseño de la OPSR corresponde a un análisis de necesidades²¹, y de capacidades nacionales de respuesta e incluye un análisis de las causas subyacentes de la desnutrición. El equipo del PMA se basa en conocimiento del país al igual que las recomendaciones de las visitas técnicas por parte de un técnico en nutrición de la sede del PMA en el 2004, y un técnico en nutrición y seguridad alimentaria de la región en Junio del 2005. El informe de visita técnica (PMA 2004) que recomiendan programas nutricionales integrados y mejor focalizados. La visita técnica del 2004 también recomienda la elaboración de un producto fortificado de bajo coste para los programas de desnutrición. Esta recomendación es coherente con las recomendaciones del 2003 la OMS y UNICEF para la alimentación de niños pequeños²². Estas dos visitas resaltan que una respuesta a los problemas de nutrición de Guatemala necesita ser multisectoriales y focalizar a los grupos más vulnerables a la desnutrición. Esto permite atender a las necesidades con un programa conjunto con varias actividades que permite que la aportación del PMA en el componente de alimentación complementaria este integrada a servicios de salud, vacunación, suplementos y educación al igual que actividades asociadas con la seguridad alimentaria y el acceso al agua.

20 Programas destinados a la mejora de salud materno infantil en Guatemala con componente fuerte de capacitación

21 PMA (Febrero 2004) *Mission Report Guatemala 10-17 February 2004* – WFP Nutrition Division, Rome; PMA y SESAN (Junio 2005) *Evaluación de las condiciones de seguridad alimentaria y nutricional en comunidades de Guatemala del ámbito del programa OPRS 10212*

22 Dewey KG. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. PAHO/ OMS, 2003.

La coordinación multisectorial

43. La OPSR se elabora de manera coordinada con varios actores. En la elaboración del UNDAF 2008-2011, se considera incorporar la lección aprendida del valor que tiene abordar el problema de desnutrición crónica a través el fortalecimiento de instituciones nacionales y coordinación institucional. La coordinación con los actores del SESAN, SEGEPLAN, MSPAS y las NNUU permite un acuerdo común de cuales serian estos grupos vulnerables, tanto geográficamente basado en indicadores existentes de niveles pobreza, tasas altas de desnutrición crónica en escolares, y biológicamente basado en grupos etarios y mujeres embarazadas y madres lactantes que permiten romper el ciclo de la desnutrición crónica.

44. La operación se reserva un componente de socorro, para reducir la desnutrición aguda con el suministro de productos terapéuticos para los desnutridos crónicos apoyados técnicamente por UNICEF y la OPS/INCAP, reconociendo desde un principio que el tratamiento del desnutrido agudo no es la especialidad técnica del PMA, sino de otras agencias.

El alimento complementario

45. El PMA ha desarrollado, y tiene registrado, un alimento complementario fortificado local, que se produce a un costo inferior a otros productos similares en Guatemala y en la región como se puede observar en el cuadro 5. La inversión del PMA invierte en este trabajo de desarrollo del alimento complementario es previa a la OPSR habiendo contratado a un experto de la sede de Roma en tecnología de alimentos para apoyar la viabilidad de producir la fórmula elegida²³ en Guatemala por la empresas del sector privado, incluyendo la importación de la premezcla de micronutrientes. El Vitacereal se diseña para ser consumido como papilla por los niños y niñas menores de 3 años y como bebida espesa llamada “atol” en Guatemala por las mujeres embarazadas y madres lactantes. El producto es el mismo, pero las recetas de preparación varían porque el alimento complementario óptimo para niños de 6 a 36 meses es en forma de papilla. Esta recomendación es coherente con las recomendaciones del 2003 la OMS y UNICEF para la alimentación de niños pequeños. USD792 por TM, comparado el coste de productos similares de USD 1,500, USD1,238 y USD1,535 para Bienestarina Colombia, Bienestarina Guatemala e Incaparina respectivamente.

23 Wood, J., Reyes, L. y Núñez, J.L. (Diciembre 2006 y Diciembre 2007) *Opportunities for the manufacture of Vitacereal in Guatemala. A review of product development, current processing capability and new opportunities, Phase 1 Report, y Phase 3 Report.*

Cuadro 5. Composición de alimentos complementarios fortificados

Composición por 100g	Formulación recomendada OPS/OMS para ACF	Vitacereal (Guatemala) Tomado como atol o papilla	Bienestarina (Guatemala) Tomada como atol	Incaparina (Guatemala) Tomada como atol	Bienestarina (Colombia)	Corn Soya Blend
Energía (Kcal)	440	350	439	373	350	387
Proteína (g)	6 a 11	15	21	21.3	25	15
Grasa	12.7	8	5.6	5.3	5	8.7
Vitamina A (mcg)	500	250	1500	1500	666.7	709
Biotina (mcg)	2.9	2.9				
Acido Fólico (mcg)	83	83		187		41.8
Niacina (mg)	6.1	6.1	16	16	9.7	9.03.3
Acido Pantotenico (mg)	0.7	0.7	1.3	1.3		
Riboflavina B2 (mg)	0.36	0/36	1.2	1.2		0.5
Tiamina B1 (mg)	0.36	0.36	1.01	1.01		0.6
Vitamina B6 (mg)	0.44	0.44				0.5
Vitamina B12 (mcg)	0.52	0.52				1.3
Vitamina C (mg)	140	140				40.1
Vitamina D (mcg)	2	2				1.9
Vitamina E (mg)	10	10				5.7
Yodo (mcg)	180	180				57
Hierro (mg)	14	14	20	20	14.1	17.3
Cinc (mg)	8.3	8.3	15	15		4.2
Calcio (mg)	200-400	200	305	305	900	839
Magnesio (mg)	80					169
Manganeso (mg)	1.2					0.8
Fosforo (mg)	150				650	220
Selenio (mcg)	20					20.9
Cobre (mcg)	400					0.4

46.El Vitacereal cumple los requisitos nutricionales al igual que los culturales relacionados con el sabor y el color del producto. Desde un principio se identifica que debido a los hábitos alimenticios en los hogares, se deberá prestar atención a la preparación del Vitacereal para niños que debe ser preparado en papilla y no como bebida de *atol*. El diseño incluye capacitación y apoyo a educadoras del MSPAS y prestadores de servicios de salud para que este componente educativo acompañe la entrega del producto. Este componente educativo demuestra un conocimiento de las dificultades del terreno y de la necesidad de invertir en este componente. Entre marzo y mayo del 2006, el proyecto piloto en los municipios de Huhuetenango y Chiquimula sirven de experiencia para arrancar el programa. Este piloto se financio con USD322,000 de Nueva Zelanda a cargo del proyecto PRRO 10212.0. En la evaluación del plan piloto se concluye que la experiencia ha sido exitosa y se puede replicar, ya que:

“.... en estas áreas se cuenta con Organizaciones No Gubernamentales que han tenido un buen desempeño como Prestadoras de Servicios de Salud, lo cual ayudará a establecer el sistema de logística que se replicará en otras comunidades”.
(p.5 MSPAS Octubre 2005)

47.Por último el diseño incluye el rol del PMA en el suministro del Vitacereal desde los productores hasta los almacenes del INDECA y desde estos almacenes hasta las ONG, y algunos puestos y centros de salud del MSPAS en las comunidades a ser atendidas. Esto permite al PMA de contribuir en temas de bodega y transporte capacitando a las ONG que hasta ahora no han trabajado en la distribución de alimentos.

La focalización y la cobertura

48. Los criterios de focalización básicos son idóneos para este tipo de programa, basados en grupos que se acceden a través de la infraestructura sanitaria, que es una práctica común en programas de alimentación complementaria para la salud materno-infantil. Los criterios exactos incluyen:

- Criterios geográficos donde la prevalencia >65 por ciento de desnutrición crónica según el censo de Talla escolares 2001,
- Ser parte del Programa de Extensión de Cobertura del MSPAS,
- Criterios biológicos incluyendo niños y niñas menores de 5 años, con énfasis en los de 6 a 36 meses, mujeres declaradas embarazadas y madres lactantes 6 meses post parto.

49. El PMA basa su número de beneficiarios en los cálculos de cobertura del MSPAS, en base a proyecciones de los grupos focalizados para llegar a la cifra de 353,000 beneficiarios por año. Estas proyecciones de población se basan en cálculos realizados por el MSPAS y la evaluación no ha podido comprobar el proceso exacto con el cual se eligió la cifra inicial de la población diana a atender. Se constata de que la misma cifra ya aparece en el informe del piloto que se realizó antes de que empezara la OPSR aunque la evaluación no ha podido determinar si esta cifra inicial se ajusta a la población real:

*“se estima 220,000 niños 150,000 mujeres en 3 años”
(p 5 Ministerio de Salud Pública, 2005)*

50. Se plantea una cobertura geográfica gradual en tres etapas en la planificación del PRDC, pero cuando arranca el programa se llega a cubrir los 83 municipios en el primer año. Este ritmo de implementación es ambicioso para un nuevo programa, que aunque consigue su cobertura geográfica, no consigue el número de beneficiarios planificado ya que la cobertura en los municipios no es total, si no que se trabaja según la capacidad de implementación de los proveedores de servicios de salud (ver cuadro 6 en la sección que sigue).

La estrategia de salida

51. Desde un principio la OPSR se diseña con un enfoque de traspaso gradual hacia el GoGua durante los tres años de la operación. Este traspaso no está detallado en la redacción del documento de proyecto, pero implica asumir el coste de la compra, control calidad, suministro y seguimiento del uso del Vitacereal para el grupo focalizado.

2. B Productos y proceso de ejecución: elementos de eficiencia

La identificación de beneficiarios

52.El número de beneficiarios asistidos por año se resume en el cuadro 6. Se identifica una cobertura inferior a la planificada en todas las categorías de beneficiarios. No se activó el componente de socorro, y por tanto la cobertura para alimentación terapéutica es 0 por ciento Para el componente de recuperación con el suministro de Vitacereal la cobertura anual varía entre 18 y 46 por ciento de lo programado²⁴. Con la extensión de 13 meses, la cobertura total es de 43.6 por ciento, 53 por ciento de los 575,000 niños y niñas programados, y 30 por ciento de las 400,000 madres lactantes y embarazadas programadas.

53.En la planificación, la cobertura inicial comprende a 83 Municipios en 13 Departamentos de 4 Provincias vulnerables a desastres naturales (Chiquimula, Totonicapán, Sololá y Chimaltenango). Esta cobertura coincide con la cobertura de la primera etapa del PRDC del Gobierno de Guatemala (ver mapa en el anexo). La cobertura planificada ha sido aumentada a 14 Departamentos y 109 Municipios, conforme a la extensión por fases de la ENRDC y con el siguiente detalle: Alta Veracruz con 5 Municipios, Baja Veracruz 4 Municipios, Chimaltenango 11 Municipios, Chiquimula 4 Municipios, Jalapa 2 Municipios, San Marcos 6 Municipios, Sololá 15 Municipios, Totonicapán 8 Municipios, Huehuetenango 27 Municipios, Quetzaltenango 11 Municipios, Quiché 11 Municipios, Sacatepéquez 2 Municipios, Suchitepéquez 1 Municipio y Izabal 2 Municipios.

54.En el total de los 109 municipios atendidos, se incluyen los 45 municipios priorizados por el Consejo de Cohesión Social que integran intervenciones descritas en los planes: a) coyuntural, b) de contingencia alimentaria e c) intervenciones coordinadas por el Consejo de Cohesión Social, incluyendo transferencias condicionadas del programa “Mi Familia Progresá. Esto puede en parte explicar el aumento en el número de beneficiarios desde el 2008, ya que es un requisito de estos programas que madres de niños menores de 6 años asistan a los centros de salud y a las sesiones educativas.

²⁴ Estos datos se basan en los informes de anuales de Standard Programme Report (SPR) como únicos datos consolidados a los que se tuvieron acceso. La cifra para el 2009 es un promedio del 2007 y 2008.

Cuadro 6. Número de beneficiarios planificados (prog) y asistidos (ejec) por año basado en los informes de SPR 2006-2008 y un promedio para el 2009

Categoría Beneficiarios	Beneficiarios 2006 (junio-dic)		Beneficiarios 2007		Beneficiarios 2008		Beneficiarios 2009 (ene-junio)		Beneficiarios TOTAL
	Prog	Ejec	Prog	Ejec	Prog	Ejec	Prog	Ejec	Ejecutado
Alimentación terapéutica	3,000	0	3,000	0	5,000	0	3,000	0	0
% del obj. inicial	100%	0%	100%	0%	167%	0%	n/a	n/a	0%
Alimentación complementaria 6 - 35 meses	146,968	62,570	220,000	90,007	190,000	78,617	220,000	76,083	307,277
% del obj. inicial	109%	46%	100%	41%	86%	36%	n/a	n/a	53 %
Alimentación complementaria madres	90,807	33,110	150,000	33,560	145,000	27,545	130,000	24,080	118,295
% del obj. inicial	91%	33%	100%	22%	97%	18%	n/a	n/a	30 %
TOTAL	240,775	95,680	373,000	123,567	340,000	106,162	353,000	100,163	425, 572
% del Obj inicial									43.6 %

55.La evaluación no pudo comprobar la fuente exacta de los datos consolidados presentados en el cuadro 6. Entre las posibles razones de esta cobertura tan baja, se identificaron:

- Una sobre estimación de población diana en el diseño,
- Falta de capacidad de los puestos de salud de incorporar las actividades adicionales vinculadas al suministro y seguimiento de Vitacereal dentro de sus programaciones,
- Falta de interés por parte de beneficiarios en algunas localidades,
- Falta de recursos financieros para la compra del Vitacereal para poder ampliar la cobertura programada.

56.La evaluación no constató información relacionada con el seguimiento de los beneficiarios, como su estancia en el programa, sus ausencias ni el análisis del aumento de peso de los niños y niñas en que reciben Vitacereal. Estas estadísticas no existen de forma consolidada., aunque se observó durante las visitas al terreno que las actividades de los prestadores de salud si tienen equipos de vigilantes comunitarios que ejercen visitas domiciliarias para investigar ausencias y dar seguimiento. Esta información no aparece en el sistema de seguimiento del PMA y por lo tanto no se puede incluir para valorar el programa.

57.El número de beneficiarios es actualizado mensualmente a través el sistema de formularios de Balance, Requisición y Envío de Suministros (BRES) del MSPAS. Estas listas sirven de herramienta para identificar a las mujeres embarazadas, madres lactantes y niños de 6-35 meses que están en el programa. Se pudo observar durante las visitas al terreno que las madres embarazadas se presentan tarde en su embarazo por lo general, aunque las estadísticas mensuales presentadas no entran en detalle sobre el estado del embarazo promedio de las madres que se adhieren al programa. Las listas automáticamente excluyen a los niños que llegan a 36 meses de tal manera que minimiza los errores de inclusión durante el día de distribución del Vitacereal, ya que el niño ya no aparece en la lista. Los beneficiarios se presentan al centro de convergencia o puesto de salud en la fecha indicada y reciben educación nutricional con cada visita, incluyendo demostración de la preparación del alimento complementario.

58.La evaluación considera que la cobertura limitada se debe a varios factores. La falta de recursos y la capacidad limitada de ejecución de los prestadores de servicios de salud de implementar los diversos componentes de salud relacionados al PRDC/ENRDC, han sido señaladas como las causas principales de una cobertura reducida por los informantes claves en Guatemala. Sin embargo, la evaluación no considera que las limitaciones de financiación sean las causas principales de la cobertura reducida, aunque reconoce que una limitación financiera existe y que podría haber afectado la inclusión de más beneficiarios. La evaluación considera que la cobertura limitada se debe a varios factores incluyendo metas ambiciosas de beneficiarios por el primer año, y a una sobre estimación de la rapidez con la que los habitantes de las comunidades rurales serian integrados para asistir regularmente a este tipo de programa. Sigue siendo poco claro como fondos adicionales hubieran sido

programados por el PMA para aumentar el número de beneficiarios a través de las estructuras de salud del MSPAS.

La financiación de la operación

59.El presupuesto original de la operación es de USD 27, 445,337. La fecha de implementación programada es de diciembre 2005 a diciembre 2008. Se cede una extensión de tiempo sin costo hasta el 31 diciembre del 2009.

60.La OPSR fue financiada en un 43.2 por ciento de acuerdo al cuadro 7 con detalle de período y donante. El mayor financiamiento se registra en el segundo semestre del 2009, último año de ejecución de la operación con fechas de confirmación de las donaciones; Italia 23 julio, Comisión Europea 31 de julio, Donantes Privados 18 de agosto y Brasil 05 de octubre, es por esta razón que el registro de financiamiento se amplía hasta octubre 2009.

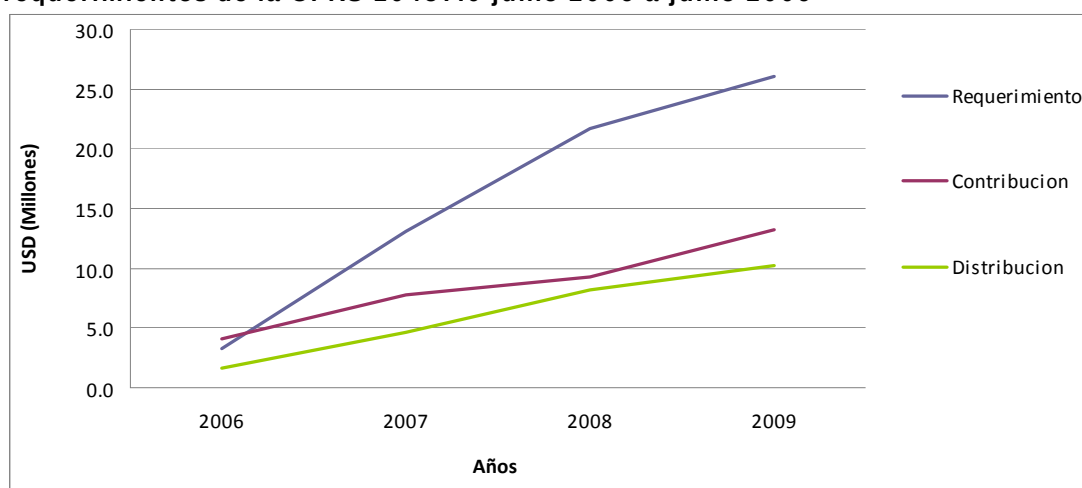
Cuadro 7. Fuentes de financiación de la OPSR 10457.0

DONANTE	2005 (junio a dic).	2006	2007	2008	2009 (enero a octubre)	TOTAL	% del Total	% del requerimiento total
Francia	965,018					965,018	7.3	3.2
Donantes Privados		158,411	842,397	756,818	157,289	1,914,915	14.5	6.3
España		2,635,046	2,735,978			5,371,024	40.8	17.6
Suecia		378,788				378,788	2.9	1.2
Italia				786,163	525,783	1,311,946	9.9	4.3
Brasil					100,000	100,000	0.8	0.3
Comisión Europea					3,122,367	3,122,367	23.7	10.2
TOTAL	965,018	3,172,245	3,578,375	1,542,981	3,905,439	13,164,058	99.9	43.2

61.En noviembre 3 de 2008, se presentó y fue aprobada una Revisión de Presupuesto de 3,021,039 USD adicionales, dando un nuevo total aprobado de 30, 476,376 USD que incluye el 7 por ciento de ISC. El motivo fue el cambio de precio del producto Vitacereal de 700 USD/TM a 880 USD/TM y también se extendió en tiempo del 1 de diciembre de 2008 al 31 de diciembre de 2009.

62.El gráfico 1 que sigue demuestran la diferencia marcada entre la contribución y el requerimiento financiero de la OPSR.

Gráfico 1. Implementación acumulada de las contribuciones vs los requerimientos de la OPRS 10457.0 junio 2006 a junio 2009



Costos de la operación

63. La distribución del financiamiento en el presupuesto de la operación por grupo de gasto se presenta en el cuadro 8. Solo se incluyen los costos del componente de recuperación. Se ejecuto 96 por ciento del presupuesto confirmado de 8,733,189 USD en forma racional para la compra de 12,427 TM de Vitacereal. Esto corresponde a una compra de 43 por ciento de las 28,830 TM programadas y representa un 71 por ciento del presupuesto total para la compra del producto, que es considerado un porcentaje alto.

64. En noviembre 3 de 2008, se presentó y fue aprobada una Revisión de Presupuesto de USD 3,021,039 adicionales, dando un nuevo total aprobado de 30,476,376 USD para absorber un aumento en el precio del maíz y de la soja. Esto incluye el 7 por ciento de ISC (ver el cuadro 8). El componente de ODOC se aumentó para absorber los costos adicionales de la transformación del producto por la compra de maíz local, en vez de maíz importando, a condición del donante. Se ejecutó 96 por ciento del presupuesto confirmado de 8,733,189 USD en forma racional para la compra de 12,427 TM de Vitacereal.

Cuadro 8. Desglose de los gastos de la OPRS 10457.0 entre junio 2006 y junio 2009

	Presupuesto Inicial 2005 (USD)	Presupuesto Revisado 2008 (USD)	Presupuesto Confirmado (USD)	% del Presupuesto o Revisado	Ejecución (junio 2006-junio 2009)	% Ejecución
Vitacereal	20,235,000	23,025,978	8,733,189	38	8,434,710	96
Transporte externo	6,264	6,264		0		
LTSH	2,179,255	1,753,734	884,969	50	879,632	99
ODOC	502,400	939,120	1,596,980	170	1,565,296	80
DSC	2,726,926	2,757,499	1,400,900	51	957,041	68
Sub Total	25,649,845	28,482,595	12,616,037	44	11,836,679	
ISC	1,795,489	1,993,782		0		
TOTAL	27,445,334	30,476,377				

65. El costo del Vitacereal se basa en estimaciones sobre los precios locales. El valor de transporte externo se establece en 120 USD/MT. La

tasa de LTSH está establecida en 74.66 USD/MT teniendo en cuenta los siguientes elementos:

- costo de almacén para un mínimo de 15 por ciento de alimentos guardados para fines de contingencia, entrega de productos básicos para 83 municipios,
- gastos de almacén a nivel local,
- importar el costo de aproximadamente 15 por ciento, basado en que no hay suficiente producción nacional

66.El Cuadro 9., muestra el período de la compra discriminando los insumos importados y de producción nacional y el volumen con micronutrientes UNIMIX y UNIMIX PLUS. La fortificación con micronutrientes ha sido de un 100 por ciento En 2006 y 2007 y 60 por ciento de las compras del 2008 fueron fortificadas con UNIMIX. El 60 por ciento de las compras del 2008, y todas las del 2009 se fortificaron con la nueva versión de UNIMIX PLUS.

Cuadro 9. Compras OPRS 10457.0, incluyendo las dos versiones diferentes de Premezcla

<i>Periodo de la compra</i>	<i>Producto</i>	<i>Total de la compra (TM)</i>	<i>Premezcla UNIMIX (TM)</i>	<i>Premezcla UNIMIX PLUS (TM)</i>
2006	Vitacereal	3034	3034	
2007	Vitacereal	6465	6465	
2008	Vitacereal	1807	1086	721
2009	Vitacereal	1121		1121
TOTAL		12427	10585	1842

67.La planificación original del número de beneficiarios del componente de recuperación es de 235,000 el primer año y 370,000 el segundo y tercer año, un total de 975,000 beneficiarios (ver cuadro 6) que debían ser atendidos con 28,830 TM de Vitacereal. El total de beneficiarios es 425,572 entre junio 2006 y junio 2009 representando solo el 43 por ciento de beneficiarios atendidos a lo planificado con la entrega de 10,828,24 TM de Vitacereal, manteniéndose la misma relación de kilogramos por beneficiario que en el diseño.

68.Así también se mantuvieron los porcentajes destinados al DSC y ODOC del diseño y el presupuesto confirmado como aportes en los gastos a la contraparte y de la Oficina de Guatemala, implicando esto el 57 por ciento menos de gastos compartidos, contrataciones de asistencia temporal, compra de equipos tecnológicos, capacitación, talleres, estudios, viajes, etc. El ajuste mayor se reflejo en el rate de LTSH que bajó de 74,66 USD/TM a 55,89 USD/TM con el ajuste en los gastos de transporte, gastos de operación en los puntos extendidos de entrega, equipamiento de bodegas y otros gastos misceláneos.

69.La entrega a 425,572 beneficiarios de Vitacereal durante el periodo de junio 2005 and junio 2009, equivale a un costo promedio aproximado de 31.0 USD por beneficiario.

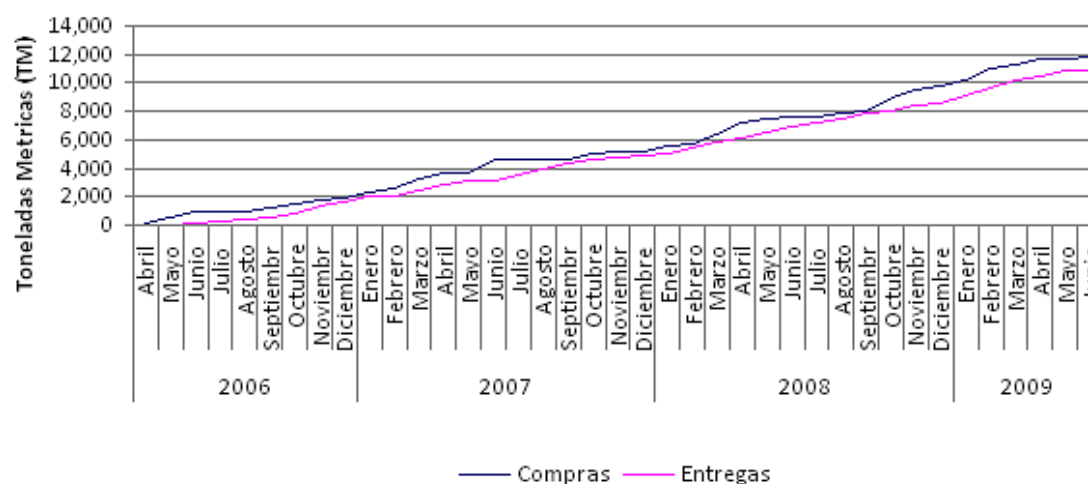
70.Como elemento de toma de decisión en caso de compra local o ayuda financiera, en lugar de ayuda alimentaria (valor alfa - factor de eficiencia), se ha calculado el Valor Alfa. La comparación para el resultado de la relación de precios del producto Vitacereal con el coste total para el PMA y donantes para entrega a beneficiarios del producto alternativo de importación CSB, confirma la eficiencia de la compra local ya que el valor es por debajo de 1.0 siendo 0.806 para 2008 y 0.948 para 2009 (ver anexo para mas detalles del cálculo).

El abastecimiento del Vitacereal

71.La programación inicial para la ejecución del Vitacereal fue de 500 TM mensual para atender aproximadamente a 57,800 beneficiarios. Se ha verificado que en la ejecución del periodo junio 2006 a junio 2009, el promedio real ha sido de 305 TM mensual para atender a 35,300 beneficiarios equivalente a 75 por ciento niños/niñas y 25 por ciento para mujeres embarazadas y lactantes.

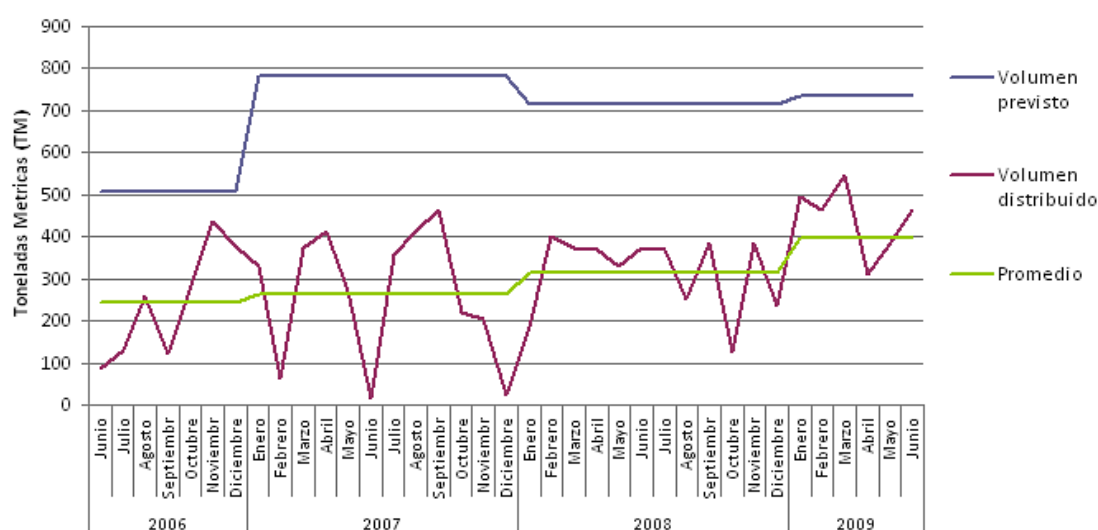
72.La ejecución del Vitacereal hacia el socio del PMA a lo largo de la vida de la operación siempre se ha ajustado al Vitacereal disponible. En el gráfico 2 se ve como los saldos del producto fueron gestionados de forma eficaz por le PMA con los recursos disponibles, distribuyendo 98.8 por ciento de las compras y manteniendo el resto almacenados.

Gráfico 2. Compras y entregas de Vitacereal por el PMA para la OPSR 10457.0 de junio 2005 a junio 2009



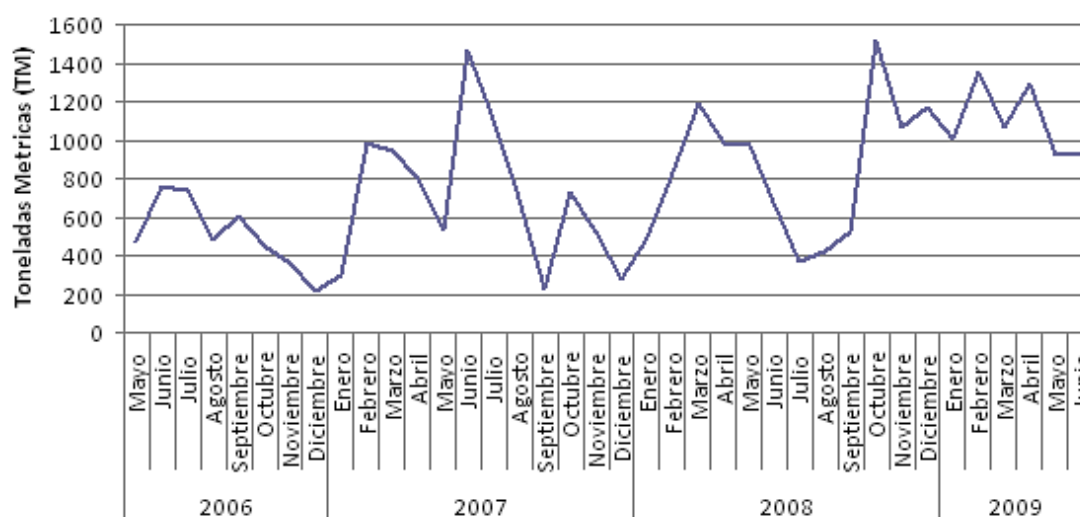
73.El PMA se comprometió con el GoGua al suministro de 28,857 TM de Vitacereal y 27 TM de leche terapéutica según el número de beneficiarios programado bajo el PRDC. La cantidad distribuida en ese periodo ha sido de 10,828.24 TM atendiendo a 425,572 beneficiarios por un coste de USD 13, 164,025. Las repercusiones sobre el posible impacto de la limitación financiera deben ser analizadas con los datos de cobertura del programa y los datos de la ejecución del suministro del Vitacereal, que se presentan en el gráfico 3.

Gráfico 3. Distribución real y programada mensual en TM a lo largo de la operación OPRS 10457.0n De junio 2005 a junio 2009



74.El resultado de las bajas distribuciones de febrero y junio 2007 se ha debido a limitaciones de presupuesto. En cambio, el rechazo al no pasar el control de calidad de 230 TM de producto en diciembre 2007 y 183.6 TM en octubre 2008, han limitado la entrega en esos meses. El rechazo o aprobación de producto apto para consumo humano determina la fecha de disponibilidad del producto, que no necesariamente coincide con las programadas para la distribución en bodegas, como se observa en el grafico 4

Grafico 4. Saldos de Vitacereal en bodega (EDP) luego de despachos al punto - final de distribución (FDP) de junio 2006 a junio 2009 - OPSR 10457.0

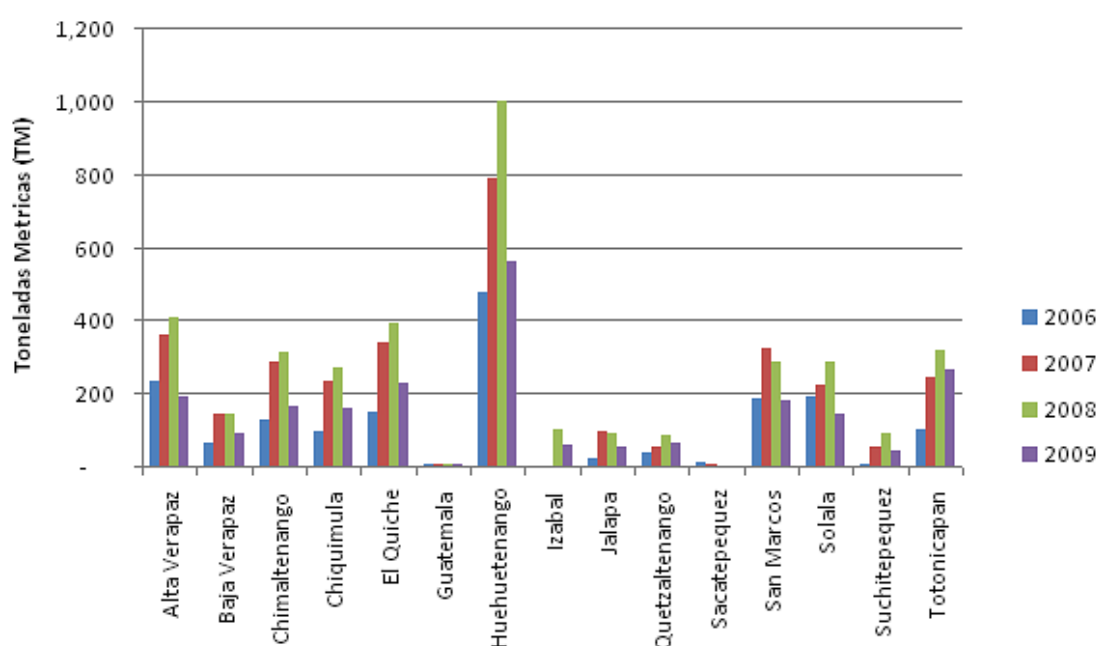


75. Los despachos promedio a los puntos finales de distribución (FDP) en el segundo semestre 2006 y el año 2007 son de 250 TM aproximadamente para 29,000 beneficiarios. En el 2008 se incrementan a 20 por ciento y a 57 por ciento hasta junio del 2009.

76. Los registros de 2009 muestran que en el primer semestre se atendieron a 57,242 beneficiarios con un promedio de 527 TM de producto distribuido, alcanzando el mes de febrero la distribución más alta de la operación con 960 TM de Vitacereal a 111,110 beneficiarios.

77. Las entregas de Vitacereal por departamento y año durante la ejecución de la operación se resumen en el gráfico 5 (ver anexo 10 para más detalles). Se incluye el Departamento de Zacapa en el que se realizó una sola entrega el año 2007 y el Departamento de Sacatepéquez que ya no fue programado desde el 2008, estableciéndose los 14 Departamentos con cobertura regular.

Gráfico 5 – Distribución en TM por Departamento y año OPRS 10457.0 junio 2006 a junio 2009



78. En el periodo 2006 a 2008 se han registrado 2,15 TM de pérdida, equivalente a 0,019 por ciento de las 11,306 TM manejadas en las bodegas de INDECA debido a deficiencias en el empaque y manipuleo del Vitacereal. Esta pérdida está por debajo del umbral determinado por el PMA de 2 por ciento como intolerable y de recuperación obligada.

79. La evaluación concluye que el factor limitante para distribuir el Vitacereal ha sido el proceso de identificación de beneficiarios, ya que no se identificaron inconvenientes de logística que no permitieran que el Vitacereal saliera de las bodegas de INDECA para ser transportadas a su destino final en las bodegas de los socios del MSPAS. Esta hipótesis no se confirmó con el personal de la oficina de país durante la misión al terreno.

El proceso de licitación

80.El sistema WINGS despliega una relación completa de información de seguimiento desde el momento en que ingresa una contribución del donante, como i) fecha de confirmación de la donación, ii) fecha de aprobación de la requisición PR, y iii) fecha de aprobación de orden de compra (*Purchase Order*). Esto se considera muy buena práctica en comparación con proyectos similares.

81.Dentro del proceso de la compra está el nivel de ejecución de la CO que va comprometiendo el recurso en base a las aprobaciones del Comité de Compras de la sede del PMA y que es registrado en el WINGS, aprobando las etapas desde la requisición hasta la orden de compra. Esta práctica es muy conveniente para el manejo transparente de los recursos.

El panorama financiero

82.La oficina de país se esforzó constantemente para recaudar fondos para la OPSR. Desde su diseño se mantuvieron reuniones de trabajo con la oficina regional quien afirmó su compromiso en la movilización de recursos; promovió reuniones de carácter técnico-político al para la instalación de estrategias nacionales de reducción de la desnutrición crónica en la región de América Latina; y promovió un programa de apoyo de estas estrategias nacionales con el Banco Interamericano de Desarrollo que finalmente no fueron financiadas. Así también existió el compromiso por parte del gobierno de hacer mesas con los donantes para la movilización de recursos, principalmente con la cooperación española para la solicitud de recursos de cooperación a este programa. Desde junio 2009, el Ministro de Salud envió cartas a todas las Embajadas para la solicitud de recursos y el PMA ha usado su sitio web para alertar que la OPSR necesita financiación.

83.El PMA supo aprovechar dos donaciones del Gobierno de España para trabajar hacia atrás en la cadena de producción del Vitacereal, apoyando a los pequeños agricultores en la producción de maíz local de calidad para uso industrial con fines de consumo humano. En 2007, un total de 3,137MT de Vitacereal, representando un 25.2 por ciento del total de compras, se obtuvieron a través de un proyecto que se formuló con la participación de la FAO, el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación (MAGA) y PMA bajo la coordinación de la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN), y en agosto de 2007 (USD2,7 millones) se licitaron 2.775 toneladas de Vitacereal producido con maíz local con fondos de la AECID del Gobierno de España. Este mecanismo de trabajo fortaleció la experiencia del PMA con la primera experiencia concreta de lo que desde el 2008 se denomina en la sede como el P4P. Guatemala es uno de los cuatro proyectos pilotos del P4P con fondos atraídos por la Fundación Howard Buffet desde una visita realizada Guatemala en 2007, que se han repartido con otros países en la región.

Aporte del personal CO

84.El aporte del personal de la oficina de Guatemala no se puede limitar a una cuantificación del porcentaje de atención a la OPSR. Se atiende de manera estructurada por las diferentes unidades de la oficina. La unidad de programas tiene un aporte mayor y directo en la ejecución, coordinación y seguimiento que se atribuye al Oficial de Programa / Nutrición y las actividades de monitoreo donde la contribución de los Monitores de Campo es integral a sus actividades en el área. Las unidades operativas de logística y finanzas aportan integralmente en base al número de toneladas y de transacciones.

Mecanismos de coordinación

85.La contraparte INDECA con la que la CO Guatemala ejecuta sus actividades corrientemente para el almacenamiento, conservación y distribución de los productos alimentarios viene a formar parte de los socios más importantes dentro de la parte operativa de la asistencia alimentaria. La experiencia acumulada durante los más de 12 años (Acuerdo Gubernamental 190 - 97) en el manejo de la ayuda alimentaria del PMA, ha permitido que la recepción, almacenamiento, control del producto almacenado y entrega en bodega para el transporte hacia los Municipios, se realicen con las mejor prácticas de conservación del Vitacereal manteniendo su calidad.

86.La colaboración entre el MSPAS y el PMA es muy estrecha ya que existe una persona dedicada en el MSPAS para supervisar el programa del Vitacereal y un asistente que se ocupa del manejo y consolidación de la información con atención exclusiva al programa que es cubierto con fondos ODOC del PMA. Los monitores del PMA tienen contacto con las ONG que implementan y permiten otra línea de comunicación a la capital para apoyar al representante del MSPAS. A la Oficina del PMA Guatemala dentro del presupuesto ODOC que destina para el apoyo de la Entidad Ejecutora le ha generado un gasto aproximado de 138,200 USD en capacitación, gasto corriente y compra de equipos / herramientas, permitiendo que el Programa de Extensión de Coberturas desarrolle mejor sus actividades. No se identificaron los costos exactos

87.El PMA demuestra contacto regular con la SESAN y los miembros de las NNUU a nivel de capital en reuniones y para la firma de las requisiciones. En el terreno los monitores del PMA se coordinan con agentes del MAGA y la SESAN en la medida de lo posible.

La participación

88.La operación se centra en los beneficiarios y no en las comunidades a las que pertenecen. El contacto con las autoridades locales (los Cocodes) es asegurado por la ONG que presta servicios de salud. Los beneficiarios no participan activamente en ninguna fase del diseño o implementación de la operación más que con su presencia el día de entrega. Sin embargo si existen miembros de la comunidad que son elegidos como vigilantes de

salud o como madres comunitarias para apoyar la transmisión de mensajes, convocar a los beneficiarios y hacer visitas domiciliarias con los educadores el día de entrega y después. El grado de participación es un apoyo de implementación.

El seguimiento

89.En el diseño de la operación, la responsabilidad del seguimiento se le otorga al MSPAS, que tiene su sistema de seguimiento para sus actividades de atención sanitaria, y las adapta para incluir el componente del suministro del Vitacereal. Esta adaptación es de naturaleza logística relacionada con los volúmenes distribuidos del producto más que con los beneficiarios atendidos. No se obtuvo un resultado del análisis de la información consolidada mensualmente en el reporte BRES por limitarse a datos de ejecución.

90.El seguimiento de los monitores del PMA (regular en cuanto a logística y el Vitacereal- ofreciendo oportunidades de reacción y solución de problemas inmediatos, como problemas de almacenamiento, número de bolsas de Vitacereal en mala condición, y también verifican y asesoran sobre el estado de la infraestructura de bodegas en las Jurisdicciones, las distribuciones y el control de saldos. Concluyendo en reuniones de coordinación de los monitores que se realizan quincenalmente con los ejecutores, para analizar y dar solución a las observaciones levantadas en el área de trabajo.

91.No se observaron sistemas de seguimiento para aspectos vinculados con los beneficiarios más que el número registrado. Algunos ejemplos de información relevante que falta incluye:

- La asistencia de los beneficiarios en el programa
- El ausentismo total y el grado de recuperación de ausentes
- La cobertura de los atendidos como porcentaje de los potenciales beneficiarios por comunidad.
- El porcentaje de niños que crecen bien, y no crecen bien
- El número de visitas realizadas por los monitores del PMA y sus hallazgos
- El uso de los manuales de logística y técnicos
- La capacidad de entender los mensajes nutricionales por parte de los beneficiarios.

92.El PMA financió el plan de sistematización del monitoreo (SESAN/MSPAS/PMA) y la línea de base (GETSA 2007) elaborados para la operación contienen la información necesaria para un sistema de monitoreo sofisticado que requiere de diversas actividades. La línea de base de Octubre 2007 consistió de una muestra de 2411 parejas madre-niño y una sub-muestra de 412 para estimar la prevalencia de desnutrición y anemia en de la población atendida y no atendida por el PRDC. Tanto el plan de monitoreo como la línea de base fueron diseñadas para el PRDC, y no para la OPSR como bien lo especifica el informe:

“el diseño del estudio permitirá medir posteriormente el impacto del Programa con una Evaluación Intermedia al año 2010 y una Evaluación final al 2016” (p.14, GETSA 2007)

La evaluación no ha podido identificar los costos asociados con este estudio dentro de los documentos financieros relacionados con la operación.

93.El apoyo del PMA a estos estudios es suplementario al GoGua dentro del PRDC/ENRDC y la evaluación valora que es un componente importante para poder cumplir con el seguimiento del 2010 y 2016. No se ha verificado la intención del GoGua de replicar las encuestas de seguimiento, que se realizarían fuera de los tiempos de la OPSR. Sin embargo, en la línea de base 76 por ciento de las madres que recibieron Vitacereal lo preparan como atol, y para el PMA sería muy importante saber si esta cifra ha disminuido cuando se haga el estudio de seguimiento, para poder cuantificar el éxito con el cual las madres preparan papilla para los de 6 a 35 meses.

2. C Resultados

Eficacia

94.El equipo de evaluación constata a través de la literatura consultada y la misión a Guatemala que no se pueden detectar cambios en la desnutrición crónica (medida por talla / edad) con los datos existentes, ni a través de encuestas, ni a través de análisis de tendencias de muestras de los carnets de salud de los beneficiarios. Los estudios de línea de base no se han repetido todavía ya que están programados para el 2010 y el 2016, y no existe información que se pueda considerar para un análisis de cambios en el estado nutricional de los grupos focalizados con los indicadores de la operación (ver cuadro 4).

95.Según los resultados esperados de la OPSR no se constatan efectos directos que se puedan medir en el resultado relacionado con el componente de socorro y el resultado 1 y 2 del componente de recuperación. El componente de socorro, que programaba el abastecimiento de leches terapéuticas a UNICEF, no ha sido activado. Esto se debe a que UNICEF tenía acceso a productos terapéuticos de tipo RUTF²⁵ de su respuesta a la tormenta tropical Stan en el 2005, y que la respuesta a la declaración de septiembre del 2009 del GoGua de estado de calamidad pública basado en la detección de un aumento en los casos de desnutrición aguda en menores de 5 años, también se ha basado en el uso de RUTF, en vez de leches terapéuticas.

96.En el caso de los resultados 1 y 2 del componente de recuperación, el cambio en el nivel de desnutrición crónica en los grupos focalizados solo se puede medir a través de estudios representativos que comparan con los resultados nacionales del 2002 (ver cuadro 1) que se recopilaron en el

25 RUTF por su sigla en inglés Ready-to-use-therapeutic-foods son productos nutricionales terapéuticos listos para consumo.

2009 y están en proceso de análisis por parte de las instituciones gubernamentales apropiadas.

97. La evaluación opina que debido a la cobertura limitada de la operación (43 por ciento de los beneficiarios programados) y la dilución en el uso del Vitacereal con otros familiares por parte de los beneficiarios, la contribución de las actividades del PMA en cuanto al suministro del Vitacereal para la disminución de la desnutrición crónica en los grupos focalizados es limitada, conforme al objetivo de la operación. Sin embargo, durante la misión se seleccionó un pequeño grupo de niños y niñas menores de 3 años específicos con aumento de peso para entrevistar a sus madres. Las madres informaron estar poniendo en práctica los consejos nutricionales para la preparación del Vitacereal. Este número de beneficiarios no se puede cuantificar, ya que no se ha podido identificar cuantos de los 425, 572 beneficiarios del programa, han sido beneficiados con regularidad conforme a los criterios del programa.

98. El consumo del Vitacereal está vinculado al acceso a otros servicios de salud materno-infantil que también contribuyen a una mejora del estado nutricional del individuo debido a la fuerte relación entre la salud y la nutrición. Los otros factores a nivel del hogar relacionados con el entorno sanitario, el cuidado del niño y la seguridad alimentaria (causas de malnutrición de UNICEF) no han sido investigados. La evaluación concluye que la efectividad de la operación en relación a los resultados esperados, es más visible en relación al resultado 4. El resultado 5 no se considera realizado.

El consumo de un producto nutritivo

99. La evaluación pudo constatar durante las visitas al terreno, entrevistas con informantes claves y la documentación del proyecto²⁶ que el Vitacereal se comparte entre los miembros de la familia y se prepara como *atol* (bebida espesa) en vez de papilla, como es la costumbre local. Se explicó repetidamente que la preparación de la papilla requiere de más tiempo que la del *atol* que se suele preparar en la mañana para consumo en el desayuno y se puede dejar todo el día en casa mientras que madres se dedican a otras tareas del hogar. El consumo del Vitacereal en su forma de preparación adecuada no se ha cuantificado, pero la evaluación concluye que el beneficiario focalizado consume menos producto de lo que se programa, debido a que la ración diaria es de 120g, que hay dilución en su preparación como *atol*, y que se comparte.

100. Debido a su alto contenido en micronutrientes, aunque el beneficiario focalizado no reciba la dosis total que le corresponde, sigue siendo posible que el Vitacereal si ha mejorado la calidad de una dieta monótona basada en maíz y frijol de los beneficiarios. El efecto sería aun

26 Entrevistas con agentes de salud, beneficiarias y actores principales relacionados con el proyecto; GETSA (2007), Informe final de estudio de línea de base en 3 municipios de Guatemala; MSPAS (2006) Plan Piloto de Monitoreo PRCD y PRRO 10457.0; Estrada et al. (2007) Investigación cualitativa sobre las actividades IEC para la aceptación y uso del alimento complementario Vitacereal; PMA y SESAN (2005) Evaluación de las condiciones de seguridad alimentaria y nutricional en comunidades de Guatemala del ámbito del programa OPRS 10212.

mayor si se viera acompañado de mejoras en el cuidado infantil, la calidad de agua y los patrones de morbilidad en casa. los que han seguido las recomendaciones de su uso, existe una atribución al resultado esperado.

El acceso aumentado a los servicios de salud materno-infantil

101. Un efecto notable del suministro del Vitacereal es el aumento en la asistencia mensual a los servicios de salud por parte de la población focalizada. Durante la vida de la operación se han distribuido 10, 888.25 TM de Vitacereal a 425, 572 a beneficiarios (datos de junio 2006 a junio 2009). Esto solo ha sido posible los días que los servicios de salud llegan a la comunidad, una vez al mes. No se accedieron estadísticas concretas para comparar el número de personas asistidas por las prestadoras de servicios de salud antes y después de que empezara el PRDC/ENRDC para comparar la cobertura.

102. No fue posible acceder estadísticas concretas para comparar el número de personas asistidas por las prestadoras de servicios de salud antes y después de que empezara el PRDC/ENRDC para comparar la cobertura, pero las entrevistas con los agentes de salud confirmaron una cobertura aumentada. La evaluación identificó que el Vitacereal no ha sido el único incentivo para aumentar la asistencia a los centros de salud, ya que existe un programa de gobierno en un 40 por ciento del área de intervención de la OPSR, *Mi Familia Progres*a, que condiciona el recibo de un bono social a la asistencia a los servicios de salud materno-infantil. Esto añade un grado de complejidad en el análisis de atribución de las actividades del PMA.

103. Durante la visita al terreno, los evaluadores pudieron constatar con los representantes del MSPAS y las ONG prestadoras de servicios de salud, que el componente de Vitacereal ha beneficiado a las familias más rurales atendidas por las ONGs, debido a que los puestos y centros de salud gestionados por el MSPAS en cabeceras municipales no se beneficiaron del programa al no tener los recursos necesarios para asumir las responsabilidades adicionales de la PRDC/ENDRC.

El acceso a la educación nutricional

104. Vinculado a los dos temas mencionados, se constata que la operación ha contribuido a que las mujeres beneficiadas, y algunos hombres, hayan aumentado su acceso a educación nutricional y sanitaria. No se han medido hasta qué punto los cambios en el conocimiento se han transformado en cambios en prácticas a nivel del hogar, pero la evaluación pudo confirmar que la gran parte de las mujeres entrevistadas podían repetir el contenido de las sesiones y al mismo tiempo reconocían que por razones prácticas de conveniencia no aplicaban el conocimiento para la preparación del Vitacereal. Siendo un programa conjunto, las actividades de la OPRS se ven afectadas ya que los componentes de la PRDC/ENRDC que deben afrontar estas otras limitantes no se han activado al paso de la prestación de servicios de salud.

105. La evaluación concluye se puede atribuir un aumento en el conocimiento de mensajes sanitarios a la asistencia de las madres y mujeres embarazadas a las sesiones educativas. El conocimiento mejorado es el primer paso para una práctica mejorada y debe reconocerse como resultado de la operación que vincula la recepción del Vitacereal a la asistencia a las charlas educativas.

106. El Vitacereal contribuye a la alimentación del beneficiario focalizado, pero su uso en casa como papilla todavía no se ha generalizado, la preparación como bebida (atol) siendo más práctica para las madres porque requiere menos tiempo de preparación y menos leña. Las madres prefieren encender la hoguera en la mañana para preparar *atol*, a encender la hoguera varias veces al día para preparar papilla, porque tienen muchas otras tareas cotidianas, vinculadas con su entorno precario de seguridad alimentaria familiar y situación sanitaria. Aunque las madres reportan que a los niños no les gusta en papilla, en las demostraciones de preparación de las educadoras, se observa que el niño menor de 3 años se come el Vitacereal con ánimo.

107. El uso del Vitacereal como atol aumenta el riesgo de que se comparta con otros miembros de la familia. Mientras este hecho demuestra que el Vitacereal como producto tiene aceptación a nivel familiar, también demuestra que hasta que el PRDC/ ENRDC no enfrente los otros componentes vinculados al acceso al agua potable y una mejor seguridad alimentaria familiar, el uso del Vitacereal difícilmente se ajustara a la teoría. Existen muchas condiciones limitantes que influyen en el cuidado de los niños menores en casa que el ENRDC tiene que abordar.

Impacto

108. La colaboración entre varios actores técnicos en nutrición, entidades logísticas y la industria alimenticia se ha visto fortalecida durante la OPSR y, como ya mencionado, sirve de base para programaciones futuras. La nueva formulación del Programa de País 2010-14 contiene un componente de apoyo para la disminución de la desnutrición crónica, esta vez más focalizada geográficamente y acompañada de actividades para apoyar la seguridad alimentaria de familia rurales.

109. El Vitacereal está posicionado en el país como alimento complementario nutritivo de bajo coste, proporcionando alternativas a los productos existentes. Los productores del Vitacereal valoran el aporte técnico del PMA que les ha permitido ajustar sus técnicas de producción para optimizar el tiempo en el cual sus maquinas están libres, para la producción del Vitacereal. El trabajo del PMA con la empresa privada ha sido exitoso y es evidenciado por la facilidad con la que se aceptó el cambio de la composición y la experiencia de utilizar maíz local. Esto ha establecido una base sólida de colaboración para el futuro, siempre y cuando se entienda que las empresas tienen otros objetivos y valoraran productos de calidad y precio asegurados, como lo obtienen al importarlo de sus proveedores en los Estados Unidos Americanos.

110. La compra de maíz local para la producción del Vitacereal, que fue un requisito por parte de uno de los donantes de la OPSR, ha demostrado que se puede vincular las necesidades de grupos con diferentes niveles de vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria diferentes; los que padecen de desnutrición crónica y los agricultores dedicados al cultivo del maíz para la venta. El PMA en Guatemala ha logrado la compra de maíz local de pequeños agricultores, antes de que naciera el programa Purchase for Progress en la sede de Roma. La experiencia de Guatemala ha servido de modelo para otros países, incluso atrayendo fondos para actividades similares en la región.

111. El equipo de evaluación no detectó impactos no esperados ya que la OPSR se diseñó con buen conocimiento del contexto operativo, y en términos técnicos el diseño corresponde a programas materno-infantiles conocidos mundialmente. El éxito de la producción, el suministro y el uso del Vitacereal y sus limitaciones son típicos de este tipo de programa. Sin embargo, se identificó que existen varias iniciativas del GoGua simultáneamente que ponen en marcha diferentes enfoques para mejorar la dieta de los grupos focalizados con alimentos complementarios fortificados y micronutrientes en polvo, esto merece un análisis más profundo.

Impacto a largo plazo

112. Las mujeres y sus hijos menores de 3 años que han recibido el Vitacereal durante sus visitas a los servicios de salud y que han asistido y seguido al pie de la letra las recomendaciones de las sesiones educativas, pueden ser consideradas como los que más se han beneficiado de la operación. Es muy posible que se hayan acercado más al punto de poder romper el ciclo de desnutrición crónica que se manifiesta en el embarazo y los primeros años de vida de un niño. La evaluación no puede cuantificar el número, pero concluye que el modelo de intervención elegido que incluye un enfoque preventivo es apropiado para un impacto a largo plazo, pero que el modelo de la PRDC/ENDRC solo puede tener el éxito deseado si todos los componentes son respetados.

113. En el 2009 los niveles de desnutrición aguda han aumentado en el país, pero no necesariamente en la zona de intervención de la OPSR. Es importante no interpretar esto como un efecto preventivo del Vitacereal, ya que tradicionalmente la zona conocida en Guatemala como el *corredor seco* es en la que se ven los picos de desnutrición aguda normalmente y solo 4 municipios de este corredor seco coinciden con las zonas de intervención de la OPSR (departamento de Chiquimula). Hasta que la ENRDC no tenga cobertura nacional, será difícil medir como el programa disminuye la desnutrición aguda y crónica en el país.

Sostenibilidad

114. La OPSR se diseñó con una estrategia de traspaso al GoGua del 100 por ciento. La evaluación confirmó que algunas de las agencias de donantes ya no consideraban al PMA ya no es el ente apropiado para

responsabilizarse del suministro del Vitacereal dentro de la estrategia nacional para la reducción de la desnutrición crónica en Guatemala. Esto en parte explica porque la OPRS ha obtenido financiación insuficiente. La evaluación no puede concluir sobre las prioridades del GoGua para absorber los costos totales del proyecto.

115. La OPRS ha servido para poner un modelo de suministro de alimento complementario fortificado en marcha, sobretodo que la producción local del Vitacereal se realiza a un coste inferior a productos similares ya existentes. El Vitacereal sigue siendo el alimento complementario fortificado más barato y con un sistema de control calidad en el mercado Guatemalteco, y hasta puede servir de modelo en la región para remplazar el Corn Soya Blend con productos locales. El trabajo del PMA con las empresas privadas ha sido exitoso y sirve de modelo para otros países.

116. No se han detectado los pasos concretos en el traspaso gradual de las actividades del programa a las contrapartes del gobierno cuando acabe la OPRS. El GoGua puede asumir el suministro del Vitacereal con los mecanismos que se han llevado hasta ahora. Quizás el mecanismo interno del PMA de la extensión sin coste haya disminuido la urgencia con la que el GoGua ha abordado el tema del traspaso.

117. La OPSR ha establecido una marca reconocida para el Vitacereal, que permitiría su uso en el futuro, como un producto localmente desarrollado, bajo la propiedad del PMA²⁷. Existen tres productores de Vitacereal en Guatemala y valoran el aporte técnico del PMA para ajustar sus técnicas de producción.

118. La desnutrición crónica en Guatemala no se reducirá al paso esperado si los demás componentes de la PRDC/ENRDC no se implementan, pero esto no es el tema de la evaluación. El vínculo entre el alimento complementario y la extensión de cobertura de servicios básicos de salud se ha demostrado a lo largo de la implementación del proyecto y demuestra que la estrategia del PMA ha sido coherente con las experiencias de otros países, con las recomendaciones de técnicos en nutrición internacionales y con las necesidades del país.

119. En cuanto a la coherencia regional, el PMA en Guatemala ha sido pionero y deja un modelo para los otros países de la región. Una operación que tenga un aporte integrado y una estrategia de salida adecuada como la que diseña en esta OPSR, es fácilmente replicada con tal de que se ajusten los indicadores para vincularlos con los niveles de desnutrición crónica en los países vecinos que son más bajos.

27 La patente del Vitacereal se queda con el proyecto y no puede ser comercializado

2. D Cuestiones intersectoriales

Género y participación

120. Los temas pertinentes a la evaluación incluyen la cuestión de género, ya que la operación va destinada a niños y niñas entre 6 y 36 meses y a mujeres embarazadas y madres lactantes y por lo tanto excluye a los adolescentes y a los hombres. Esto es típico de los programas materno-infantiles focalizados, ya que están dirigidos a grupos vulnerables a la desnutrición. La participación de los hombres de la comunidad durante la operación ha sido limitada, pero si se ha podido comprobar en las visitas que algunos asisten con sus mujeres a los centros de salud. También se ven hombres al igual que mujeres como prestadores de servicios de salud, educadores y vigilantes de la comunidad. Su participación indirectamente afecta la percepción del programa por parte de la comunidad dándole importancia al programa materno infantil. Esto es positivo. La habilidad de los hombres y las mujeres educadoras en el componente de educación nutricional, no depende de su sexo, si no de cualidades de un buen educador comunitario (el idioma, el trato y el tiempo dedicado a la labor). En cuanto a visitas a domicilio no se observo ninguna anomalía por cuestiones de género.

121. El fortalecimiento de estructuras comunitarias mediante el empoderamiento de organizaciones de base comunitarias es el resultado 5 del objetivo 2 de la OPSR. Esto solo se ha logrado mínimamente ya que este componente no fue acompañado por una estrategia de participación comunitaria. Si se valora que en un país como Guatemala, el hecho de que la mujer asista a servicios de salud para tener mejor control sobre su salud y la de sus niños es un logro. También se reconoce que el espacio creado durante el día que las mujeres se reúnen, permite un intercambio entre mujeres que podría ayudar hacia su empoderamiento.

Abogacía

122. La abogacía sobre la desnutrición crónica ha sido un tema constante para el PMA durante la ejecución del programa con fines mantener la desnutrición crónica como asunto importante en el orden del día nacional y para apoyar las actividades de captación de fondos. Este trabajo de abogacía pocas veces se reconoce, sobre todo si no conlleva a resultados concretos de financiación. Sin embargo posiciona al PMA en el país como actor importante en el tema de nutrición y soluciones. Este trabajo no sería posible sin un oficial de nutrición en la oficina del país para participar en círculos técnicos y que haga contraparte en la SESAN y el MSPAS.

Transición de socorro a recuperación

123. El diseño de la operación incluye un componente de socorro para atender a la desnutrición aguda con el apoyo de UNICEF y OPS/INCAP. En septiembre 2009 se declara un estado de calamidad en Guatemala que conlleva a fondos Central Emergency Reserve Fundes (CERF). El

componente de socorro no es activado para atender a esta emergencia, ya que afecta al corredor seco, y no a la zona exacta de intervención del ENRDC y que afecta a poblaciones rurales que se prestan mejor a la re nutrición con alimentos terapéuticos que no necesiten prepararse con agua, como es el caso del F100 y F75 que aparece en la planificación del proyecto. La evaluación concluye que no existe transición entre los dos componentes como se suele observar en otras OPSR.

3. Conclusiones y recomendaciones

3. A Evaluación global

Relevancia e idoneidad

124. La OPSR responde a necesidades nutricionales bien documentadas y utiliza el conocimiento acumulado de trabajo previo del PMA en Guatemala. Reconoce las causas multifactoriales de la desnutrición crónica y la necesidad de intervenir en un grupo focalizado idóneo. La operación se une a los esfuerzos del GoGua con el suministro del Vitacereal, alimento complementario fortificado de menor coste que alimentos similares.

Elementos de eficiencia:

125. El PMA ha logrado una implementación eficiente, ha desarrollado un alimento complementario fortificado para niños pequeños y ha asegurado su producción con nuevos proveedores garantizando la calidad con un sistema de control estricto en el punto de producción. El desarrollo del alimento complementario fortificado local es conforme a las recomendaciones de la OPS/OMS del 2003 y se ha producido a un costo inferior a otros productos similares en Guatemala y en la región. El factor de eficiencia “valor alfa” tiene la siguiente relación: para 2008 es 0.806 y para 2009 es 0.948.

126. La cantidad distribuida entre junio 2006 a junio 2009 ha sido de 10,828.24 TM atendiendo a 425,572 beneficiarios por un coste de USD 13, 164,058. La operación ha tenido límites de financiación, alcanzando el 43.2 por ciento del presupuesto aprobado en el 2005 de 30,476,377 USD, pero ha conseguido un excelente manejo del presupuesto en proporción al presupuesto de origen, respetando el porcentaje asignado a la compra del producto.

127. Se ha conseguido la cobertura programada en cuanto a cobertura geográfica, pero no en cuanto al número de beneficiarios, ya que solo se atendió a un 43 por ciento de los beneficiarios programados. Las limitaciones de implementación parecen ser una combinación de la sobre estimación de beneficiarios por jurisdicción durante el proceso de planificación que no se ajustó durante la re-planificación cada año, y una capacidad reducida del socio principal del PMA, el MSPAS, para incluir todos los puestos y centros de salud en el programa. La evaluación no concluye que las limitaciones financieras sean el motivo principal de la

cobertura alcanzada, ya que no queda claro como se hubieran programado fondos adicionales por el PMA para aumentar el nmero de beneficiarios a través de las estructuras de salud del país.

Eficacia de resultados

128. El suministro de 10,828.24 TM de Vitacereal ha permitido que las personas beneficiadas aumenten su consumo en cantidad y calidad de nutrientes, pero en cantidades menores a las planificadas ya que el producto se diluye al compartirse en casa con otros miembros de la familia. Este fenómeno está vinculado a la seguridad alimentaria y entorno sanitario de las familias beneficiadas, que durante la vida del proyecto no fueron fortalecidas a través de los otros componentes de la ENRDC.

129. El Vitacereal, como alimento complementario fortificado, esta posicionado en las comunidades beneficiadas y ha aumentado la asistencia a los servicios de salud que acompañan su entrega con suplementos nutricionales, charlas educativas y vacunación. Esto es muy positivo.

130. El componente de educación nutricional se ha visto fortalecido a través del las demostraciones de cocina fortaleciendo el rol de los educadores y las educadoras y complementando otros proyectos con este componente en el país. Esto es una contribución muy importante para abordar la desnutrición crónica en el país.

Impacto de resultados

131. El éxito del programa no será cuantificado según los indicadores del documento del proyecto hasta que se haga seguimiento de la línea de base, se analicen los resultados de la ENSMI para obtener los indicadores de medición de impacto. Sin embargo el trabajo realizado desde 2005 demuestra que es posible atender a las comunidades rurales más alejadas de los servicios del estado y de ejecutar actividades en las cuales las madres valoren la importancia de una mejor nutrición para sus niños.

132. La estrategia para la disminución de la desnutrición crónica se ve limitada por factores asociados a la seguridad alimentaria y agua y saneamiento que no han sido fortalecidos durante estos últimos 4 años en comparación con los servicios de atención básica de salud.

133. El uso de fondos condicionados a la compra de maíz local para la producción del Vitacereal ha sido un componente exitoso de la operación, creando un vínculo entre diferentes grupos vulnerables a la inseguridad alimentaria. Esta práctica que comenzó en Guatemala desde el 2008 forma parte del programa Purchase for Progress de la sede del PMA en varios países del mundo.

Sostenibilidad de resultados

134. El Vitacereal está posicionado en el país y puede producirse localmente ya que las empresas tienen capacidad de ampliar su producción o adaptar procesos según necesidades y de adaptar la receta según nuevos requisitos técnicos. Esto sirve de modelo para otros países.

135. La sostenibilidad del uso de Vitacereal en Guatemala para programación nutricional dependerá más de apoyo político que técnico y queda con las autoridades nacionales. Sin embargo para el PMA demuestra que puede tener un rol específico en los programas para combatir la desnutrición que complementa el trabajo de las agencias de las NNUU y deja un precedente para otros países en la región.

3. B Cuestiones clave para el futuro

136. La evaluación se ha basado en un análisis de información disponible y lamenta el acceso limitado a informantes claves del GoGua y el tiempo considerable que se dedicó a la consolidación de datos existentes. La evaluación se ha centrado en la OPSR que se acaba antes del programa del GoGua en el cual esta encajado, y por esto le falta los indicadores nutricionales necesarios para evaluar el impacto enteramente. Sin embargo, el diseño de la OPSR, se ajusta a las necesidades evaluadas y añade valor a la estrategia del GoGua a través de su apoyo a la producción, compra y transporte de un alimento complementario fortificado de bajo coste, que tiene más éxito en la lucha contra la desnutrición crónica cuando forma parte de una respuesta integrada. Se ha necesitado una estrategia de salida más sólida aliñada al diseño del proyecto al igual que sistemas de seguimiento para captar el contexto y aspectos relacionados con el programa que puedan contribuir a un mejor aprendizaje y análisis.

137. Las intervenciones para reducir la desnutrición crónica deben considerar un análisis de necesidades, el contexto operativo, las estrategias del gobierno y los hábitos culturales para informar la mejor focalización. Aunque nuevos estudios consienten que la edad idónea para romper el ciclo de desnutrición crónica a través de intervenciones nutricionales en centros de salud en los menores es de 24 meses, la oficina de país apoyó la estrategia nacional de atender a los menores de 36 meses en su lucha contra la desnutrición crónica. Esto ha demostrado una sensibilidad contextual y realística en línea con la estrategia de GoGua al no modificar el grupo etario, al igual que una comprensión de la economía familiar de los beneficiarios del programa y de sus prácticas de distribución de alimentos en el hogar. La valoración de estos elementos contextuales operacionales debe de ser considerada con el mismo peso que los elementos técnicos. La oficina de país eligió una intervención basada en el uso de alimentos para su OPSR y podría beneficiarse de un análisis más a fondo de como compara con otras estrategias alternativas como el uso de suplementos en polvo en el contexto guatemalteco.

138. La oficina de país invirtió fondos y tiempo adicional a la OPRS en actividades de apoyo relacionadas con el desarrollo del alimento complementario, la educación nutricional, la capacitación del personal de los servicios de salud y las actividades de seguimiento asociadas con la vigilancia nutricional de los beneficiarios y las comunidades en las que viven durante la operación. Estos gastos asociados al buen uso del producto deberían formar parte del presupuesto inicial, para resaltar el coste verdadero de apoyar programas de apoyo a instituciones de salud en zonas rurales, que muchas veces carecen de recursos para asumir actividades adicionales. Suele ser muy difícil atribuir este tipo de actividades al DSC de los presupuestos del PMA.

139. El diseño y la producción de un alimento complementario fortificado nuevo que adhiere a requisitos nutricionales y culturales es posible siempre y cuando se incluya el apoyo técnico de expertos en la tecnología de alimentos para establecer lazos con la industria privada y asegurar una producción de calidad regular según los estándares especificados. Sin este apoyo técnico es poco probable que se logre atraer a más de un productor, incrementando los riesgos asociados con los monopolios y asegurando un sistema de licitación.

140. En el proceso de producción de un alimento complementario fortificado se necesita un enfoque flexible en cuanto a la receta del producto, teniendo en cuenta cambios en las normas nutricionales internacionales, en el coste de los productos para la elaboración del producto, y modificación en su uso por parte de los beneficiarios focalizados. Estos tres elementos conllevan a la necesidad de un enfoque dinámico que permita ajustes a la receta y la producción del producto para que se garantice su idoneidad. La receta del Vitacereal puede ser mejorada a través de un proceso de consultación y un análisis de su futuro más factible en Guatemala como alimento complementario fortificado.

141. El empaque del Vitacereal es de 1kg y existen dos variedades, una para la papilla de los niños y otra para el atol de las mujeres embarazadas y madres lactantes. Esto difiere de las normas usuales de embalaje del PMA para alimentos complementarios fortificados que hasta ahora ha sido de 25kg y desde el 2009 se recomienda sea de 7.5kg. En el contexto de Guatemala, el coste de producir el Vitacereal en bolsas de 1kg no ha sido desmesurado y ha permitido una entrega hasta el domicilio del beneficiario de un producto de alta calidad que se puede transportar y almacenar por las mujeres con niños menores de 3 años que lo reciben minimizando su contaminación. Esto puede proporcionar un modelo con éxito adicional para el PMA.

142. El componente de educación nutricional de los beneficiarios no se ha quedado en segundo plano cuando las exigencias logísticas ocupan al personal de salud. En Guatemala se prestó atención en el desarrollo de la capacitación del personal de educación, y se desarrollaron materiales didácticos de apoyo. Sin embargo no se contó con la alta rotación de personal, que necesitó reforzar las actividades de capacitación de los educadores. Los prestadores de servicios de salud que se vieron con

financiación de otros proyectos para mantener la calidad de sus educadores demostraron poder atender este componente del PDRC, luego ENDRC, con mejor éxito. Mientras esto no es responsabilidad del PMA, sino del ministerio de salud, repercute en el uso del alimento complementario y en su potencial impacto y sirve de lección de programación. La contribución del PMA en este proceso durante la ejecución de la OPSR puede servir para operaciones futuras.

143. Los objetivos nutricionales de operaciones que incluyen el suministro de un alimento complementario se pueden ver ampliados si se vinculan a otras operaciones en el país. En el caso de Guatemala, se consiguió apoyar la compra de maíz local en vez de importado para la producción del Vitacereal. Esto permitió acceder fondos adicionales de donantes que priorizaban actividades de seguridad alimentaria y de los productores al mismo tiempo que asegurar la calidad de maíz requerida por los productores de Vitacereal en Guatemala para poder pasar los niveles de control de calidad del producto durante su producción. Las oficinas de país pueden aprender de esta dinámica de programación y deben analizar los riesgos y las ventajas de tales asociaciones entre programas. En el caso de Guatemala el piloto del 2007 se multiplicó en el 2008 con más asociaciones de campesinos y se convirtió en el precursor del programa *Purchase for Progress* que ahora tiene un lugar importante en la programación del país y en la estrategia de la sede del PMA a nivel mundial.

144. El seguimiento de las operaciones es esencial para mantener la credibilidad frente a todas las partes interesadas. La recopilación y el análisis de información de seguimiento de las actividades de la operación constituyen una herramienta de abogacía importante para programas de largo plazo que buscan un cambio en el comportamiento y en el estado nutricional de los beneficiarios y no se limitan solo a cuantificar entregas. La falta de estos análisis corre el riesgo de que evidencie el carácter de anécdota y tome más peso, que la evidencia sistematizada a favor o en contra de la operación. También aumenta el riesgo de que se presenten argumentos circulares vinculados a los indicadores de impacto nutricionales que no serán cuantificados por el PMA sino por otros actores. Un sistema de seguimiento que se ajuste a las actividades del PMA y las distinga de las actividades de los otros socios, teniendo en cuenta los tiempos diferentes de programación de cada uno es necesario. También tiene que medir las contribuciones de los resultados directos del PMA hacia el programa del GoGua para combatir la desnutrición crónica los resultados directos.

145. La elaboración de OPRS en Guatemala contiene un componente de Socorro y un componente de Recuperación, los dos vinculados a la desnutrición pero con estrategias sumamente diferentes. La OPRS es una herramienta flexible disponible para las oficinas de país para trabajar en situaciones cambiantes, o como en el caso de Guatemala, incluir actividades de socorro que podrían formar parte de un EMOP al igual que actividades de recuperación vinculadas con desarrollo. Esta OPRS tiene un fuerte componente de desarrollo a través de su vínculo con la estrategia nacional para la reducción de la desnutrición crónica, pero destacan

algunos aspectos pertinentes del modelo de la OPRS como su enfoque de mejorar el estado nutricional de la población focalizada, el enfoque inter-agencial, el énfasis en la capacitación en la producción, suministro y control de calidad de un nuevo alimento, y el uso de sistemas logísticos locales que permiten valorarlo como apto para ser una OPSR según las normas del PMA. Destaca que el diseño de esta OPRS incluye una estrategia de salida de traspaso al gobierno, que demuestra que durante los 3 años de implementación el PMA busca minimizar su rol para poder evitar la dependencia. Por otro lado, en el caso de Guatemala se observa que el componente de Socorro no se activo durante la vida de la OPRS ya que existen otros mecanismos más eficaces para atender a emergencias nutricionales que la OPRS dentro del PMA, sobre todo cuando las zonas geográficas donde es probable que brote la desnutrición aguda y la desnutrición crónica son diferentes, como el caso de Guatemala. Aunque es posible argumentar que la OPRS se presta a ser un CP, la oficina del país ha sabido utilizar una herramienta de financiamiento y programación del PMA eficazmente.

146. A dos meses del final de la operación, se detecta poco interés de financiar la continuación de este componente por los donantes que ya han contribuido. La lógica es doble, por un lado, se cree que el GoGua ya puede asumir este componente del suministro del alimento complementario fortificado, y por otro lado que existen otros sectores que necesitan de refuerzos. La estrategia de salida por parte del PMA forma parte del diseño de la operación es un factor que ha podido atraer a donantes en un principio.

147. El compromiso del PMA con las mujeres y una política de género pierden peso en las operaciones a grupos focalizados a través de servicios de salud materno-infantil, ya que las mujeres focalizadas son las embarazadas y las madres lactantes, por criterios de vulnerabilidad nutricional y no por su género. Se tiene que tener en cuenta que los programas materno-infantiles implican un coste en tiempo para las mujeres beneficiadas y que una verdadera política de género necesita de actividades dirigidas a los hombres y a los miembros de la comunidad que faciliten el acceso de las mujeres focalizadas a los servicios y las tomas de decisiones asociadas con las actividades del programa.

3. C Recomendaciones

Oficina de país

148. Mantener la capacidad de análisis de necesidades en nutrición y seguridad alimentaria en el país con personal formado para participar en las evaluaciones rápidas tanto como en foros técnicos que mantengan la relación con actores de gobierno y de las NNUU en el diseño de programas conjuntos con enfoques multisectoriales para combatir la desnutrición crónica y aguda en el país a través de intervenciones basadas en el uso de alimentos y otras que sean adecuadas.

149. Traspasar el suministro del Vitacereal para la ENRDC al Gobierno de Guatemala al final de la OPRS, conforme a su diseño original y centrarse en contribuir a la disminución de la desnutrición crónica con actividades que vinculen la nutrición con la seguridad alimentaria de las familias rurales y urbanas. Al mismo tiempo fomentar que el GoGua reciba apoyo para el tratamiento de la desnutrición aguda con productos nutricionales adecuados por parte de las agencias de las NNUU y las agencias especializadas.

150. Matizar la estrategia de salida durante la implementación de programas con un análisis continuo de cambios de contexto que afecten la estrategia planificada, y que permitan ajustes conforme sea necesario.

151. Mantener la abogacía del uso de Vitacereal en el país como alimento complementario apto para grupos focalizados en intervenciones multi-sectoriales de largo plazo y considerar modificaciones a su composición según las nuevas normas de alimentos fortificados, manteniendo su bajo coste de producción.

152. Considerar una mejora en el proceso de consolidación de la información recopilada para permitir un análisis continuo de contexto durante la operación, una mejora de los sistemas de seguimiento y poder aprovechar de comparaciones anuales para medir el progreso en temas como el coste-eficiencia, cobertura y mecanismos de colaboración con los socios.

Oficina Regional

153. Considerar la elaboración de una estrategia de financiamiento para programas grandes, por ejemplo de más de USD 20millones, que documente un análisis del contexto y las perspectivas financieras en el cual se diseña la operación según la oficina de país, la oficina regional y la sede.

OMXD, Oficina Regional y Oficina de país

154. Hacer mejor uso de la herramienta de marco lógico de proyecto durante la formulación y el seguimiento de la operación, permitiendo hacer los cambios necesarios para valorarla como herramienta adaptada al programa en ejecución.

Anexos

1. Mandato

WFP OEDE EVALUATION - TERMS OF REFERENCE

Evaluation of WFP Guatemala PRRO 10457.0 – 2009 -

Recovery and Prevention of Malnutrition for Vulnerable Groups

(Dec 2005 – Dec 2008) extended to Dec 2009.

1. Background

1.A Context of the evaluation

1. In Guatemala, the face of poverty and hunger is young, indigenous and rural. Guatemala, with the fourth highest rate of chronic malnutrition in the world and the highest in Latin America and the Caribbean, faces a serious challenge to reduce chronic undernutrition, currently at 49.3 among children under five.

2. The situation is worse in rural areas of the country where the indigenous population is concentrated; in the highlands of Guatemala, seven out of ten children under five are malnourished. There are several reasons behind these rates: national health services cover approximately 60 per cent of the country; most of the rural areas lack water and sanitation systems and have a limited access to an adequate diet due to income restrictions. In rural areas, the minimum wage covers around 75 per cent of the basic food basket, and poverty reaches 70 per cent of population.

3. Additionally, Guatemala is prone to natural disasters: hurricanes, earthquakes, floods and frosts are recurrent events which damage the livelihoods of an unprepared population living in vulnerable areas.

4. In 2005, Guatemala adopted a national law recognizing access to food as a right of all citizens. Following adoption of the food security and nutrition (FSN) law, a National Strategy to Reduce Chronic Under nutrition (ENRDC) was announced by the Government. ENRDC is coordinated by the Secretariat for Food and Nutrition Security (SESAN) and includes the Ministry of Public Health and Social Welfare, Ministry of Agriculture, Livestock and Food. ENRDC main objective is to reduce by half, up to 2016, the chronic under nutrition prevalence on children under five years of age, based on the data provided by the National Mother and Child Survey. The targeted groups are children 0-5 years of age and pregnant and lactating women.

5. A pilot project (PRRO 10212.0) took place from April-May 2006 for the elaboration and production of vitacereal.

6. The PRRO consists in Maternal and Child Health Nutrition (MCHN) and aims to reduce acute malnutrition among children under five under the relief component and to prevent a decline in the nutritional status of

children aged 6 to 36 months and of pregnant and lactating women under the recovery component.

7. The WFP protracted relief and recovery operation (PRRO) is approved for the period from Dec 2005 to Nov 2008 targeting some 276,900 beneficiaries, children under five and pregnant and lactating women from among the country's most vulnerable groups. A revision²⁸ brought the termination date to Dec 2009 and it is envisaged to further extend the operation.

8. The operation has a total value of 30.5 M USD²⁹ and foresees the distribution of 28,857 Mt of commodities. As of Apr 2009, the operation is resourced some 37 per cent³⁰.

9. In 2008, six UN agencies (Unicef, WHO/PAHO, UNFPA, FAO, UNV and WFP) and the Government of Guatemala signed a joint programme (2008-2011) to support the National Strategy for the Reduction of Chronic Undernutrition.

1.B Stakeholders

10. The Guatemala authorities and UN main stakeholder groups are composed of the following organisations or ministries.

Guatemala National Authority		UN partners
Secretariat to the Presidency on Food and Nutrition security (SESAN)	Istituto Nacional de Comercializacion Agricola (INDECA)	UNICEF
Ministry of Health		WHO/PAHO
National Food Security and Nutrition Advisory Body		

11. The stakeholders in this evaluation and their relation to the operation and evaluation are presented in diagram 1. They include external and internal groups which have a stake in the operation and the evaluation.

²⁸ Budget revision (Nov 2008)

²⁹ WFP resourcing update APR 2009

³⁰ Ibid.

Diagram 1: Stakeholder Matrix

Key stakeholder groups	Interest in the subject of the evaluation	Interest in the evaluation	Implication for the evaluation
WFP GUACQ staff Management Programme, Logistics VAM, Human resources	Main managers and coordinators of UFP operations and resources in GUA	- Evaluation findings may have an impact on the design of future programmes in GUA - Evaluation will provide an assessment of UFP GUACQ PRRO operations - Involved in management response to the evaluation	- Main interlocutor for the evaluation - Evaluation will work in direct coordination with GUACQ, including logistic field support - Main source of data - Important source of information
WFP RB	- PRRO in a country within their region of responsibility - Nutrition is an important focus of interest in Latin America	- Evaluation findings may have an impact on the design of future programmes in GUA - Evaluation may provide information on UFP OM P success in providing assistance to UFP GUACQ, as part of their mandate - Evaluation finding may guide future intervention in the region - Involved in management response to the evaluation	- Source of information on support provided to GUACQ (cross-check) - Will be consulted through teleconference
WFP HQ staff Nutrition, Logistics VAM, etc.	No specific role in this operation	- Evaluation findings may provide relevant information to technical units (lessons) - May be involved in management response to the evaluation	- Keep informed - Will be consulted through briefing meetings in HQ
Guatemalan National Authority: - Secretariat to the Presidency on Food and Nutrition Security (SESAN) - Ministry of Health - National Food Security and Nutrition Advisory Body - Instituto Nacional de Comercialización Agrícola (INDECA)	- Involved as recipient of international assistance - Cooperating partners in Programme implementation at national level - Ensures programme alignment and integration with national policies and plans	- Evaluation findings may have an impact on the design of future PRRO in GUA - Evaluation will look at partnership issues and may provide guidance to UFP and partners on future collaboration - Evaluation may provide insight to Guatemalan authorities about the development of a capacity development strategy and its implementation	- Important informant for this evaluation - Will be consulted through formal meetings at national level
NGO partners - International - National	- Engage in the PRRO formulation process - Cooperating partners	- Evaluation findings may have an impact on the design of future PRRO in GUA - Evaluation will look at partnership and coordination issues and may provide guidance to UFP and partners on future collaboration	- Important informant for this evaluation - A selection will be consulted
UN partners - Unicef - WHO/PAHO	- Involved in the implementation strategy of the PRRO - Cooperating partners	- Evaluation findings may have an impact on the design of future PRRO in GUA including partnerships with UN agencies - Evaluation will look at partnership issues and may provide guidance to UFP and partners on future collaboration	- Important informant for this evaluation - A selection will be consulted
Donors Main: Spain, Italy, France	Contributors to the PRRO with cash resources for local procurement	Evaluation results may affect donors' willingness vis-à-vis funding of UFP PRRO in GUA	- Source of information on issues like relevance, including appropriateness - Will be consulted through formal meetings at national level
Production of Vitacereal - Private sector: local companies (3) - Organizations (14) small scale maize farmers	- Recipient of technical assistance for production of vitacereal/maize - PRRO is an output for their product	Evaluation results may affect demand for their product	Source of information
Communities	Direct interest in the PRRO as main beneficiaries	Findings may influence future design of operation, including improved services to beneficiaries	Key informants on issues like relevance and effectiveness
WFP Executive Board	No specific role in this operation	Interest in the evaluation as part of global strategy for learning and accountability (annual report)	Keep informed

2. Reason for the evaluation

2.A Rationale

14.The evaluation will take place during the last year of the PRRO implementation. The PRRO project document planned for an external evaluation to take place during implementation phase.

15.The main users of this evaluation will be the WFP GUA country office and the National authorities and UN partners. Evaluation findings and recommendations will contribute to the development of the next phase of WFP assistance, expected to start in 2010.

2.B Objective

16.The objective of the evaluation is twofold. The main focus of the evaluation will be to seek to improve future performances by determining the reasons for the success and/or failure. Lessons will be internalized in new practices. It will also look at past performance to determine the degree of success and/or failure of the operation and accounts for aid expenditures to stakeholders.

3. Scope of the evaluation

3.A Scope

17. The evaluation will focus on WFP activities and operations implemented for the achievement of the PRRO outcomes. The stated outcomes³¹ of PRRO are linked to WFP corporate strategic objectives³² and have indicators described as follows:

WFP Strategic Objectives:	WFP GUA PRRO Outcomes / (Indicators)
1. Save lives in crisis situations	• Reduced acute malnutrition among children under 5 - o Prevalence of acute malnutrition among children under 5, by gender (weight-for-height) - o Recovery rate among children under 5 children assisted - o Under-5 mortality rate in targeted areas.
3. Support the improved nutrition and health status of children, mothers and other vulnerable people	• Reduced level of malnutrition among children under 3 - o Prevalence of chronic malnutrition among children under 3, by gender • Reduced level of malnutrition among pregnant and lactating mothers - o Low birth weight rate • Improved nutrition, health, hygiene and care practices through training - o Percentage of trained pregnant and lactating women who practise exclusive breastfeeding during the first 6 months - o Percentage of women trained to prepare Vitacereal properly for their children • Improved nutritional and health status of targeted children and women through provision of basic health services - o Prevalence of anaemia among pregnant and lactating mothers - o Prevalence of anaemia among children under 3 - o Prevalence of vitamin A deficiency among children under 3 - o Percentage coverage of children under 3 by vaccination campaigns • Community structures strengthened through empowerment of women's CBOs - o At least half of the representatives and half the chairpersons, secretaries and treasurers on food-distribution and asset-creation committees are women (ECW V.2)

18. The geographical scope of the evaluation will focus on the area of intervention as stated in the project document, within the national context.

19. The scope of this evaluation will be the operations as described in the project document WFP GUA 10457.0 for the time period from Jun 2006 to 31 Aug 2009 and will include a review of different components of the PRRO (below) and a review of partnership agreements and their implementation:

³¹ WFP PRRO 10457.0 project document's logical frame work, annex 2

³² WFP Strategic Plan 2006-2009. A new strategic plan enters in force as of 2009.

Component	Relative Importance (% of total tonnage cost)	Description
Relief	0.3 %	
• Selective feeding: Therapeutic feeding	0.3%	• Provision of F75 / F100
Recovery	99.7 %	
• Food supplementation: children 6-36 months	74.0%	• Provision of vitacereal
• Food supplementation: with nutrition and health training to pregnant and lactating women	25.7%	• Provision of vitacereal
• Awareness training on nutrition, health, sanitation and care practices		• Provision of vitacereal
• Basic health care for children and pregnant women		• Provision of vitacereal
• Strengthening of community structures and empowerment		• Provision of vitacereal

3.B Evaluability assessment

20.**Objectives.** The logic model³³ presented in the project document summarizes the objectives and sub-objectives of the operation which appear to go beyond the corporate strategic objectives outcomes³⁴. While corporate nutrition outcomes mainly focus at the level of manifestation of malnutrition the PRRO log frame includes sub-objectives pertaining to the levels of immediate causes and basic causes of malnutrition³⁵ like, improved practices, improved health status and social systems (status of women).

21. Similarly, the indicators retained for measuring outcomes appear to be numerous and go in some cases beyond Strategic Plan prescription. More importantly though, no objective targets are presented in the log frame nor are suggested in the project document's text which will make it challenging to measure the degree of success of the PRRO.

22.**Outputs** are planned and produced by WFP in support to the achievement of desired outcomes. Though relevant output for the more global intervention to address malnutrition in Guatemala, the PRRO log frame includes a number of non-corporate outputs that may be difficult to account for like for example the provision of basic health services which is outside WFP mandate.

23. The evaluation mission may attempt to reconstruct the log frame with CO in view of the above mentioned issues.

³³ WFP PRRO 10457.0 project document's logical frame work, annex 3

³⁴ WFP Strategic Plan (2006-2009)

³⁵ Figure 4.2 A Conceptual Model of the Causes of Malnutrition, p24, Food and Nutrition Handbook

24. The availability of a baseline study, the Joint food security and nutrition assessment (2005) will provide valuable base information. Preliminary results of the 2009 Mother and Child Health Survey should be available in November 2009 for trend analysis. A mini survey may be contemplated to generate additional data for trend analysis.

Key issues / key evaluation questions

25. In addition to the issues to be analysed by the evaluation, as per the evaluation report template (annex 3), the following key issues will be studied:

Partnerships and national capacities

26. Addressing malnutrition at national level requires concerted efforts. The evaluation will review to what extent the current partnerships arrangements are functional and outputs plans are being met. The evaluation will also review the extent to which current national strengths and priorities will allow for the continuation of the nutrition intervention in case of reduction of donor support and/or in view of gradual hand over.

Funding

27. The PRRO is underfunded and the level of operation remains low due to resources shortage. The evaluation will review the effects of funding on the WFP operation (beneficiaries) and on its partnerships with UN agencies and government counterparts.

5. Evaluation design

5.A Methodology

28. The evaluation will implement traditional evaluation methods based on programme theory and logical framework approaches. It will use stakeholder discussions and secondary data to verify baseline information and to understand intended outcomes. The evaluation will employ internationally agreed evaluation criteria of relevance, coherence (internal and external), efficiency, effectiveness, impact, sustainability and connectedness.

29. The evaluation will use a range of data collection techniques such as key informant interviews, focus group discussions and other participatory approaches and structured document analysis. It will ensure that stakeholders with diverse views will be consulted to ensure the assessment, findings and recommendations are based on a comprehensive understanding of diverse perspectives on issues, performance and outcomes. Evaluators will act impartially and respect the code of conduct for the profession (Annex 1).

30. The views of beneficiaries on the operation's success to address their immediate food requirements and longer term goals will be captured through semi-structured interviews with community key informants during the field mission.

5.B Evaluation Quality Assurance System

31.WFP has developed an Evaluation Quality Assurance System (EQAS) based on the UNEG norms and standards and good practice of the international evaluation community (ALNAP and DAC). It sets out process maps with in-built steps for quality assurance and templates for evaluation products. It also includes checklists for feedback on quality for each of the evaluation products including the TOR. All these tools are available with OEDE. EQAS will be systematically applied during the course of this evaluation and relevant documents provided to the evaluation team.

32.The evaluation team must implement quality assurance measures for data collected during the course of this evaluation.

5.C Phases and deliverables

33.The evaluation will be undertaken in the main phases presented in the diagram below. For each phase of the evaluation, a specific output which is under the responsibility of the team leader and an allocation of time for each team member is defined. The main phases/outputs are as follows:

Pre-mission report.

34.The purpose of the pre-mission report (PMR) is two fold: (1) review and clarify the TOR and present the methodology to be used to undertake the evaluation; and (2) present the preliminary findings of the desk review and identify information gaps to be filled with data collected during the evaluation mission. The pre-mission report is produced by the evaluation team under the responsibility of the team leader, on the basis of a desk review of all available documents. The pre-mission report will follow WFP Evaluation Quality Assurance System.

35.The visit itinerary will be determined during the preparatory phase by the evaluation team, based on their selection criteria. The visit itinerary will include WFP units, partners and government counterparts to be met in the capital and during field visit and locations to be visited. The country office will provide information on security and accessibility issues. The visit itinerary will be submitted to the country office for logistics and meetings arrangements.

Diagramme 2: Evaluation phases outputs and timeline

Description	Output	Team Leader (days)	Team members (days)	Jul-09				Aug-09				Sep-09				Oct-09				Nov-09				Dec-09			
		50	35	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Evaluation phase																											
1 Pre-mission report																											
Briefing	Briefing report	3	3																								
Prepare draft Pre-mission report	Draft pre-mission report	5	3																								
Revise pre-mission report	Revised draft pre-mission report	1	1																								
Final pre-mission report	Final pre-mission report	1	0																								
2 Evaluation Mission																											
Prepare field mission		1	1																								
Field mission	Aide memoir/debriefing presentation	16	16																								
Field mission debriefing	Debriefing	2	2																								
3 Evaluation report																											
Prepare evaluation report	Draft Evaluation report	10	7																								
1 st revision of evaluation report	Reviewed draft Evaluation report	1	0																								
Respond to stakeholder comments	Response matrix	2	1																								
2 nd revision of evaluation report	Reviewed draft Evaluation report	3	1																								
4 Evaluation summary report																											
Prepare summary report	Draft Summary report	4	0																								
Revise summary report	Reviewed draft summary report	1	0																								

36. The report will be shared with the WFP GUA CO before the evaluation mission, so that the country office is aware of issues and data needs.

Evaluation mission.

37. Fieldwork will be undertaken in Guatemala. It consists in 3 main phases:

a. **Briefing.** The mission will begin in Guatemala Ciudad with start-up a briefing meeting with stakeholders.

b. **Interviews.** Data collection phase with interviews in Guatemala Ciudad and at selected field sites will follow for a period of 2 weeks. The field visits will be used to discuss with a cross-section of internal and external stakeholders their views on WFP's performance. During fieldwork a range of evaluation techniques will be employed as defined in the pre-mission report.

c. **Debriefing.** Finally, the evaluation mission present preliminary findings during a stakeholders' debriefing. Stakeholders in HQ and RB will have the opportunity to participate via a teleconference.

Evaluation report.

38. The pre-mission reports, team members' reports and aide-memoir are working documents of the evaluation.

39. The findings will be brought together in a succinct analytical evaluation report that will (1) respond to the objectives set out for this evaluation; and (2) report against evaluation criteria specified in these terms of reference. The outline for the final report is included in annex 3.

40. The evaluation report will follow WFP Evaluation Quality Assurance System. The draft final report will be shared with stakeholders for comments. To ensure transparency, the evaluation will document comments received and how they were responded to in the evaluation report (Comments matrix, annex 3).

6. Organisation of the evaluation

6.A Expertise of the evaluation team

41. Preliminary desk review evidenced the need for the evaluation team to include expertise in the following areas: This expertise will cover the main functions of WFP in Guatemala. A set of tasks is included in the Job Descriptions in Annex 4.

a. **Nutrition / food security.** Mother and child Health nutrition represents 100 per cent of food resources allocated in the PRRO.

b. **Logistics.** WFP's ability to timely and efficiently deliver commodities is key to the success of its operations. Expertise in this area will particularly prove useful in assessing efficiency of response in terms of timeliness, costing, coordination with partners (logistic arrangements).

42. **Team leader.** The team leader will have strong evaluation experience and a good understanding of food assistance. He/she will have good communication, and writing skills in Spanish and the ability manage the

overall evaluation process. He/She will also have one of the above described expertises.

6.B WFP stakeholders' roles and responsibilities

43. This evaluation is managed by the WFP office of evaluation, the evaluation manager will be Michel Denis. The manager has the responsibility of the overall process of the evaluation, including the following tasks:

- a. Preparation of evaluation terms of reference
- b. Selection and recruitment of evaluation team
- c. Budget preparation and management
- d. Evaluation team briefing
- e. Field mission preparation, in conjunction with receiving country office (see below)
- f. First level quality assurance
- g. Reports dissemination
- h. Principal interlocutor between evaluation team, represented by the team leader and WFP

44. The WFP GUA CO will host the evaluation mission and is the main stakeholder of this evaluation. It will be important that time and resources are properly allocated as key source informants and to make available to the evaluation team and the evaluation manager the information deemed relevant during the course of the evaluation.

45. Additionally, the country office will be involved in the evaluation process, including:

- a. Participation in preparation of TORs (background information, key issues and general comments)
- b. Preparation of the field mission. Provide logistic assistance to the evaluation (support in arranging lodging, airport pick ups and transportation arrangements to project areas)
- c. Provide support in organising meetings with relevant cooperating partners and government officials and accompany evaluation to counterparts, cooperating partners or field visits if required by team leader

6.C Communication

46. The Pre-mission report, final evaluation report and summary report will be submitted in Spanish. The final report will be available by Dec 2009. The Executive Board summary will be presented to the Executive Board, in Jun 2010. The reports will afterwards be posted on WFP website, for general access.

47. In addition, the evaluation results will be incorporated into OEDE's new lessons' sharing system, once it is established (to come on-stream in 2009) to ensure lessons will be accessible to users in and outside WFP.

6.D Budget

48.The evaluation costs will be covered by OEDE PSA Budget for operations evaluations.

Annexes

1. Background documents on evaluation concepts
2. Bibliography
3. Reports templates
4. Evaluation team
5. Technical annexes

Download TORs annexes (.rar , approx 38 Mb, link valid until 29 JUL2009).

To download, [Click here](#) , then click “ download” in opening web browser.

Winrar is required to uncompress these annexes.

Should you require it, [Click here](#) , then click “Run” or “ install” in opening web browser.

Annexes:

Annex 1: Background documents on evaluation concepts

-  Code of Conduct for Evaluations in the UN System
-  Norms for Evaluation in the UN System
-  Standards for Evaluations in the UN System

Annex 2: Bibliography

2.1 WFP Project Documents, Review and Reports

-  Budget Revision 3 Nov 2008 WFP10457.0
-  GUA PRRO 10457 BUDGET
-  Plan de Monitoreo y Evaluacion Version borrador
-  Programme review Committee (Jul 2005)
-  Project Document WFP GUA PRRO 10457.0
-  PROJECT PLAN INFORMATION
-  Resourcing Update 29 APR 2009 WFP 10457.0
-  SPR 10457.0 (2006)
-  SPR 10457.0 (2007)
-  SPR 10457.0 (2008)

2.2 Assessments & Evaluations

-  Common Country Assessment (2004)
-  Common Country Assessment (2008)
-  ENA (Jun 2005)
-  INFORME FINAL LINEA DE BASE PRDC (OCT 2007)
-  Informe taller formulacion de proyecto (May 2005)
-  Mission Report (Feb 2004)
-  PRESENTACIÓN LÍNEA DE BASE PMA PRDC (OCT 2007)
-  Tercer Censo Nacional de Talla (2008)

2.3 National Authority Strategic Documents

-  Ley del sistema nacional de SAN (2005)
-  Política nacional de seguridad alimentaria y nutricional (2005)
-  Reformas Ley del sistema nacional de SAN (2008)
-  Resumen Ejecutivo PRDC (2006-2016)

2.4 UN Strategic Documents

-  Global strategy for infant and young child feeding (GSIYCF) (2003)
-  Planning Guide for national implementation of GSIYCF (2007)
-  Programa Conjunto Nutricion (2006-2008)
-  Programa Conjunto Nutricion (2008-2011)
-  UNDAF (2004-2008)
-  UNDAF (2005-2009)

2.5 WFP Policies & Guidelines

-  WFP Consolidated Framework of WFP Policies (Oct 2008)
-  WFP Corporate Strategic Results Framework
-  WFP Food and Nutrition Handbook (2001)
-  WFP Strategic Plan 2006-2009
-  WFP Strategic Plan 2008-2011

Annex 3: Reports templates

-  Evaluation report comments matrix
-  Evaluation report template
-  Pre-mission report template
-  Summary report comments matrix
-  Summary report template

Annex 4: Evaluation team: Job Description / CV

Jacqueline Frize	Nutrition/Food, Security, Tteam Leader
Carlos Calderon	Logistics, Team member

Annex 5: Technical annexes

-  Alpha Value
-  Cost effectiveness Analysis - DRAFT
-  Evaluation criteria
-  Evaluation matrix
-  Guidance Note on Beneficiary Definition and Counting
-  Guidelines ECW
-  Logical framework
-  Sphere Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response Ch.3 Food Aid
-  Stakeholders analysis

2. Bibliografía

1. Documentos de proyecto de la OPRS 10457.0 del PMA:

- PMA (1 Julio 2005) Programme Review Committee (PRC) Meeting - GMT PRRO 10457.0 Recovery and Prevention of Malnutrition for Vulnerable Groups
- PMA (Octubre 2005) *Protracted Relief and Recovery Operation Guatemala 10457.0: Recovery and prevention of Malnutrition for Vulnerable Groups*
- GETSA (Octubre 2007) *Informe Final estudio Línea de base en 83 municipios de Guatemala cubiertos por el programa para la reducción de la desnutrición crónica (PRDC) Informe Operación Prolongada de Socorro y Recuperación (OPSR 10457.0) y Programa de Reducción para la Desnutrición Crónica (PRDC) SESAN / PMA / MSPAS*
- SESAN / MSPAS / PMA *Plan de Monitoreo y Evaluación para la Reducción de la Desnutrición Crónica y PRRO 10457 sin fecha versión borrador*
- PMA (2006) *Presentación Línea de base PMA PRDC Octubre 2006*
- PMA (2007) *Presentación Línea de base PMA PRDC Octubre 2007*
- PMA (8 Febrero 2006) *Carta de Entendimiento entre el Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas y el Gobierno de Guatemala, OPRS 10457.0*
- Wood, J., Reyes, L. y Núñez, J.L. (Diciembre 2006) *Opportunities for the manufacture of Vitacereal in Guatemala. A review of product development, current processing capability and new opportunities, Phase 1 Report.*
- Wood, J., Reyes, L. y Núñez, J.L. (May 2007) *Opportunities for the manufacture of Vitacereal in Guatemala. A review of product development, current processing capability and new opportunities, Phase 3 Report.*
- PMA (3 Noviembre 2008) *Budget Revision PRRO 10457.0*
- PMA (fecha) *Guatemala PRRO 10547.0 budget*
- PMA (fecha) *Project Plan Information*
- PMA (2006) *Standard Project Report 10457.0 Guatemala*
- PMA (2007) *Standard Project Report 10457.0 Guatemala*

- PMA (2008) *Standard Project Report 10457.0 Guatemala*
- PMA (29 Abril 2009) *Resourcing Update PRRO 10547.0*
- PMA (2009) *Ejemplos de boletas de seguimiento mensuales de programa*
- PMA (2006-20099) *Informes de monitoreo logística*
- PMA (2008-2009) *Informes de resultados de análisis de composición de alimentos*
- MSPAS / SESAN / PMA *Manual de Logística para la Solicitud, Almacenamiento, Distribución y Entrega del Alimento Complementario Vitacereal*
- MSPAS / SESAN / PMA *Programa de Reducción de la Desnutrición Crónica manual de Normas Técnicas del Componente de Alimentación Complementaria.*

Otros documentos PMA Guatemala

- Bressani, R. (octubre 2004) desarrollo, Evaluación y factibilidad de producción de Alimentos de Alto valor Nutritivo para la Alimentación Complementaria de Niños Preescolares, Informe Final, PMA
- PMA (Febrero 2004) *Mission Report Guatemala 10-17 February 2004 – WFP Nutrition Division, Rome.*
- Rodríguez, M., Alvarado, M. y Mejicano, G. (Junio 2005) *Informe Final de la Comisión Técnica para la determinación del alimento complementario.*
- PMA y SESAN (Junio 2005) *Evaluación de las condiciones de seguridad alimentaria y nutricional en comunidades de Guatemala del ámbito del programa OPRS 10212*
- PMA (2009) *Plan de Contingencia para Guatemala 2009*
- PMA (2006) *Plan de Contingencia para Guatemala 2006*
- PMA PRRO 10421.0
- PMA DEV 10411
- PMA CP (030809)
- Ramírez Castellanos, L. C.,(Agosto 2006) *Sistematización del Plan Piloto del Programa de Reducción de la Desnutrición Crónica Guatemala, Informe Final, MSPAS / PMA / SESAN*

- MSPAS / PMA / SESAN (Octubre 2006) *Plan Piloto de Monitoreo PRDC y PRRO 10457.0*
- PMA / UNICEF / OPS Guatemala (2005) Programa Conjunto para la reducción de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 36 meses 2006-2008
- PMA / UNICEF / OPS Guatemala (2005) Programa Conjunto para la reducción de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 36 meses 2008-2011
- UNDAF (2004) Marco de Asistencia de las naciones Unidas para el desarrollo UNDAF Guatemala 2004-2008 Propuesta revisada por el gobierno de Guatemala (Septiembre, 2004)
- UNDAF (2008) Marco de Asistencia de las naciones Unidas para el desarrollo UNDAF Guatemala 2005-2009 Propuesta revisada por el gobierno de Guatemala (Junio 2007)
- UN (2004) Análisis de la Situación de País, Guatemala
- UN (2008) Análisis de la Situación de País, Guatemala

Documentos del Gobierno de Guatemala

- GoGua (Mayo 2005) *Ley del Sistema nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional Decreto Numero 32-2005*
- GoGua (2005) *Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional*
- GoGua (2005) *Reformas Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional*
- CEHR (Mayo 2005) *Elementos técnicos para la formulación del plan nacional para la reducción de la desnutrición crónica de la población más vulnerable de Guatemala*
- Ministerio de Salud Publica (2005) *Plan piloto para enfrentar la desnutrición crónica- borrador para discusión*. Dirección de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud, Programa de Seguridad Alimentaria y Nutrición.
- SESAN (2006) *Resumen Ejecutivo del Programa para la Reducción de la Desnutrición Crónica 2006-2016*
- Botran, J.A. (Febrero 2007) *Seguridad Alimentaria y Nutricional*, SESAN
- SESAN y MINEDUC (2001) *Segundo Censo Nacional de Talla*

Otros documentos

- Unicef (Septiembre 2006) *Análisis de situación de los alimentos complementarios fortificados para la niñez entre 6 y 36 meses de edad.*
- Estrada, K., Hurtado, E. y Vielman, L. (Marzo 2007) *Investigación cualitativa sobre las actividades de IEC para la aceptación y uso del alimento complementario Vitacereal.*
- WFP (2005) *Thematic Review of WFP food Aid for Nutrition Mother and Child Nutrition (MCN) Interventions – Full Report OEDE, WFP Rome.*
- WFP *Signed Policy Decision – Nutrition Improvement Strategy Re.EPC240709*, WFP Rome.
- WFP (April 2009) *Advance Report to Spain on the Initiative Towards the Eradication of Child Undernutrition in Latin America and the Caribbean Capacity Development Projects.* WFP LAC.
- WFP (2004) *Full Report of the Thematic Evaluation of the Protracted Relief and Recovery Operation (PRRO) Category*, OEDE Rome
- Mayne, J. (Mayo 2008) *Contribution analysis: an approach to exploring cause and effect.* ILAC Brief 16, Institutional Learning and Change.

3. Lista de personas contactadas y de lugares visitados

FECHA	INSTITUCION	NOMBRE	CARGO
6 Oct	PMA Oficina de Guatemala SESAN	Willem van Milink/Irma Palma Maritza de Oliva Juan Pablo Barrientos América Cárcamo Lily de Caravantes	Representante Oficial de Proyectos Oficial de Nutrición Asistente Sr. Logística Asistente Logística COMPAS Secretaria de la SESAN
7 Oct	PLAN INTERNACIONAL DEMAGUSA (Derivados de Maíz de Guatemala S.A. – Grupo GRUMA) NUTRICA	Roberto Zea Angel Lam Solís/Harvyn Arias José Rafael Beltranena	Coordinador de Salud Gerente Industrial Gerente Comercial Gerente General
8 Oct	ALIMENTOS S.A. BODEGA INDECA FRAIJANES UNICEF REPRESENTANTE S DE ACTORES TECNICOS PMA GUA	Francisco Pivaral Gerardo Pallais Jorge Rodríguez Maria Claudia Santizo Mirtala García de Travanino Ofelia Arriaza Sandra Recinos Paiterin Maira Ruano Cristina Maldonado Iván Mendoza Jaime Gomez	Gerente General Gerente Logística Ventas Institucionales Oficial Nutricion Consultora SEGEPLAN SESAN SESAN Coordinadora PROSAN Directora PEI MSPAS Programa Banco Mundial (ex PROSAN) Consultor Programa Interagencial
FECHA	VISITAS DE CAMPO	CONTRAPARTE	CARGO
9 Oct	Departamento: Chimaltenango Municipio: Acatenango Comunidad: Nueva Concepción PMA GUA PROSAN-MSPAS	ONG Carrol Behrhorst Alba Batz Biviana Figueroa Marvin Guerra Roselia Yal/Julio Saguil Maija Laitenen Sebastián Cabrera	Enfermera Ambulatoria Facilitadora Institucional Educador Comunitario Neonatal Asistente Información Nutricionista UNV Nutricionista
12 Oct	Departamento: Chiquimula Municipio: Camotan Comunidad: Mojón la Mina PMA GUA PROSAN-MSPAS SESAN	ONG ADICCA Magaly Salazar Sucelly Galván Irma Palma Lida Escobar Sebastián Cabrera Conrado Orellana	Coordinadora Técnica Contadora Oficial Programas Monitora de Campo Nutricionista Delegado Dptal
13 Oct	Departamento: Chiquimula Municipio: Jocotan Comunidad: Tierra Blanca PMA GUA/PROSAN-	Centro de Salud de Jocotan Dr Luis A. Velarde Cesar Garcia Cesar Aduin / Gudelia Lemus Vilma Perez / Rosalva Irma Palma/Lida Escobar Sebastian Cabrera	Coord. Municipal Salud Coord. Enfermería AVN Vigilante de salud Oficial Programas Monitora de Campo Nutricionista

	MSPAS		
--	-------	--	--

FECHA	VISITAS DE CAMPO	CONTRAPARTE	CARGO
15 Oct	Departamento: San Marcos Municipio: Comitancillo Comunidad: El Paraiso COCODE PMA GUA PROSAN-MSPAS SESAN BODEGA INDECA QUETZALTENANG O	ONG CODI Myrna Salán de León Dr Wilian de León Aura Maldonado Patricia López Santos Juarez / Lidia Matías Virgilia Godinez Eufracio Lopez / Isrrael Lopez José Alberto Gabriel / David Gabriel Miguel Lopez / María Santiago Verónica Gabriel / Carmen Lopez Lidia Crisóstomo / Audelina Lopez Ilda Ramirez María Santiago Gabrie Willam Lopez Garcia / Roberto Lopez Maritza de Oliva Edgar Tanchez Sebastian Cabrera Fabio Zúñiga Yuri Alejandro Molina Manuel Terna Cesar Ajche Morales	Coordinador General Coordinador Técnico Supervisora AIM-C Enfermero Educadora / Educadora Facilitador Comunitario Vigilante Vigilante Vigilante Madre Consejera Madre Consejera Madre Consejera Comadrona Concejal /Concejal Oficial Nutrición Monitor de Campo Nutricionista Delegado Departamental Jefe Bodega INDECA Auxiliar Bodega Encargado MAGA
16 Oct	Departamento: Suchitepequez Municipio: Samayac Comunidad: Chirijalima PMA GUA PROSAN-MSPAS	ONG: PRODESCA Monica Tajal Consuleo Ausbrocio Diego Coty Angelica Vicente Antonia Ordonez Pascuala Juachaj Manuel Tambris / Maria Tzep Natalina Tzy / Maria Coty María José Perez Maritza de Oliva Edgar Tanchez Sebastián Cabrera	Coordinadora técnica Técnico de Campo Facilitador Comunitario Facilitador Institucional Educadora Educadora Vigilante Vigilante Jefe Contabilidad Oficial Nutrición Monitor de Campo Nutricionista
17-18 Oct	Trabajo en equipo por los consultores		

FECHA	DONAN TE	NOMBRE	CARGO
19 Oct	Gobierno de Canada	Michelle Veilleux Rachael Manson-Smith	Jefe de Cooperación Oficial de Programa de Cooperación
	Delegación de la Comisión Europa en Guatemala	Pedro Henriques Phillipe Moreau	Jefe de Cooperación Primer Consejero
	Embajada de Francia	Paulo Bononi Luigi Pierleone	Coordinador Programa Emergencia Encargado de Proyectos
	Oficina de la Cooperación Italiana	Lorena Aquilar	Representante
	USAID		
	OPS-INCAP	Maggie Fischer	Oficial de Nutrición
20 Oct	Regional Bureau - Panama	Julie MacDonald	OMP Regional Advisor
21 Oct	Debriefing con PMA GUA	Juan Pablo Barrientos Carlos Naranjo Maritza Olivera Irma Palma	
	Debriefing SESAN	Lily Caravantes Ofelia Arriaza Cristina Maldonado	Secretaria de la SESAN Nutricionista SESAN Directora PEI MSPAS
	AECID – Cooperación Española	Francisco Sancho	Coordinador General de la Cooperación
30 Oct	Teleconferencia de Debriefing PMA Roma	Caroline Heider Michel Denis Nitesh Patel Silvia Biondi Mari Hassinen	OEDE Director Evaluation manager OMXD Nutrition OMXD Nutrition OEDAM
	PMA Oficina Regional Panamá	AnneMarie VanDenBerg Alexia Doherty	Senior Regional Programme Advisor Senior programme assistant
	PMA Oficina Guatemala	Willem van Milink Irma Palma Maritza de Oliva Carlos naranjo América Cárcamo	Representante Oficial de Proyectos Oficial de Nutrición Oficial de Logística Asistente Logística COMPAS

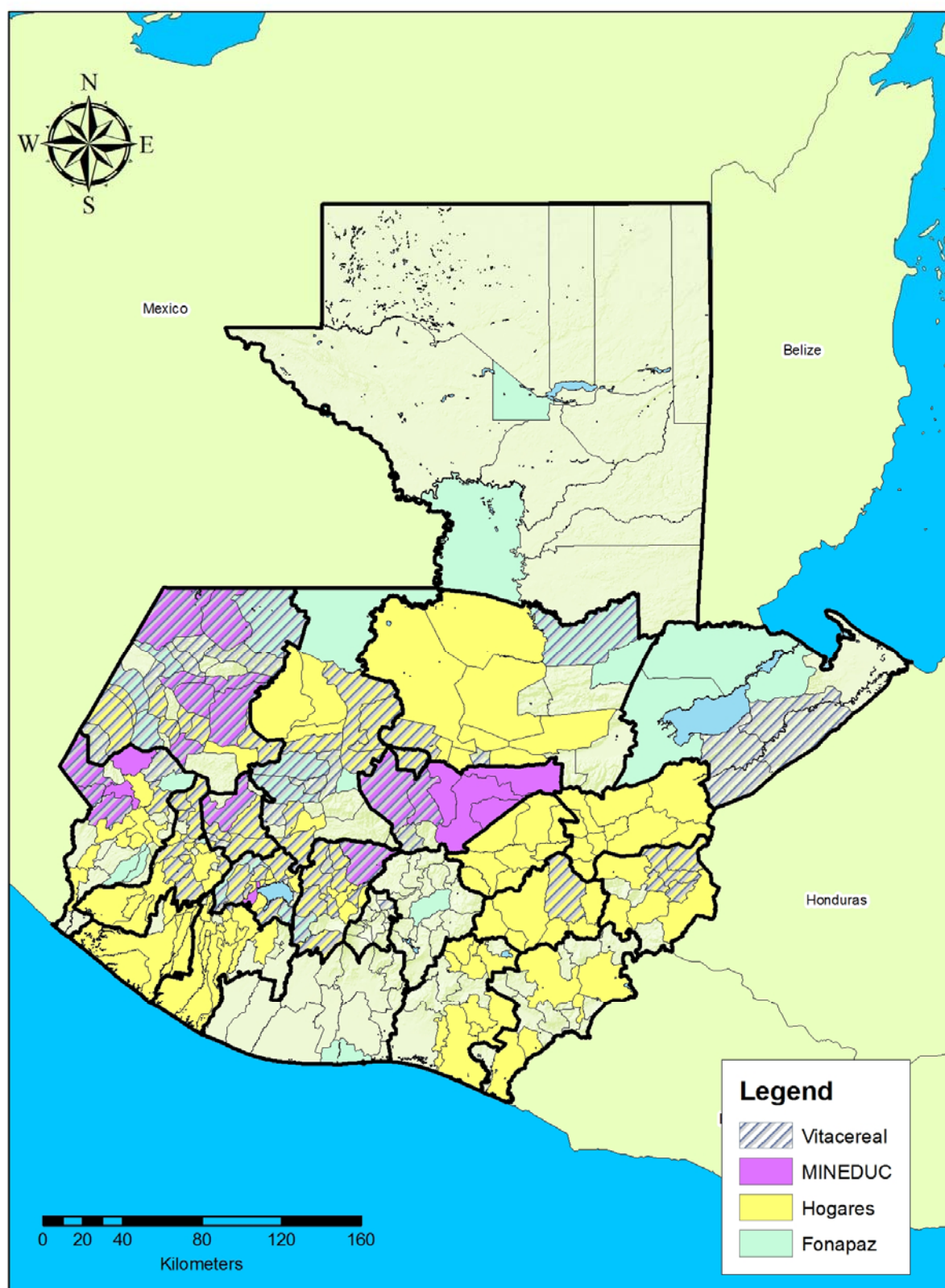
4. Metodología

Se implementaron métodos de evaluación tradicionales, mediante técnicas de recolección de datos secundarios a través de las oficinas del PMA en la sede y CO antes de la visita a Guatemala para la elaboración del informe de pre-misión. Se amplió el conocimiento de la operación a través de entrevistas con los actores del PMA de la CO. Se emplearon criterios acordados internacionalmente de relevancia, coherencia (interna y externa), eficiencia, eficacia, impacto y sostenibilidad para el análisis de la información secundaria y primaria recolectada durante la evaluación. Los evaluadores mantuvieron un enfoque de investigación de ignorancia óptima para desarrollar su conocimiento de la operación. La recopilación de datos secundarios del programa necesitó de un trabajo detallado de consolidación por parte de los evaluadores.

Se entrevistó al personal del PMA, al personal de las otras agencias de las NNUU involucradas, a representantes del GoGua del Ministerio de salud, a los productores de Vitacereal, a los socios del PMA, y a los donantes que contribuyeron y que no contribuyeron al PRRO para obtener diversos puntos de vista (ver anexo 3). Se efectuaron entrevistas individuales con más de **36 informantes claves** y una reunión de grupo focal con técnicos de nutrición para ampliar el análisis de datos secundarios. Se visitaron **2 bodegas** del INDECA y **2 sitios** de fabricación del Vitacereal.

Se realizaron visitas de campo a una selección de **6 comunidades** beneficiadas por la operación para entrevistar a miembros de la ONG que presta servicios de salud y a sus ayudantes en la comunidad, al igual que a los beneficiarios a través de entrevistas semiestructuradas y aplicar técnicas de observación durante las actividades y visitas a domicilio. Las comunidades por visitar se seleccionaron por el equipo del PMA y MSPAS por su diversidad en términos de geografía, medio de vida, estado nutricional, presencia de actores, y tiempos en los cuales la comunidad fue incluida en el PRRO. En las visitas de campo, el equipo de evaluación fue acompañado por el Técnico de Nutrición del MSPAS, y por uno de 3 oficiales de programa del PMA, y uno de dos monitores del PMA. Durante tres de las seis visitas, un miembro de la SESAN acompañó al equipo.

5. Mapa



6. Otros anexos técnicos

El Programa para la Reducción de la Desnutrición Crónica (PRDC) tiene como fin romper el círculo intergeneracional de la desnutrición crónica en el cual se encuentra inmersa la población guatemalteca.

El objetivo del PRDC es reducir a la mitad, para el año 2016, la prevalencia de la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años, tomando como referencia los datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil ENSMI 2002. Dado que dicha encuesta refleja un índice de prevalencia de desnutrición crónica a nivel nacional del 49,3 por ciento, se persigue disminuir en 24 puntos porcentuales, por lo menos, dicho indicador, siendo consciente de que esta prevalencia es aun alta y se necesitara continuar trabajando conjuntamente para alcanzar niveles aceptables.

La focalización y la cobertura:

La focalización biológica define que la población objetivo primaria del Programa está constituida por:

- Niños y niñas de 0 a 5 años
- Mujeres embarazadas y madres lactantes

La focalización geográfica se plantea progresivamente con base en la prevalencia del indicador talla/edad.

Los componentes establecidos han sido divididos en base a su relación con el grupo objetivo y su contribución a la viabilidad y sostenibilidad de la reducción de la desnutrición crónica.

Componentes directos:

1. Servicios básicos de salud
2. Educación alimentaria y nutricional
3. Lactancia materna y alimentación complementaria
4. Agua y saneamiento
5. Mejoramiento de la economía familiar
6. Organización comunitaria

Detalles del componente 3. Lactancia materna y alimento complementario

A diferencia de los otros componentes de este Programa en los cuales se ha venido trabajando a nivel nacional, el alimento complementario es completamente novedoso para el grupo de población objetivo dado que en Guatemala no existe experiencia en la implementación de este tipo de intervención a nivel comunitario a gran escala. Debido a esto se ha requerido el apoyo de PMA, UNICEF y OPS, agencias del Sistema de Naciones Unidas, con las que se ha firmado un convenio de cooperación por tres años.

La fórmula del alimento complementario desarrollado para este Programa fue elaborada por el Dr. Ricardo Bressani, y ha sido nombrado VITACEREAL. Este alimento fue validado a través de pruebas de aceptabilidad organolépticas y se evaluó su pertinencia cultural; su base consiste en harina de maíz y soya y está fortificado.

El Programa Mundial de Alimentos realiza gestiones para obtener donaciones de recursos financieros provenientes de países amigos o donantes particulares y se encarga de realizar el proceso de compra y distribución hasta el nivel comunitario en base a los lineamientos institucionales de licitación establecidos según su norma. Al finalizar el convenio, se realizará una evaluación de la efectividad del alimento complementario, así como de la desviación positiva producida por el componente de educación en el comportamiento de la madre para la introducción en la dieta del niño de alimentos locales.



7. Descripción del componente logístico del PRCD

Fuente: Informe del Plan piloto para enfrentar la desnutrición crónica, Ministerio de Salud Pública, Guatemala, 2005, p.6-7.

Distribución de alimentos desde las plantas de producción a las sedes de las ONG proveedoras de los Servicios Básicos de Salud o a bodega municipal

Los alimentos serán distribuidos directamente desde las plantas a las bodegas habilitadas en la sede o subsedes de las prestadoras de servicios de salud o en algún lugar que tenga condiciones mínimas de seguridad para almacenamiento de la papilla, (gestionado con una agencia de cooperación o por el Alcalde Municipal). Este proceso será facilitado por los miembros de UAT/MSPAS.

La responsabilidad del almacenamiento, inventario y movimiento (ingresos y salidas) de la papilla, independientemente de donde esté ubicada la bodega, será del contador de la PSS.

La entrega de la papilla a este nivel se realizará en forma mensual debidamente documentada a través de un instrumento de requisición y envío. En la requisición deberá incluirse el balance de abastecimiento de la bodega. El envío deberá incluir el número de lote, cantidad en libras o raciones y fecha de vencimiento de la papilla la cual será verificada antes de recibirla.

El cálculo estimado de las cantidades a enviar por jurisdicción		
Población <3 años (censo certificado por UPS I)	Embarazadas y madres lactantes	Cantidad de raciones por mes
1200	500	1700 beneficiarios x 120 gramos x 30 días = 135.00 quintales

8. Desglose del presupuesto de la OPR 10457.0 (ODOC, DSC, ISC)

El desglose del presupuesto aprobado en 2005 de la OPR 10457.0		%	USD
Costo directo de operación (DOC):		83.53	22,922,919
Costo Directo de Soporte (DSC):		9.94	2,726,926
Costo Indirecto de Soporte (ISC):		6.53	1,795,489
Costo Total para el PMA		100	27,445,337

Direct Operational Costs	%	USD
Compra de alimentos		54,000
Leche terapéutica F75 y F100		20,181,000
Vitacereal		6,264
Transporte externo F75 y F100		2,179,255
LTSH	Rate:	
Almacenamiento, transporte a puntos finales de distribución, gastos de distribución	74.66 UDS /TM	
Otros costos		502,400
Distribución de alimento	24	
Incremento actividades	8	
Talleres	16	
Estudios	20	
Capacitación y viajes personal	16	
	Rate 17.41USD	

Direct Support Costs	%	USD
Personal:		2,130,201
Profesional	19	
Asistencia temporal	16	
Consultor internacional	2	
Consultor nacional	30	
Capacitación + viajes	13	
Gastos Recurrentes:		446,728
Alquileres	6	
Gasto Oficina, seguros y mantenimiento	3	
Comunicaciones	1	
Mantenimiento vehículos y equipos	3	
Comisiones UNDP + otros gastos	3	
Gastos de Capital y Equipo		150,000
Herramientas	1	
Vehículos	2	
Equipo tecnológico	2	

Indirect Support Costs	%	USD
Costos Indirectos de Soporte	7	1,795,489

9. Calculo del Valor ALFA para VITACEREAL, comparado con CSB americano (USA)

Blended Food CSB					
Bolsas de 25 kilogramos, envase interno de polietileno y externo de papel					
5.0 USD incremento por empty bags					
QQ rate = 3,50 USD					
FOB (07/07/08)					
Sud Africa	575.00	USD/TM (sin azucar, FCA Puerto: Durban)			
Europa	600.00	USD/TM (sin azucar, FCA Puerto: Venice o Antwerp)			
USA	750.00	USD/TM (sin azucar, FCA Puerto: Houston)			
FOB (12/10/09)					
Sud Africa	404.00	USD/TM (sin azucar, GMO, puerto: Durban)			
	439.00	USD/TM (con 10% azucar, GMO, puerto Durban)			
Europa	388.00	USD/TM (sin azucar, GMO, puerto: Venice)			
	458.00	USD/TM (con 10% azucar, GMO, puerto: Venice)			
	388.00	USD/TM (sin azucar, GMO, puerto: Venice)			
	390.00	USD/TM (sin azucar, GMO, puerto: Antwerp)			
	458.00	USD/TM (con 10% azucar, No GMO, puerto: Venice)			
	430.00	USD/TM (con 10% azucar, No GMO, puerto: Antwerp)			
USA	540.00	USD/TM (No GMO, puerto: Houston)			
Costos de envio para el PMA:					
Flete marítimo:					
	Antwerp / Santo Tomás GTM			72.00	USD/TM
	Houston / Santo Tomás GTM			136.00	USD/TM
Gastos de Puerto:				30.00	USD/TM
Transporte de Puerto a Bodega Fraijanes:				46.11	USD/TM
Carga y descarga del producto:				13.63	USD/TM
Transporte interno almacenamiento, manipulación:					
	ITSH (08/02/08 al 12/05/09)			53.23	USD/TM
	ITSH (12/05/09 al 31/10/09)			55.89	USD/TM
Precio de mercado VITACEREAL:					
Bolsas de 1,0 kilogramo en formato niños y mujeres,					
2006	574.00	USD/TM			
2007	634.00	USD/TM			
2008	829.43	USD/TM (PO date 22/08/08)			
2009	778.91	USD/TM (PO date 18/03/09)			
	Relación valor ALFA para 2008 desde USA (pto: Houston) es:				
	Relación valor ALFA para 2009 desde USA (pto: Houston) es:				

10. Anexos de logística adicionales

Distribución en TM de Vitacereal por año y total por departamento OPSR 10457.0 junio 2005 a junio 2009

	Departamento	2006 (junio a diciembre)	2007	2008	2009 (enero a junio)	TOTAL	Promedio mensual en TM
1	Alta Verapaz	233	360	407	192	1,192	35
2	Baja Verapaz	62	142	145	88	437	16
3	Chimaltenango	128	287	309	165	889	27
4	Chiquimula	98	231	271	161	761	27
5	El Quiche	147	337	390	227	1,101	32
6	Guatemala	3	6	6	5	21	0,8
7	Huehuetenango	478	785	1,002	559	2,825	100
8	Izabal	0	0	99	59	158	10
9	Jalapa	19	95	92	54	260	10
10	Quetzaltenango	38	51	85	64	237	12
11	<u>Sacatepéquez</u>	9	5	1	0	16	
12	San Marcos	183	323	284	178	967	30
13	Sololá	191	224	287	144	846	30
14	Suchitepéquez	4	51	88	42	185	6
15	Totonicapán	102	246	316	262	925	45
16	<u>Zacapa</u>	0	8	0	0	8	
	TOTAL (TM)	1,694	3,151	3,783	2,200	10,828	380

Anexos de logística

Programaciones - Población Objetivo de la ENRDC Población Objetivo de las Jurisdicciones de la PRDC

NOMBRE DE LAS JURISDICCIONES	Población *	Niños 6 a 35 meses	Embarazadas	Madres Lactantes	Total mujeres	Total Beneficiarios
(1740) Chisec, Chiquibul	10,701	871	375	174	549	1,420
(1733) Tamahú I	11,971	974	419	195	614	1,589
(1701) Nor Occidente el Naranjal	13974	1,137	489	228	717	1,854
(1726) Chisec (Canlech)	12,773	1,040	447	208	655	1,695
(1727) Quixal I, San Cristobal Verapaz	13,147	1,070	460	214	674	1,745
(1728) Chixoy II, San Cristobal Verapaz	13,865	1,129	485	226	711	1,840
(1730) Chisec Sesuchaj	11270	917	394	184	578	1,496
(1731) Chisec Sehix	9926	808	347	162	509	1,317
(1741) Chisec Central	11032	898	386	180	566	1,464
(1729) Raxrujá Chisec	9,341	760	327	152	479	1,240
(1744) Maguila, Fray Bartolome	9811	799	343	160	503	1,302
(1745) Fray Bartolomé de las casas	13561	1,104	475	221	696	1,800
(1753) Carolina	9,779	796	342	159	502	1,298
Total de Alta Verapaz	151,151	12,304	5,290	2,464	7,754	20,058
(1604) Rabinal Pichec 2	10763	876	377	175	552	1,428
(1605) Rabinal Chuategua 3	10829	881	379	177	556	1,437
(1603) Rabinal 1	9000	733	315	147	462	1,194
(1610) Cubulco III (Guatzilep)	10247	834	359	167	526	1,360
(1612) Cubulco - Granados IV	10138	825	355	165	520	1,345
(1613) Cubulco II (El Cebollal)	10162	827	356	166	521	1,348
(1614) Cubulco I (El Embalse)	8687	707	304	142	446	1,153
(1615) Chilasco	8623	702	302	141	442	1,144
Total de Baja Verapaz	78449	6,386	2,746	1,279	4,024	10,410
(0414) Tecpán I	9231	751	323	150	474	1,225
(0415) Tecpán II	10558	859	370	172	542	1,401
(0413) Tecpán III	9548	777	334	156	490	1,267
(0418) Tecpán IV	10088	821	353	164	518	1,339
(0412) I Patzicía	7566	616	265	123	388	1,004

(0401) I Santa Apolonia	8177	666	286	133	419	1,085
(0409) San Martín Jilotepeque I	13594	1,107	476	222	697	1,804
(0410) San Martín Jilotepeque II	9966	811	349	162	511	1,322
(0403) 4 de San Martín Jilotepeque	10082	821	353	164	517	1,338
(0402) San Martín Jilotepeque III	9510	774	333	155	488	1,262
(0411) 1 San José Poaquil	9223	751	323	150	473	1,224
(0406) 1 de San Juan Comalapa	8616	701	302	140	442	1,143
(0407) 2 de San Juan Comalapa	9065	738	317	148	465	1,203
(0416) 1, Patzún	11349	924	397	185	582	1,506
(0417) 1 Pochuta	5492	447	192	90	282	729
(0405) 1 San Pedro Yepocapa	7952	647	278	130	408	1,055
(0404) 1 Acatenango	8794	716	308	143	451	1,167
(0408) Chimaltenango	13243	1,078	464	216	679	1,757
Total de Chimaltenango	172054	14,005	6,022	2,804	8,826	22,832
(2308) Jocotán II	11520	938	403	188	591	1,529
(2309) Jocotán III	13207	1,075	462	215	678	1,753
(2306) Camotán I	10458	851	366	170	536	1,388
(2307) Camotán III	10303	839	361	168	529	1,367
(2319) Camotán II	11770	958	412	192	604	1,562
(2320) Jocotán I	12936	1,053	453	211	664	1,717
(2303) 1 Olopa	10436	849	365	170	535	1,385
(2301) San Juan Ermita I	9059	737	317	148	465	1,202
Total de Chiquimula	89689	7,301	3,139	1,462	4,601	11,902
(1334) Cantinil	11764	958	412	192	603	1,561
(1335) Chiantla I	11513	937	403	188	591	1,528
(1336) Chiantla II	9264	754	324	151	475	1,229
(1331) Cuilco I	8142	663	285	133	418	1,080
(1332) Cuilco II	8575	698	300	140	440	1,138
(1333) La Libertad V	6492	528	227	106	333	861
(1344) Santa Eulalia I	9617	783	337	157	493	1,276
(1345) Santa Eulalia II	8365	681	293	136	429	1,110
(1348) Santa Eulalia III	6566	534	230	107	337	871
(1346) San Juan Ixcoy I	8141	663	285	133	418	1,080
(1347) San Juan Ixcoy II	9766	795	342	159	501	1,296
(1327) El Altiplano I	12891	1,049	451	210	661	1,711
(1328) La Montaña II	12646	1,029	443	206	649	1,678
(1355) Chiantla V	8970	730	314	146	460	1,190
(1354) Chiantla IV	7537	614	264	123	387	1,000
(1326) Cuilco y la Libertad	7432	605	260	121	381	986

(1320) San Sebastián Coatán	8693	708	304	142	446	1,154
(1301) San Pedro Necta y Santiago Chimaltenango	10626	865	372	173	545	1,410
(1306) Santa Cruz Barillas I (El Jordan)	7960	648	279	130	408	1,056
(1307) Santa Cruz Barillas II (Yulmacap)	8488	691	297	138	435	1,126
(1308) Santa Cruz Barillas III (Jolontaj)	13767	1,121	482	224	706	1,827
(1309) San Mateo Ixtatán Norte I	13017	1,060	456	212	668	1,727
(1310) San Mateo Ixtatán Sur II	12313	1,002	431	201	632	1,634
(1359) San Miguel Acatán I	11163	909	391	182	573	1,481
(1311) Santa Cruz Barillas Nor Oeste II, QUETZAL	16162	1,316	566	263	829	2,145
(1312) Santa Cruz Barillas I, CHANCOLIN	11093	903	388	181	569	1,472
(1353) Barillas III (Tres Ranchos Chancolin)	9879	804	346	161	507	1,311
(1322) San Sebastian H I	11540	939	404	188	592	1,531
(1352) Aguacatan III	9504	774	333	155	488	1,261
(1323) San Sebastian H III	8867	722	310	145	455	1,177
(1324) San Rafael Petzal	7179	584	251	117	368	953
(1349) Aguacatán I	7945	647	278	130	408	1,054
(1350) Aguacatán II	10154	827	355	166	521	1,347
(1340) Jacaltenango I	7704	627	270	126	395	1,022
(1341) Jacaltenango II	10313	839	361	168	529	1,369
(1343) Concepción Huista IV	7693	626	269	125	395	1,021
(1318) La Democracia VI	12814	1,043	448	209	657	1,700
(1330) La Democracia III	10965	893	384	179	563	1,455
(1342) Concepción Huista III	8194	667	287	134	420	1,087
(1329) La Libertad II	12423	1,011	435	202	637	1,649
(1358) La Democracia VII	10137	825	355	165	520	1,345
(1304) Colotenango y San Gaspar Ixil I	11050	899	387	180	567	1,466
(1305) Colotenango y San Gaspar Ixil II	6565	534	230	107	337	871
(1302) San Ildefonso Ixtahuacán I	9625	783	337	157	494	1,277
(1303) San Ildefonso Ixtahuacán II	9665	787	338	158	496	1,283
(1313) San Pedro Necta I	11702	953	410	191	600	1,553
(1314) San Pedro Necta III	13084	1,065	458	213	671	1,736

(1315) Nentón II	12844	1,046	450	209	659	1,704
Nentón II AID	11160	908	391	182	573	1,481
Nentón IV AID	9072	738	318	148	465	1,204
(1319) La Libertad VI	9590	781	336	156	492	1,273
(1317) Santa Barbara II	9371	763	328	153	481	1,244
(1316) Santa Barbara I	8465	689	296	138	434	1,123
(1357) Cuilco IV	7740	630	271	126	397	1,027
(1356) Cuilco III	8897	724	311	145	456	1,181
Tectitan I	5930	483	208	97	304	787
San Mateo Ixtatan III	6902	562	242	113	354	916
San Sebastian Coatan II	6119	498	214	100	314	812
San Miguel Acatan II	8277	674	290	135	425	1,098
San Ildefonso Ixtahuacán III	9805	798	343	160	503	1,301
San Antonio Huista I	7895	643	276	129	405	1,048
San Juan Atitan I	6602	537	231	108	339	876
San Juan Atitan II	7975	649	279	130	409	1,058
Total de Huhuetenango	604609	49,215	21,161	9,855	31,016	80,232
(2106) Morales III	7440	606	260	121	382	987
(2105) Morales II	9121	742	319	149	468	1,210
(2107) Morales Navajoa	7212	587	252	118	370	957
(2104) Morales I (Virginia)	7572	616	265	123	388	1,005
(2101) Los Amates I (Mixco, El Rico y Canaan)	8083	658	283	132	415	1,073
(2102) Los Amates II (Quirigua, Mariscos)	8667	705	303	141	445	1,150
(2103) Los Amates III (San Jose Alsacia, Mariscos y Amates)	7485	609	262	122	384	993
Total de Izabal	55580	4,524	1,945	906	2,851	7,375
(2404) San Pedro Pinula III y San Luis Jilotepeque	10083	821	353	164	517	1,338
(2408) San Pedro Pinula V	9655	786	338	157	495	1,281
(2411) San Pedro Pinula VI	10377	845	363	169	532	1,377
(2405) San Pedro Pinula y San Luis Jilotepeque IV	10412	848	364	170	534	1,382
Total de Jalapa	40527	3,299	1,418	661	2,079	5,378
(0901) San Francisco La Unión - Olinstepeque	10530	857	369	172	540	1,397
(0913) El Palmar	8059	656	282	131	413	1,069

(0914) San Martin Sacatepéquez	10992	895	385	179	564	1,459
(0910) San Juan Ostuncalco	10820	881	379	176	555	1,436
(0909) Concepción Chiquirichapa	11532	939	404	188	592	1,530
(0916) Cabricán y Huitán	12157	990	425	198	624	1,613
(0920) Cajola/San Miguel Sigüila	13055	1,063	457	213	670	1,732
(0921) Cantel I	8113	660	284	132	416	1,077
Total de Quetzaltenango	85258	6,940	2,984	1,390	4,374	11,314
(1420) Chupol III	9463	770	331	154	485	1,256
(1418) Chupol Pajuliboy 1	12143	988	425	198	623	1,611
(1419) Chupol II	11202	912	392	183	575	1,487
(1415) San Bartolomé Jocotenango I	9050	737	317	148	464	1,201
(1416) Santa Cruz del Quiché Patzité I	10563	860	370	172	542	1,402
(1414) San Pedro Jocopilas I	9977	812	349	163	512	1,324
(1417) Uspantán Zona Reina	16151	1,315	565	263	829	2,143
(1422) San Pedro Jocopilas II	9829	800	344	160	504	1,304
(1410) San andrés Sajcabajá II	9,966	811	349	162	511	1,322
(1421) Chichicastenango I	10631	865	372	173	545	1,411
(1424) Chicamán I	8,150	663	285	133	418	1,082
(1425) Chicamán II	6,764	551	237	110	347	898
(1426) Chicamán III	7,676	625	269	125	394	1,019
(1401) San Antonio Ilotenango I	13695	1,115	479	223	703	1,817
(1427) Cunen I	10,888	886	381	177	559	1,445
(1428) Cunen II	9,896	806	346	161	508	1,313
(1402) Sacapulas I	9,378	763	328	153	481	1,244
(1403) Sacapulas II	9,248	753	324	151	474	1,227
(1411) Sacapulas III	11,244	915	394	183	577	1,492
(1404) Chichicastenango II	11246	915	394	183	577	1,492
(1432) Chichicastenango III	12327	1,003	431	201	632	1,636
(1405) Chichicastenango IV	11497	936	402	187	590	1,526
(1433) Chichicastenango V	11773	958	412	192	604	1,562
Total de El Quiché	242757	19,760	8,496	3,957	12,453	32,214
(0303) San Lucas y Santiago	5993	488	210	98	307	795
Total de Sacatepeque	5993	488	210	98	307	795
(1222) Central de Comitancillo	11199	912	392	183	575	1,486
(1212) Comitancillo 2	10113	823	354	165	519	1,342

(1211) Comitancillo La Cumbre 1	8971	730	314	146	460	1,190
(1206) Celajes Tacaná	7651	623	268	125	392	1,015
(1205) Laberintos Tacanecos	9460	770	331	154	485	1,255
(1201) Bella Vista 1		0	0	0	0	0
(1202) El Horizonte 2		0	0	0	0	0
(1207) Tajumulco I (Las Minas)	11801	961	413	192	605	1,566
(1208) Tajumulco II (Las Veredeas)	4494	366	157	73	231	596
(1232) Tacaná Jur III	9321	759	326	152	478	1,237
(1223) Nor Oriente de Comitancillo	8638	703	302	141	443	1,146
(1233) Tacaná Jur IV	7870	641	275	128	404	1,044
(1234) Tacaná Jur V	9731	792	341	159	499	1,291
(1225) Concepción Tatuapa IV		0	0	0	0	0
(1224) Concepción Tatuapa III		0	0	0	0	0
(1236) Tajumulco Sur	8309	676	291	135	426	1,103
(1235) Tajumulco Norte	8490	691	297	138	436	1,127
(1231) Sibinal	3713	302	130	61	190	493
(1228) San Miguel Ixtaguacan	9019	734	316	147	463	1,197
(7194) Ixchiguan I	7194	586	252	117	369	955
(6748) Ixchiguan II	6748	549	236	110	346	895
Total de San Marcos	142722	11,618	4,995	2,326	7,322	18,939
(0704) Sololá 1	10977	894	384	179	563	1,457
(0705) Sololá 2	12531	1,020	439	204	643	1,663
(0706) Sololá 3	13069	1,064	457	213	670	1,734
(0701) Sololá	12128	987	424	198	622	1,609
(0702) San Antonio Palopó	11901	969	417	194	611	1,579
(0703) Jurisdicción 3 de San Lucas Tolimán, Solola	13553	1,103	474	221	695	1,798
(0711) Santiago Atitlán 1	13558	1,104	475	221	696	1,799
(0712) Santiago Atitlán 2	10906	888	382	178	559	1,447
(0707) Boca Costa de Nahualá	11627	946	407	190	596	1,543
(0709) Santa Lucía Utatlan y San José Chacaya 1	10742	874	376	175	551	1,425
(0710) Sta. María Vis Y Sta Clara La Laguna Y Santa Lucía Utatlan 2	10181	829	356	166	522	1,351
(0708) Santa Catarina Ixtahuacán (No. 1 Boca Coata)	11728	955	410	191	602	1,556
(0716) Boca Costa III (No. 3 de Xejup)	10878	885	381	177	558	1,444
(0714) Nahualá 3	12106	985	424	197	621	1,606

(0713) Santa Catarina Ixtahuacán 2	10974	893	384	179	563	1,456
(0715) I de Atitlán, 2 de Santa Catarina Ixtahuacán, y 3 de Nahualá	12988	1,057	455	212	666	1,724
(0717) Santa Clara, San Pablo, San Marcos y Santa Cruz la Laguna	9374	763	328	153	481	1,244
Nahuala IV	11184	910	391	182	574	1,484
Total de Solala	210405	17,127	7,364	3,430	10,794	27,921
(1006) Santo Tomás la Unión , San Pablo Jocopilas	15854	1,291	555	258	813	2,104
Total de Suchitepequez	15854	1,291	555	258	813	2,104
(0815) San Cristobal I, Patchaj	9460	770	331	154	485	1,255
(0813) San Cristobal Totonicapan	10451	851	366	170	536	1,387
(0814) Momostenango 1	18083	1,472	633	295	928	2,400
(0812) Momostenango 3	12115	986	424	197	621	1,608
(0807) Momostenango 2	12091	984	423	197	620	1,604
(0808) Totonicapan 1	12727	1,036	445	207	653	1,689
(0809) Totonicapan 2	9749	794	341	159	500	1,294
(0811) Totonicapan 4	11524	938	403	188	591	1,529
(0810) Totonicapan 3	9732	792	341	159	499	1,291
(0803) Momostenango Santa Ana 5	9191	748	322	150	471	1,220
(0803) Momostenango Pitzal 4	7437	605	260	121	382	987
(0801) San Andrés Xecul	9018	734	316	147	463	1,197
(0804) San Francisco El Alto	12711	1,035	445	207	652	1,687
(0804) San Francisco El Alto 2	13781	1,122	482	225	707	1,829
(0804) San Francisco El Alto 3	7859	640	275	128	403	1,043
(0805) Santa María Chiquimula 1	12034	980	421	196	617	1,597
(0806) Santa María Chiquimula 2	9347	761	327	152	480	1,240
(819) Momostenango 6	9248	753	324	151	474	1,227
(820) Santa María Chiquimula III	8393	683	294	137	431	1,114
(818) Totonicapan 5	10217	832	358	167	524	1,356
(817) Totonicapan 6	9782	796	342	159	502	1,298
(816) Totonicapan 7	10,803	879	378	176	554	1,434
Total de Totonicapan	235753	19,190	8,251	3,843	12,094	31,284

Población Objetivo de los Servicios de Salud

NOMBRE DE LAS JURISDICCIONES	Población *	Niños 6 a 35 meses	Embarazadas	Madres L	Total mujeres	Total Beneficiarios
CS de Jocotan	14221	1,158	498	232	730	1,887
CS de Camotan	13717	1,117	480	224	704	1,820
CS de San Juan Ermita	5648	460	198	92	290	749
CS de Olopa	10575	861	370	172	542	1,403
Total de Chiquimula	44161	3,595	1,546	720	2,265	5,860
Centro de Salud, San Cristóbal	10228	833	358	167	525	1,357
Patachaj	1389	113	49	23	71	184
Nueva candelaria	4503	367	158	73	231	598
San Ramon	1038	84	36	17	53	138
Centro de Salud	10904	888	382	178	559	1,447
Puesto Salud Palomora	4488	365	157	73	230	596
CAP, Sta. Lucia La Reforma	11369	925	398	185	583	1,509
Centro de Salud	16970	1,381	594	277	871	2,252
Centro de Salud	15325	1,247	536	250	786	2,034
Puesto de Salud San Antonio Sija	9037	736	316	147	464	1,199
Puesto de Salud Rancho de Teja	11092	903	388	181	569	1,472
Puesto de Salud Chivarreto	10579	861	370	172	543	1,404
Centro de Salud San Bartolo Aguas Calientes	8861	721	310	144	455	1,176
Centro de Salud, Totonicapán	28133	2,290	985	459	1,443	3,733
Centro de Salud de Momostenango	19098	1,555	668	311	980	2,534
Centro de Salud de Santa María Chiquimula	15361	1,250	538	250	788	2,038
Total de Chiquimula	71453	5,816	2,501	1,165	3,666	9,482

Anexo Logística: Compras OPRS 10457.0

COMMODITY - Vitacereal				
R.O	LOC			
Suma de QUANTITY MT..				
Año	PO. NO.	PO DATE	VENDOR NAME	Total
2006	4500014209	14/02/2006	Alimentos, S.A.	291.2
	4500014649	29/03/2006	Alimentos, S.A.	1430
	4500015673	30/06/2006	Alimentos, S.A.	1227
	4500016069	04/08/2006	Alimentos, S.A.	155
	4500016998	27/10/2006	Alimentos, S.A.	488
	4500017617	18/12/2006	Alimentos, S.A.	95.85
	4500017695	26/12/2006	Alimentos, S.A.	23
	4500017748	29/12/2006	Alimentos, S.A.	373
Total 2006				4083.05
2007	4500018361	21/02/2007	Alimentos, S.A.	74.25
	4500018362	21/02/2007	Alimentos, S.A.	565
	4500018930	11/04/2007	Alimentos, S.A.	950
	4500019968	27/06/2007	Alimentos, S.A.	230
	4500020010	02/07/2007	DERIVADOS DE MAIZ DE GUATEMALA	485
	4500020011	02/07/2007	ALIMENTOS NUTRICIONALES DE CEN	285
	4500020975	12/09/2007	DERIVADOS DE MAIZ DE GUATEMALA	2775
	4500021402	16/10/2007	Alimentos, S.A.	89.75
	4500021884	23/11/2007	Alimentos, S.A.	1101
Total 2007				6555
2008	4500024793	03/07/2008	Alimentos, S.A.	350
	4500024794	03/07/2008	Alimentos, S.A.	300
	4500024804	04/07/2008	Alimentos, S.A.	300
	4500025174	29/07/2008	Alimentos, S.A.	299
	4500025492	22/08/2008	ALIMENTOS NUTRICIONALES DE CEN	148
	4500025864	25/09/2008	DERIVADOS DE MAIZ DE GUATEMALA	338
	4500026942	04/12/2008	Alimentos, S.A.	721.4
	4500027106	16/12/2008	Alimentos, S.A.	293
Total 2008				2749.4
2009	4500028256	18/03/2009	Alimentos, S.A.	441.8
	4500028608	16/04/2009	ALIMENTOS NUTRICIONALES DE CEN	78
	4500028615	17/04/2009	DERIVADOS DE MAIZ DE GUATEMALA	136
Total 2009				655.8
Total general				14043.25

Anexo Logística:

Compra Vitacereal con insumos importados/local y micronutrientes

UNIMIX/UNIMIX PLUS

Compras PRRO 10457.0						
Periodo de la compra	Producto	Con insumos importados (TnM)	Con maíz local (TnM)	Premezcla UNIMIX (TnM)	Premezcla UNIMIX PLUS (TnM)	Total de la compra (TnM)
2006	Vitacereal	3034		3034		3034
2007	Vitacereal	3690	2775	6465		6465
2008	Vitacereal	1659	148	1086	721	1807
2009	Vitacereal	907	214		1121	1121
Total		9290	3137	10585	1842	12427

Anexo Logística:

Informe Pipeline a septiembre 2009

PRRO 10457				UPDATED:		30-Sep-09	
				Printed:		08-Dec-09	
From March 2006 to February 2009						Updated by: América Cárcamo	
Recovery and Prevention of Malnutrition for Vulnerable Groups							
SEPTEMBER 2009	50,327	Vitacereal	F-100				
Estimated Requirements		435	-	-	-	435	
Opening Stocks		646	-	-	-	646	
Scheduled Arrivals: WFP		530	-	-	-	530	
Borrowings (Repayments)						-	
Available vs. Requirements		100%	n/a	n/a	n/a		
Closing stocks/(Shortfall)		741	-	-	-		
OCTOBER 2009	57,877	Vitacereal	F-100				
Estimated Requirements		500	5	-	-	505	
Opening Stocks		741	-	-	-	741	
Scheduled Arrivals: WFP			-	-	-	-	
Borrowings (Repayments)						-	
Available vs. Requirements		100%	0%	n/a	n/a		
Closing stocks/(Shortfall)		241	(5)	-	-		
NOVEMBER 2009	57,877	Vitacereal	F-100				
Estimated Requirements		500	5	-	-	505	Japanese donation that is being programmed
Opening Stocks		-	-	-	-	-	
Scheduled Arrivals: WFP		150	-	-	-	150	
Borrowings (Repayments)						-	
Available vs. Requirements		30%	0%	n/a	n/a		
Closing stocks/(Shortfall)		(350)	(5)	-	-		
DECEMBER 2009	57,877	Vitacereal	F-100				
Estimated Requirements		500	5	-	-	505	Brazil donation
Opening Stocks		-	-	-	-	-	
Scheduled Arrivals: WFP		90	-	-	-	90	
Borrowings (Repayments)						-	
Available vs. Requirements		18%	0%	n/a	n/a		
Closing stocks/(Shortfall)		(410)	(5)	-	-		

Japanese donation that is being programmed

Brazil donation

JANUARY 2010	57,877	Vitacereal	F-100				
Estimated Requirements		500	5	-	-	505	
Opening Stocks		-	-	-	-	-	
Scheduled Arrivals: WFP			-	-	-	-	
Borrowings (Repayments)						-	
Available vs. Requirements		0%	0%	n/a	n/a		
Closing stocks/(Shortfall)		(500)	(5)	-	-		
FEBRUARY 2010	57,877	Vitacereal	F-100				
Estimated Requirements		500	5	-	-	505	
Opening Stocks		-	-	-	-	-	
Scheduled Arrivals: WFP			-	-	-	-	
Borrowings (Repayments)						-	
Available vs. Requirements		0%	0%	n/a	n/a		
Closing stocks/(Shortfall)		(500)	(5)	-	-		
MARCH 2010	57,877	Vitacereal	F-100				
Estimated Requirements		500	5	-	-	505	
Opening Stocks		-	-	-	-	-	
Scheduled Arrivals: WFP			-	-	-	-	
Borrowings (Repayments)						-	
Available vs. Requirements		0%	0%	n/a	n/a		
Closing stocks/(Shortfall)		(500)	(5)	-	-		

Lista de siglas

BRES	Formulario de Balance, Requisición y Envío de Suministros del MSPAS
CBO	Community Based Organisation / Organización de Base Comunitaria
CERF	Central Emergency Reserve Funds
DSC	Direct Support Costs / Coste Directo de proyecto
EMOP	Operación de Socorro
ENRDC	Estrategia Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
EQAS	Evaluation Quality Assurance System / Sistema de Control de Calidad
GoGua	Gobierno de Guatemala
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro America y Panama
INDECA	Instituto Nacional de Comercialización Agrícola
IR-EMOP	Immediate Response Emergency Operation / Respuesta Inmediata a Operación de Socorro
ISC	Indirect Support Cost / Costos Indirectos
LTSH	Landside, Transport, Storage and Handling costs
MSPAS	Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social
NNUU	Naciones Unidas
OEDE	Oficina de Evaluación del PMA
ONG	Non-Governmental Organisation / Organización No-Gubernamental
ODOC	Other Direct Operational Costs / Otros Gastos Operacionales
OPSR	Operacion Prolongada de Socorro y Recuperación
OPS/OMS	Organización Panamericana de Salud
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PRDC	Programa para la Reducción de la Desnutrición Crónica en Guatemala
SEGEPLAN	Secretaria de Programación y Planificación
SESAN	Secretaria de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia de la Republica
SPR	Standard Project Reports / Informe de Proyecto Estandar
TdR	Terms of Reference / Terminos de Referencia
TM	Toneladas métricas
UNDAF	United Nations Development Assistance Framework / Marco de trabajo conjunto para el desarrollo
Vitacereal	Alimento de alto valor nutritivo elaborado a base de soya integra y maiz y fortificado con vitam



**Programa Mundial de Alimentos
Oficina de Evaluación
Via Cesare Giulio Viola, 68 / 70
00148 Nombro, Italia**

[wfp.org / about / evaluation](http://wfp.org/about/evaluation)