Evaluación formativa de la Estrategia territorial de prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil de UNICEF en Imbabura, Pichincha y Chimborazo entre 2015 y 2024

Informe final de evaluación

Encargado por:
UNICEF

Realizado por:
Videnza Consultores

Lima, junio de 2025

Estudio realizado entre octubre del 2024 y junio del 2025

EQUIPO DE EVALUACIÓN

Videnza Consultores

Directora

Janice Seinfeld

Investigadores

Claudia Benavides

Nicolás Besich

Equipo

Alondra Cajas

Andrea Romero

Jennifer Prado

Ariana Rodriguez

CONTRAPARTE INSTITUCIONAL

UNICEF Ecuador

Paúl Guerrero

Oficial de monitoreo y evaluación

Reinaldo Cervantes

Oficial de monitoreo y evaluación

Marysol Ruilova

Oficial de salud y nutrición

Tom Pellens

Especialista en Evaluación, Oficina Regional

Las opiniones expresadas en el presente documento no representan necesariamente la posición de la Contraparte Institucional.

Índice

Siglas y acrónimos 8

Glosario 9

1. Resumen ejecutivo 10

2. Contexto y presentación del objeto de evaluación 15

2.1 Contexto 15

2.2 Objeto de evaluación 19

3. Propósito, objetivos y alcance de la evaluación 26

3.1 Propósito 26

3.2 Objetivos 26

3.3 Alcance 27

4. Metodología de evaluación 28

4.1 Criterios y preguntas de evaluación 28

4.2 Abordaje metodológico 29

4.3 Limitaciones y medidas de mitigación 33

4.4 Consideraciones éticas 35

5. Teoría de cambio 38

6. Hallazgos 44

6.1 Pertinencia 44

6.2 Coherencia 53

6.3 Efectividad 58

6.4 Eficiencia 68

6.5 Impacto 73

6.6 Sostenibilidad 83

7. Conclusiones 87

8. Lecciones aprendidas y recomendaciones 92

8.1 Lecciones aprendidas 92

8.2 Recomendaciones 94

9. Bibliografía 97

10. Anexos 101

Anexo 1: Políticas públicas implementadas para el abordaje de la DCI en Ecuador 101

Anexo 2: Actividades y subactividades de la estrategia territorial 103

Anexo 3: Socios implementadores por parroquias, fecha y actividades de la estrategia 105

Anexo 4: Entrevistas semiestructuradas realizadas 112

Anexo 5: Lugares visitados 118

Anexo 6: Herramientas de recolección de información 119

Anexo 7: Documentos consultados 160

Anexo 8: Análisis de los efectos de las intervenciones implementadas en las parroquias de las provincias de Imbabura, Pichincha y Chimborazo en variables como peso al nacer, controles prenatales, entre otras de Guzmán (2025) 162

Anexo 9: Teoría de cambio de la estrategia 174

Anexo 10: Matrices de evaluación 175

Anexo 11: Reformulación y ajuste de indicadores 196

Anexo 12: Ejecución financiera por fase de implementación y socio implementador 202

Anexo 13: Costo unitario de implementación de la estrategia territorial por socio implementador durante el primer periodo operativo 204

Anexo 14: Continuidad de los componentes de la estrategia territorial al 2025 a nivel parroquial 209

Anexo 15: Aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación 210

Anexo 16: Términos de Referencia 211

Índice de cuadros

Cuadro N° 1: Distribución de la estimación de los titulares de derecho en las parroquias intervenidas 21
Cuadro N° 2: Criterios y preguntas de evaluación 28
Cuadro N° 3: Número de entrevistas según tipo de actor 30
Cuadro N° 4: Organización de los grupos focales realizados, según parroquia, idioma, género y participantes 30
Cuadro N° 5: Matriz de limitaciones y medidas de mitigación 34
Cuadro N° 6: Acciones implementadas según principios éticos 36
Cuadro N° 7: Productos y resultados formulados para definir la contribución de la estrategia territorial en la prevención y reducción de la DCI 39
Cuadro N° 8: Formulación de resultados para la prevención y reducción de la DCI 42
Cuadro N° 9: Correspondencia entre los factores causales de la DCI y los componentes de la estrategia territorial 47
Cuadro N° 10: Resultados e indicadores utilizados 59
Cuadro N° 11: Impacto del modelo de gestión comunitaria (MIP y CIPSN) sobre variables de salud neonatal 74
Cuadro N° 12: Factores clave que explican la heterogeneidad en los efectos de la estrategia territorial 80
Cuadro N° 13: Recomendaciones según criterio de evaluación, prioridad y temporalidad 94
Cuadro N° 14: Políticas públicas implementadas para el abordaje de la DCI en Ecuador 101
Cuadro N° 15: Actividades y subactividades de la estrategia territorial 103
Cuadro N° 16: Socio implementador según parroquia y estrategia implementada 105
Cuadro N° 17: Entrevistas realizadas según ámbito de influencia, parroquia, modalidad, fecha, sexo del entrevistado y fase del estudio 112
Cuadro N° 18: Lugares visitados según provincias, cantones y parroquias 118
Cuadro N° 19: Listado de carpetas y documentos revisados 160
Cuadro N° 20: Parroquias analizadas con el modelo de gestión local comunitario en Imbabura, según cantón, provincia y fecha de inicio de la intervención 163
Cuadro N° 21: Parroquias analizadas con ciclos de mejora continua en Chimborazo, según cantón, provincia y fecha de inicio de la intervención 164
Cuadro N° 22: Matriz de evaluación – Pertinencia 175
Cuadro N° 23: Matriz de evaluación – Coherencia 180
Cuadro N° 24: Matriz de evaluación – Efectividad 183
Cuadro N° 25: Matriz de evaluación – Eficiencia 187
Cuadro N° 26: Matriz de evaluación - Impacto 190
Cuadro N° 27: Matriz de evaluación – Sosteniblidad 193
Cuadro N° 28: Reformulación y ajuste de indicadores de evaluación 196
Cuadro N° 29: Gasto operativo y gasto real según socio implementador y documentos 202

Cuadro N° 30: Costo unitario de la implementación de la estrategia, según actividades y socio implementador 204
Cuadro N° 31: Continuidad de la implementación de actividades de la estrategia a nivel parroquial 209

Índice de ilustraciones

Ilustración N° 1: Evolución del porcentaje de niñas y niños menores de 60 meses que padecen de DCI 15
Ilustración N° 2: Evolución del porcentaje de niñas y niños menores de 24 meses que padecen de DCI en Ecuador 16
Ilustración N° 3: Prevalencia de DCI en Ecuador en niñas y niños menores de 2 años según género 16
Ilustración N° 4: Prevalencia de DCI en Ecuador en niñas y niños menores de 2 años según grupo étnico (%) 17
Ilustración N° 5: Prevalencia de DCI en Ecuador en niñas y niños menores de 2 años según quintiles de ingresos (%) 17
Ilustración N° 6: Prevalencia de DCI en Ecuador en niñas y niños menores de 2 años según áreas naturales 18
Ilustración N° 7: Desarrollo del cerebro humano en los primeros años de vida 18
Ilustración N° 8: Cronología de la implementación de la estrategia territorial en las parroquias de Imbabura y Pichincha 23
Ilustración N° 9: Cronología de la implementación de la estrategia territorial en las parroquias de Chimborazo 24
Ilustración N° 10: Estimación de diferencia en diferencias del efecto de la estrategia sobre el peso al nacer (kg): promedios observados (izquierda) y efectos promedio estimados sobre los tratados (ATT) (derecha), desagregado por grupo y año 165
Ilustración N° 11: Estimación de diferencia en diferencias del efecto de la estrategia sobre la proporción de niños y niñas con bajo peso al nacer: promedios observados (izquierda) y efectos promedio estimados para los tratados (att) (derecha), por grupo y año. 166
Ilustración N° 12: Estimación de diferencia en diferencias del efecto de la estrategia sobre la talla al nacer (cm): promedios observados (izquierda) y efectos promedio estimados para los tratados (att) (derecha), por grupo y año. 167
Ilustración N° 13: Estimación de diferencia en diferencias del efecto de la estrategia sobre el número de semanas de gestación: promedios observados (izquierda) y efectos promedio estimados para los tratados (att) (derecha), por grupo y año 168
Ilustración N° 14: Estimación de diferencia en diferencias del efecto de la estrategia sobre la fracción de niños y niñas cuyas madres tuvieron al menos 5 controles prenatales: promedios observados (izquierda) y efectos promedio estimados para los tratados (att) (derecha), por grupo y año 169

Ilustración N° 15: Estimación de diferencia en diferencias del efecto de la estrategia sobre la fracción de partos asistidos por personal calificado: promedios observados (izquierda) y efectos promedio estimados para los tratados (att) (derecha), por grupo y año 170
Ilustración N° 16: Estimación de diferencia en diferencias del efecto de la estrategia sobre la fracción de partos realizados en instituciones de salud: promedios observados (izquierda) y efectos promedio estimados para los tratados (att) (derecha), por grupo y año 171
Ilustración N° 17 Estimación de diferencia en diferencias del efecto de los ciclos de mejora sobre variables de resultados intermedios: promedios observados (izquierda) y efectos promedio estimados para los tratados (att) (derecha), por grupo y año 173
Ilustración N° 18: Diagrama de la teoría de cambio de la estrategia territorial de UNICEF 174

Siglas y acrónimos

CIPSN: Centros Interculturales para la Promoción de la Salud y Nutrición

DCI: Desnutrición Crónica Infantil

EAIS: Equipos de Atención Integral en Salud

GAD: Gobierno Autónomo Descentralizado

MAG: Ministerio de Agricultura y Ganadería

MIES: Ministerio de Inclusión Económica y Social

MINEDUC: Ministerio de Educación

MIP: Mesas Intersectoriales Parroquiales

MSP: Ministerio de Salud Pública

PPoR; Programa Presupuestal Orientado a Resultado

STECSDI: Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil

SUUSEN: Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

VEC: Vigilancia Epidemiológica Comunitaria

WASH: Water, Sanitation and Hygiene

Glosario

Desnutrición Crónica Infantil
Condición prolongada de malnutrición infantil que se refleja en el retraso en el crecimiento de los niños, medido a través de la talla para la edad.

Equipos de Atención Integral en Salud
Equipos multidisciplinarios encargados de ofrecer atención médica integral a las comunidades, priorizando la salud materno-infantil.

Gobierno Autónomo Descentralizado
Entidad de gobierno local con autonomía para la gestión de los recursos y políticas dentro de su jurisdicción.

Juntas de agua
Organizaciones comunitarias autónomas que gestionan, operan y mantienen los sistemas de abastecimiento de agua potable y, en algunos casos, saneamiento en zonas rurales y periurbanas donde no llega el servicio público estatal.

Paquete priorizado de atención en salud
Conjunto de servicios esenciales dirigidos a gestantes, recién nacidos y niños menores de dos años, que incluye control prenatal, suplementación, tamizaje nutricional, vacunación, consejería en salud y seguimiento nutricional, entre otros, aprobado en el Decreto Ejecutivo Nº 1211 que aprueba la implementación de la "Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición".

Planificación Operativa Parroquial
Instrumento utilizado en el marco de las MIP para organizar, calendarizar y hacer seguimiento a las actividades interinstitucionales acordadas a nivel parroquial, orientadas a la atención integral de la primera infancia.

Programa Presupuestal Orientado a Resultado
Estrategia que vincula los presupuestos públicos con los resultados esperados de las políticas y programas implementados. En Ecuador, se aprobó el PPoR para la prevención y reducción de la DCI, en el marco del Decreto Ejecutivo Nº 1211.

Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal
Sistema de seguimiento de la implementación de políticas públicas en Ecuador, utilizado para monitorear la situación de la desnutrición infantil y otros indicadores de salud.

1. Resumen ejecutivo

Objeto de evaluación

La Estrategia Territorial para la Prevención y Reducción de la desnutrición crónica infantil (DCI) (en adelante, estrategia territorial), implementada por UNICEF desde el 2015 en las provincias de Imbabura, Pichincha y Chimborazo, se estructuró en cuatro componentes, incorporados de manera progresiva. El primer componente, orientado a fortalecer la articulación intersectorial local, promovió la conformación de Mesas Intersectoriales Parroquiales (MIP) como espacios de coordinación entre instituciones del gobierno central, gobiernos locales y actores comunitarios. Complementariamente, se implementaron los Centros Interculturales para la Promoción de la Salud y Nutrición (CIPSN), concebidos como espacios comunitarios para fortalecer la corresponsabilidad en el cuidado infantil a través de talleres.

El segundo componente se centró en el empoderamiento y la participación comunitaria, mediante la implementación de modelos de vigilancia epidemiológica de base comunitaria. Estos evolucionaron desde el monitoreo de riesgos asociados a la COVID-19 hacia la identificación de factores de riesgo vinculados a la DCI. Además, se desplegaron estrategias de cambio social y de comportamiento para promover prácticas saludables mediante procesos participativos y acciones de comunicación con enfoque territorial y comunitario.

El tercer componente buscó mejorar la calidad de los servicios de salud mediante la implementación de ciclos de mejora continua en centros del primer nivel de atención. A través de diagnósticos participativos, los equipos de salud identificaron barreras operativas y diseñaron soluciones adaptadas a los recursos disponibles en cada establecimiento. Finalmente, el cuarto componente se enfocó en el fortalecimiento de los servicios de agua segura, promoviendo la mejora técnica y organizativa de las juntas de agua comunitarias, con el objetivo de garantizar un suministro sostenible y seguro, especialmente en zonas rurales.

La implementación de la estrategia no fue simultánea ni uniforme en todas las parroquias, sino que respondió a un proceso de despliegue progresivo y contextualizado. En Imbabura y Pichincha, el proceso se inició entre 2015 y 2017 con un enfoque gradual, empezando por el componente de articulación intersectorial y ampliándose luego a los demás componentes, en función de la disponibilidad de recursos, la experiencia acumulada y el acompañamiento técnico. En contraste, en Chimborazo la estrategia comenzó en 2023 bajo un enfoque más integral, incorporando tres de los cuatro componentes desde el inicio y sumando el componente de agua segura al año siguiente.

La estrategia territorial tuvo como titulares de derechos a las mujeres gestantes y a niñas y niños menores de 2 años, basándose en el enfoque de los primeros 1,000 días de vida

como una ventana de oportunidad clave para intervenciones en salud y nutrición. Los garantes de derechos incluyeron tanto actores estatales como el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), el Ministerio de Educación (MINEDUC), las juntas de agua y los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD) parroquiales, así como actores no estatales, entre ellos UNICEF y sus socios implementadores. Estos actores coordinaron la provisión de servicios, la ejecución de actividades y el fortalecimiento institucional en el nivel territorial, contribuyendo al cumplimiento de los derechos de la primera infancia.

Objetivo, propósito y público previsto de la evaluación

El objetivo de la evaluación es realizar una valoración integral de los logros alcanzados por la estrategia territorial en diversas parroquias de las provincias de Imbabura, Pichincha y Chimborazo, durante el periodo comprendido entre 2015 y 2024. Esta evaluación busca examinar el avance hacia los objetivos y resultados planteados, identificar las necesidades de ajuste, y formular recomendaciones para optimizar la implementación y mejorar la sostenibilidad del programa en el futuro.

El propósito de esta evaluación es generar evidencia oportuna que permita mejorar la efectividad de la estrategia territorial, fortalecer el aprendizaje institucional y apoyar la abogacía para su implementación nacional. Los principales usuarios de la evaluación son UNICEF Ecuador, los gobiernos parroquiales y cantonales, el gobierno nacional y otras organizaciones vinculadas a la nutrición infantil. Para UNICEF, la evaluación permitirá mejorar el modelo de intervención e implementación de la estrategia, garantizar la rendición de cuentas frente a socios y financiadores, promover la abogacía para priorizar la DCI en la agenda pública nacional y diseñar propuestas estratégicas para la recaudación de fondos. Los gobiernos locales podrán utilizarla como una herramienta para fortalecer la gestión territorial en la prevención y reducción de la DCI. A su vez, el gobierno nacional podrá emplear los hallazgos para optimizar la estrategia nacional, especialmente en su implementación a nivel territorial, e incorporar insumos clave para el ajuste de políticas públicas. Finalmente, otras instituciones como ONGs podrán extraer recomendaciones prácticas que fortalezcan sus intervenciones en desarrollo infantil temprano, con especial énfasis en la nutrición infantil.

Metodología de evaluación

La evaluación utilizó un enfoque mixto, basado en la triangulación de fuentes cualitativas y cuantitativas. Desde el componente cualitativo, se realizaron 104 entrevistas semiestructuradas a actores clave vinculados al diseño e implementación de la estrategia, incluyendo representantes de UNICEF, socios implementadores, MSP, MIES, GAD, personal de salud, líderes comunitarios, miembros de juntas de agua y vigilantes comunitarios. Además, se llevaron a cabo seis grupos focales con madres, gestantes y cuidadores. Complementariamente, se revisaron más de 300 documentos relevantes, entre ellos planes nacionales de desarrollo, reportes técnicos y financieros,

informes de socios implementadores, guías metodológicas de la estrategia territorial y actas de reuniones de las MIP. En el componente cuantitativo, se incluyó un análisis econométrico de diferencias en diferencias (DiD) utilizando el Registro de Nacidos Vivos, publicado anualmente por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), para estimar el impacto de la estrategia sobre indicadores asociados a la DCI, como bajo peso al nacer, talla, peso y prematuridad.

Conclusiones clave obtenidas a partir de los hallazgos

Pertinencia:

- La estrategia territorial fue pertinente al abordar los principales determinantes de la DCI y focalizarse en los primeros mil días de vida. Sin embargo, la falta de una teoría de cambio explícita en el diseño de la estrategia limitó la claridad respecto a los resultados esperados y los mecanismos de cambio. Además, persisten desafíos para generar una demanda efectiva de servicios de salud y agua segura, especialmente en áreas rurales, donde las barreras culturales y la percepción de baja utilidad de los servicios restringen su uso.
- Existe una alta coherencia entre los objetivos de la estrategia y los marcos de política pública nacionales, como la ENECSDI, el PIANE, Misión Ternura y el PRAMIE. Establecer mecanismos formales de actualización facilitaría alinear sus componentes con nuevas prioridades nacionales.
- La estrategia avanzó en la incorporación de enfoques de género, derechos humanos e interculturalidad, con énfasis en poblaciones vulnerables y participación comunitaria. Para profundizar estos avances, resulta importante contar con lineamientos operativos más definidos y estrategias diferenciadas que respondan a contextos específicos.

Coherencia:

- La estrategia fue valorada por complementar procesos ya existentes en los territorios, en lugar de sustituirlos. Un ejemplo destacado fue la adaptación del rol de los vigilantes comunitarios, que pasaron de estar enfocados en el monitoreo de la COVID-19 a identificar factores de riesgo asociados a la desnutrición crónica infantil. También se promovieron ferias, talleres y caravanas que fortalecieron la educación nutricional y el involucramiento familiar.
- La estrategia alcanzó un alto nivel de coordinación con instituciones clave como el MSP, MIES y GAD parroquiales, principalmente mediante las MIP. Esta articulación fortaleció las acciones territoriales, aunque su funcionamiento fue desigual entre parroquias y dependió del compromiso de actores locales más que de mecanismos institucionales sostenibles.

Efectividad:

- La estrategia territorial logró avances importantes en los resultados inmediatos e intermedios definidos en la teoría de cambio, construida como parte del proceso evaluativo. Se contó con mejoras en la articulación intersectorial, la atención oportuna a gestantes y niños con factores de riesgo, la adopción de

prácticas de cuidado y alimentación, y el uso oportuno de servicios esenciales de salud. La efectividad fue mayor en parroquias con liderazgo comprometido, apropiación local, acompañamiento técnico constante y participación comunitaria activa.

- Se observaron efectos positivos no previstos, como el fortalecimiento del liderazgo comunitario y una mayor visibilidad de la DCI en la agenda pública, lo que abre oportunidades para ampliar la estrategia. No obstante, persisten desafíos como la necesidad de una mirada más integral al desarrollo infantil temprano y una adaptación más específica al contexto urbano, donde el modelo comunitario requiere ajustes para sostener su eficacia.

Eficiencia:

- El análisis financiero evidenció un control adecuado del gasto operativo y un uso razonable de los recursos disponibles; sin embargo, en la mayoría de los casos se registraron diferencias significativas entre lo programado y lo ejecutado, principalmente por subejecución. Esta situación reflejó limitaciones en la planificación financiera y en la alineación entre los recursos asignados y las necesidades operativas en los territorios.
- La posibilidad de solicitar ajustes presupuestarios durante la implementación fue reconocida como una medida clave por parte de los socios implementadores, ya que permitió reorganizar actividades y redistribuir recursos según prioridades emergentes en territorio.

Impacto

- La estrategia territorial generó impactos estadísticamente significativos en variables clave de salud neonatal en varias parroquias, especialmente en aquellas con acompañamiento técnico prolongado y liderazgo local activo. Estos resultados —como el aumento del peso y la talla al nacer, y la reducción de partos prematuros— refuerzan la contribución del modelo comunitario. Las diferencias entre territorios evidencian la importancia del contexto y destacan la necesidad de sostener la implementación en el tiempo para consolidar los logros.
- La estrategia contribuyó significativamente a la institucionalización de mecanismos operativos y al fortalecimiento de marcos normativos orientados a la DCI. Logró el reconocimiento formal de instrumentos como las MIP y la vigilancia comunitaria en normativa nacional, impulsó su replicabilidad y fomentó su inclusión en la planificación local.

Sostenibilidad

- La estrategia territorial fortaleció condiciones clave para la sostenibilidad en varios territorios, mediante el liderazgo comunitario, la corresponsabilidad familiar y la permanencia de mecanismos como las MIP y la vigilancia comunitaria. Estas condiciones permitieron que, al 2025, el 61 % de las actividades implementadas continuaran tras el retiro de UNICEF, lo que evidencia apropiación local y compromiso institucional.

- La estrategia impulsó el desarrollo de capacidades locales y fortaleció la articulación intersectorial; sin embargo, la sostenibilidad varió entre territorios. En aquellos con mayores desafíos —como la alta rotación de autoridades, la limitada asignación presupuestaria y el escaso reconocimiento institucional de los actores comunitarios— se dificultó la integración de estos en estructuras públicas permanentes.

Principales lecciones aprendidas

- El acompañamiento técnico territorial fue clave para articular actores, generar confianza y dinamizar la implementación. Para sostener los avances, se debe complementar este apoyo con el desarrollo de capacidades locales e institucionales desde etapas tempranas.
- La participación comunitaria activa fortaleció la apropiación de las intervenciones. Sin embargo, su sostenibilidad requiere mecanismos de incentivo y reconocimiento formal para los actores comunitarios.
- Las prácticas de cuidado promovidas por la estrategia tienen mayor impacto cuando se acompañan de mejoras estructurales en la calidad y disponibilidad de los servicios básicos.

Principales recomendaciones

- Para el gobierno nacional, asegurar la implementación sostenida de actividades territoriales reconocidas por su contribución a los resultados de la estrategia —como las MIP— mediante su reglamentación e inclusión en planes y políticas sectoriales.
- Para UNICEF, fortalecer los mecanismos de coordinación con el nivel central, especialmente con la STECSDI, para alinear la implementación territorial con las políticas nacionales.
- Para UNICEF, fortalecer las condiciones operativas para la participación efectiva de mujeres (por ejemplo, ajustar los horarios a sus responsabilidades de cuidado y brindar apoyo logístico para el cuidado de menores) y consolidar la accesibilidad para personas con discapacidad y diversificar los formatos de los materiales educativos.
- Para UNICEF, fortalecer el seguimiento financiero mediante informes estandarizados y una planificación operativa ajustada a las necesidades territoriales, que permita mejorar la eficiencia en la ejecución de recursos.
- Para UNICEF, incorporar estrategias de salida y apropiación progresiva de los actores locales desde la fase de diseño.
- Para gobiernos locales, institucionalizar espacios de articulación comunitaria e intersectorial, asignando funciones, recursos y mecanismos de seguimiento.
- Para gobiernos locales, asignar recursos específicos y fortalecer liderazgos comunitarios clave como vigilantes, parteras y representantes de juntas de agua.

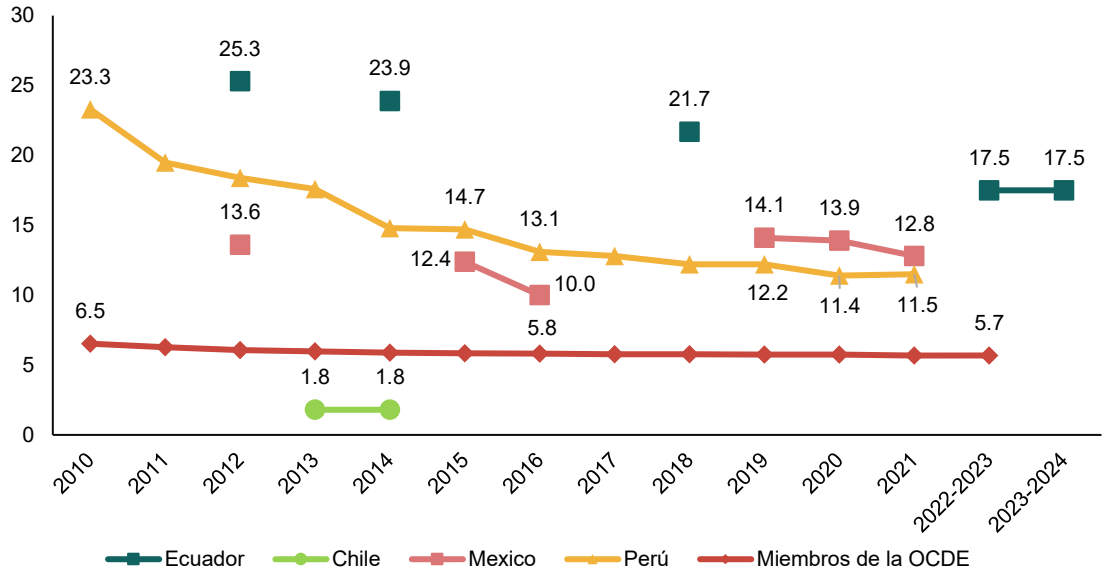
2. Contexto y presentación del objeto de evaluación

2.1 Contexto

La desnutrición crónica infantil (DCI) constituye una forma persistente de malnutrición que se refleja en el retraso del crecimiento infantil, medido a través de la talla para la edad (UNICEF, 2011; OMS, 2018). En Ecuador, la DCI afecta actualmente al 17,5% de niñas y niños menores de 60 meses, según los resultados de la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI 2023-2024).

A lo largo de la última década, la prevalencia de DCI en esta población ha oscilado entre el 17% y el 25%, evidenciando una problemática estructural persistente. Como se muestra en la Ilustración N° 1, la DCI en Ecuador se mantiene en niveles elevados en comparación con otros países de la región, como México (12,8% en 2021) y Perú (11,5% en 2021), y presenta una brecha aun mayor frente a los promedios observados en los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

Ilustración N° 1: Evolución del porcentaje de niñas y niños menores de 60 meses que padecen de DCI

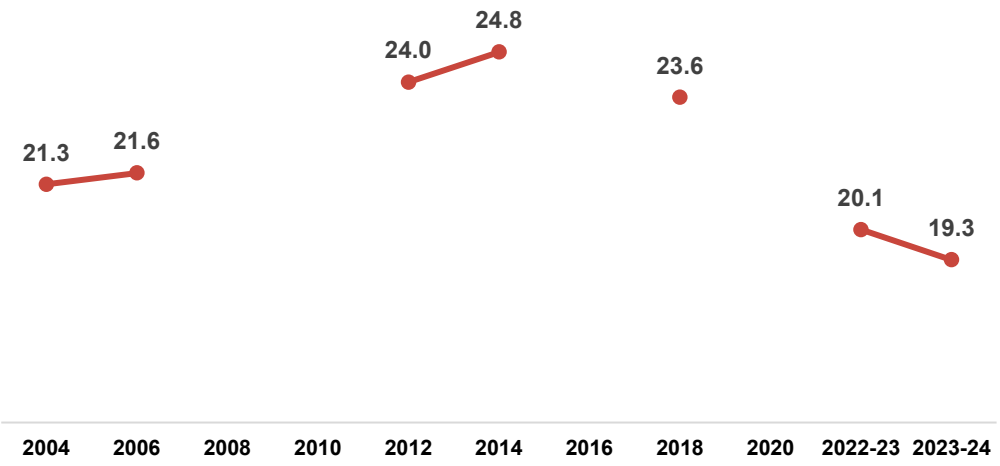


Nota: Se utilizaron los datos de las estimaciones modeladas por el Banco Mundial para los países miembros de la OCDE. En el caso de Ecuador, se utilizaron datos de la ENDI, que se mide de forma interanual desde julio del 2022.

Fuente: Banco Mundial *(2024)*, INEC *(2024)*
Elaboración propia

Este problema de salud pública es aún más preocupante en las niñas y niños menores de 24 meses, donde la tasa de DCI ha superado consistentemente el 20% desde 2004, a excepción del último periodo reportado (19.3% según ENDI 2023-2024). Como se muestra en la siguiente ilustración, en 2014 la tasa de DCI alcanzó un 24.8% en los niños menores de 24 meses, lo que reflejó su valor más alto en los últimos 10 años.

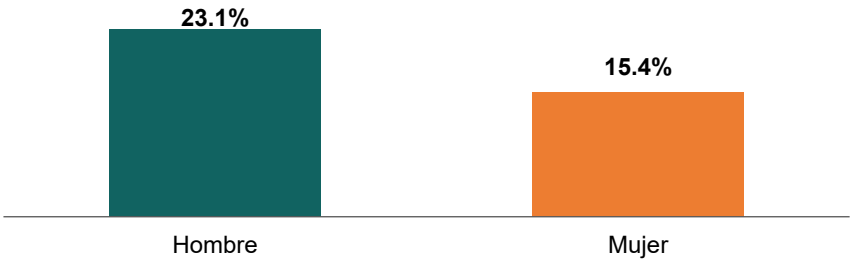
Ilustración N° 2: Evolución del porcentaje de niñas y niños menores de 24 meses que padecen de DCI en Ecuador



Fuente: INEC *(2024)*
Elaboración propia

Dentro de este rango de edad, existe una mayor prevalencia de DCI en niños menores de 2 años (23.1%) que las niñas (15.4%). Para los resultados de la ENDI 2023 – 2024, se muestra una diferencia de 7.7 p.p. entre ambos géneros.

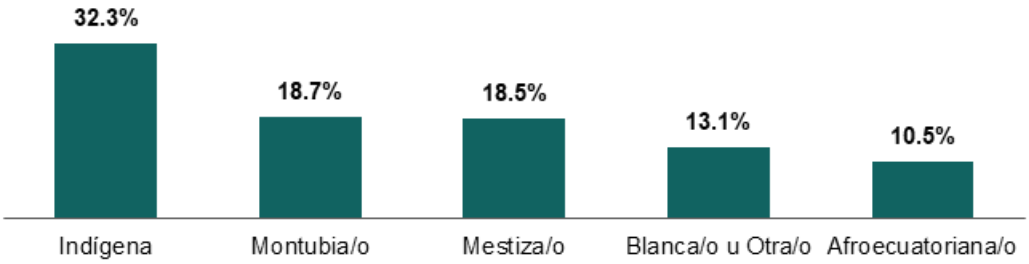
Ilustración N° 3: Prevalencia de DCI en Ecuador en niñas y niños menores de 2 años según género



Fuente: INEC (2024)
Elaboración propia

La prevalencia de la DCI evidencia brechas entre distintos grupos sociodemográficos en Ecuador. Como muestra la siguiente ilustración, la población indígena registra el nivel más alto de DCI en menores de 2 años con un 32.3%. Además, los grupos montubios y mestizos superan el 18%, lo que representa una diferencia de más de 13 p.p. con respecto a la población indígena

Ilustración N° 4: Prevalencia de DCI en Ecuador en niñas y niños menores de 2 años según grupo étnico (%)



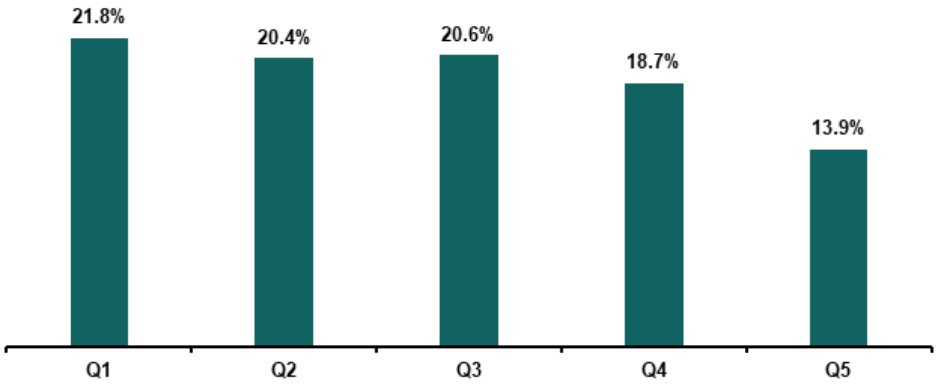
Nota: El valor de la prevalencia de DCI en menores de 2 años desagregado por autoidentificación étnica como Blanco/a u Otro/a presenta al menos una de las siguientes características: muestras efectivas menor a 30, el rango del intervalo de confianza superior a 30 puntos porcentuales o el rango del intervalo de confianza superior a 5 puntos porcentuales y el rango relativo superior a 130%.

Fuente: INEC (2024)

Elaboración propia

Asimismo, la prevalencia de DCI muestra una distribución desigual según el nivel de ingresos. Las niñas y niños menores de 24 meses del primer quintil, correspondiente a los hogares de menores ingresos, presentan mayores niveles de DCI en comparación con aquellos del quinto quintil (Q5), que agrupa a los hogares de mayores ingresos. La siguiente ilustración evidencia una brecha de 7.9 p.p entre ambos grupos socioeconómicos.

Ilustración N° 5: Prevalencia de DCI en Ecuador en niñas y niños menores de 2 años según quintiles de ingresos (%)

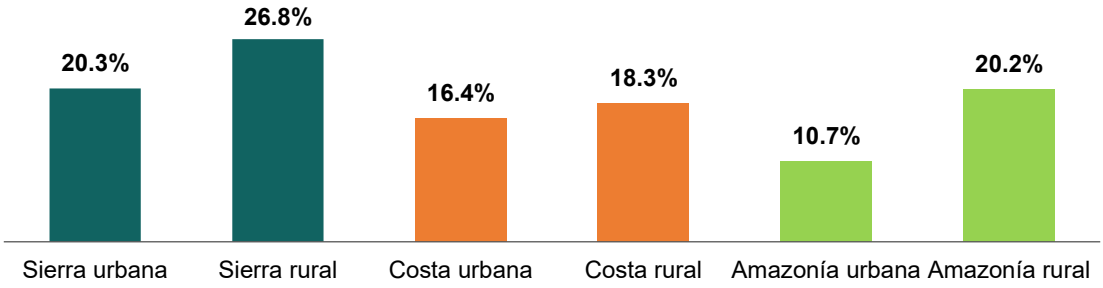


Fuente: INEC (2024)

Elaboración propia

Por otro lado, la siguiente ilustración evidencia la disparidad en la prevalencia de la DCI entre las áreas urbanas y rurales. En la región sierra, la zona rural (26.8%) supera en 6.5 p.p. a la zona urbana (20.3%). De manera similar, en la Amazonía rural (20.2%) se observa la mayor diferencia de prevalencia de DCI, con 9.5 p.p. más que en la Amazonía urbana.

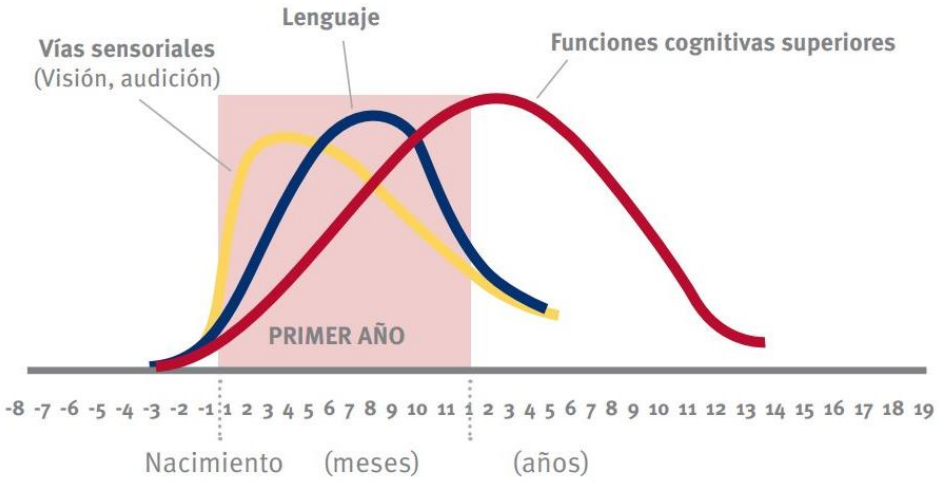
Ilustración N° 6: Prevalencia de DCI en Ecuador en niñas y niños menores de 2 años según áreas naturales



Fuente: INEC (2024)
Elaboración propia

La DCI interfiere de manera crítica con las fases más sensibles del desarrollo cerebral, especialmente durante los primeros mil días de vida, etapa en la que se consolidan las vías sensoriales, el lenguaje y las funciones cognitivas superiores. Tal como muestra la siguiente ilustración, este período es clave para el establecimiento de conexiones neuronales que sustentan habilidades fundamentales para el aprendizaje, la comunicación y el pensamiento complejo.

Ilustración N° 7: Desarrollo del cerebro humano en los primeros años de vida



Fuente: Nelson (2007)

En efecto, la DCI durante los primeros meses de vida constituye un factor de riesgo que incrementa la morbilidad y obstaculiza el desarrollo motor y cognitivo (De Sanctis, y otros, 2021). Dado que el cerebro alcanza su desarrollo en los primeros 1000 días de vida, existe una fuerte relación entre la DCI y el deterioro de la función cognitiva durante los primeros 36 meses (Measelle, A., Fong, Soulalay, & Nijssen-Jordan, 2016). En particular, los niños y niñas con DCI en sus primeros dos años tienen un 28% menos de probabilidad de alcanzar los niveles esperados de aprendizaje cognitivo, en comparación con aquellos que no presentan esta condición (Kang, 2018). A los cinco años, el retraso en el crecimiento asociado con la desnutrición se traduce en una

reducción promedio del 7% en las habilidades cognitivas frente a los niños que no experimentaron desnutrición (Rambe, Nirwana, & Hutabarat, 2023). No obstante, existe evidencia alentadora de que esta afectación puede ser reversible. Estudios como el de Crookston et al. (2010) muestran que, con una estimulación continua y un entorno favorable, los niños afectados pueden recuperar niveles similares de desarrollo cognitivo.

La DCI no solo afecta el desarrollo cognitivo durante los primeros años de vida, sino que también genera consecuencias duraderas, impactando negativamente el estado de salud y el nivel de ingresos en la adultez. En la adultez, las consecuencias de la DCI se extienden más allá del ámbito cognitivo. Las personas que enfrentaron esta condición durante sus primeros años de vida tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas como diabetes, trastornos cardiovasculares y metabólicos. Estas afecciones están vinculadas al impacto temprano de la desnutrición en el desarrollo físico y funcional del organismo. Además, la DCI afecta la productividad laboral y las oportunidades económicas, con resultados como salarios más bajos y menores ingresos a lo largo de la vida (De Sanctis, y otros, 2021). Además, la desnutrición se asocia con una menor estatura en la adultez, menos años de escolarización y un menor rendimiento académico. Según Grantham-McGregor et al. (2007), cada año adicional de escolarización aumenta los salarios en promedio un 9.7%, evidenciando el impacto acumulativo de estas desventajas.

Frente a este escenario, el Estado ecuatoriano ha impulsado diversas políticas públicas orientadas a la reducción de la DCI, basadas en un enfoque intersectorial que involucra sectores como salud, educación, protección social y agua y saneamiento (ver Anexo 1). Aunque estos esfuerzos han permitido avances parciales, su implementación ha enfrentado desafíos importantes, entre ellos la falta de coordinación efectiva, recursos insuficientes y limitaciones en los sistemas de monitoreo y evaluación (STECSDI, 2023).

2.2 Objeto de evaluación

Desde 2015, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) implementa en Ecuador la Estrategia territorial de prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil (en adelante, estrategia territorial), concebida como una respuesta integral a los desafíos identificados en un análisis multiagencial liderado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), UNICEF, el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y el Ministerio de Agricultura (MAG). Este análisis identificó que las acciones para reducir la DCI se enfocaban principalmente en intervenciones alimentarias y curativas, dejando de lado determinantes estructurales como el acceso a agua segura, saneamiento y la educación materna.

La estrategia territorial se organiza en cuatro componentes orientados a abordar de manera integral los factores que inciden en la DCI y a fortalecer la implementación de la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil (ENECSDI). Aunque esta

estructura no fue establecida desde el inicio, se consolidó progresivamente con la incorporación de nuevos ejes de intervención en los territorios. El detalle de las actividades y subactividades asociadas a cada componente se presenta en el Anexo 2.

- **Articulación intersectorial local:** Fortalece la coordinación entre gobiernos, comunidades y sociedad civil mediante Mesas Intersectoriales Parroquiales (MIP) y promueve prácticas de cuidado infantil en los Centros Interculturales para la Promoción de la Salud y Nutrición (CIPSN).

- **Empoderamiento y participación comunitaria:** Fomenta la detección oportuna de factores de riesgo de DCI mediante la vigilancia comunitaria, y el cambio de prácticas de salud y nutrición a través de estrategias de comunicación.

- **Mejora de servicios de salud:** Implementa ciclos de mejora continua para optimizar la calidad y cobertura de los servicios del paquete priorizado.

- **Mejora continua de los servicios WASH:** Refuerza las capacidades de juntas de agua parroquiales para garantizar el acceso sostenible a servicios de agua en comunidades rurales.

La estrategia territorial se implementó en las provincias de Imbabura, Pichincha y Chimborazo, seleccionadas por su alta prevalencia de DCI. La priorización de parroquias dentro de estas provincias se realizó considerando principalmente el tamaño de la población objetivo —mujeres gestantes y niñas y niños menores de 2 años—, así como los niveles de pobreza y pobreza extrema asociados a necesidades básicas insatisfechas (UNICEF, 2021). Esta población fue definida como prioritaria en el marco de la ENECSDI, con base en el enfoque multicausal de la DCI (UNICEF, 2013). El siguiente cuadro presenta las parroquias incluidas en la estrategia y consideradas en la presente evaluación, junto con una estimación de la población titular de derechos[1].

Como se muestra en el siguiente cuadro, las niñas y niños menores de 2 años representan el 2.4% de la población total de las parroquias intervenidas, mientras que el grupo de 2 a 5 años constituye aproximadamente el 6%. Por su parte, las mujeres que reportaron haber tenido una hija o hijo entre 2017 y 2022 representan el 6.2%. En conjunto, los titulares de derechos conforman una población estimada de 40,585 personas, equivalente al 14.4% del total en las parroquias intervenidas[2].

[1] Información basada en los datos disponibles del VIII Censo de Población y VII de Vivienda del 2022. Debido a las limitaciones en la información disponible, no es posible una desagregación por condición de discapacidad.

[2] No se cuenta con un registro consolidado que permita cuantificar cuántos titulares de derechos fueron efectivamente alcanzados. Los reportes de los socios implementadores se enfocan en indicadores operativos —como centros interculturales establecidos o ciclos de mejora aplicados—, sin reportar de forma sistemática la atención directa a mujeres gestantes y a niñas y niños menores de 2 años.

Cuadro N° 1: Distribución de la estimación de los titulares de derecho en las parroquias intervenidas

Provincia	Parroquia	Niñas/os de 0 a 2 años	Niñas/os de 2 a 5 años	Mujeres que reportaron haber tenido una hija/o en los últimos 5 años (2017 – 2022)	Estimación del total de titulares de derechos[3]	Población total
Chimborazo	Parroquias urbanas de Riobamba (Maldonado, Veloz y Lizarzaburu)[4]	4,117	10,343	11,162	25,622 (13.6%)	188,891
	Licán	347	856	911	2,114 (18%)	11,726
	Alausí	333	694	732	1,759 (17.1%)	10,303
	Achupallas	285	557	597	1,439 (17.7%)	8,117
	Sibambe	104	193	215	512 (15%)	3,412
	Tixán	255	571	557	1,383 (16.2%)	8,533
Imbabura	Angochagua	82	184	187	156 (15.3%)	3,561
	La Esperanza	188	496	567	453 (12.7%)	8,681
	Imantag	187	374	442	1,003 (18.3%)	5,476
	Miguel Egas Cabezas	182	417	436	1,035 (15%)	6,914
	San Rafael	147	333	323	803 (15.5%)	5,184
	Chugá	28	56	72	156 (15.3%)	1,020
	Mariano Acosta	18	72	78	168 (13%)	1,294
Pichincha	Cangahua	514	1,219	1,154	2,887 (16%)	18,037
Total		**6,787**	**16,365**	**17,433**	**40,585 (14.4%)**	**281,149**

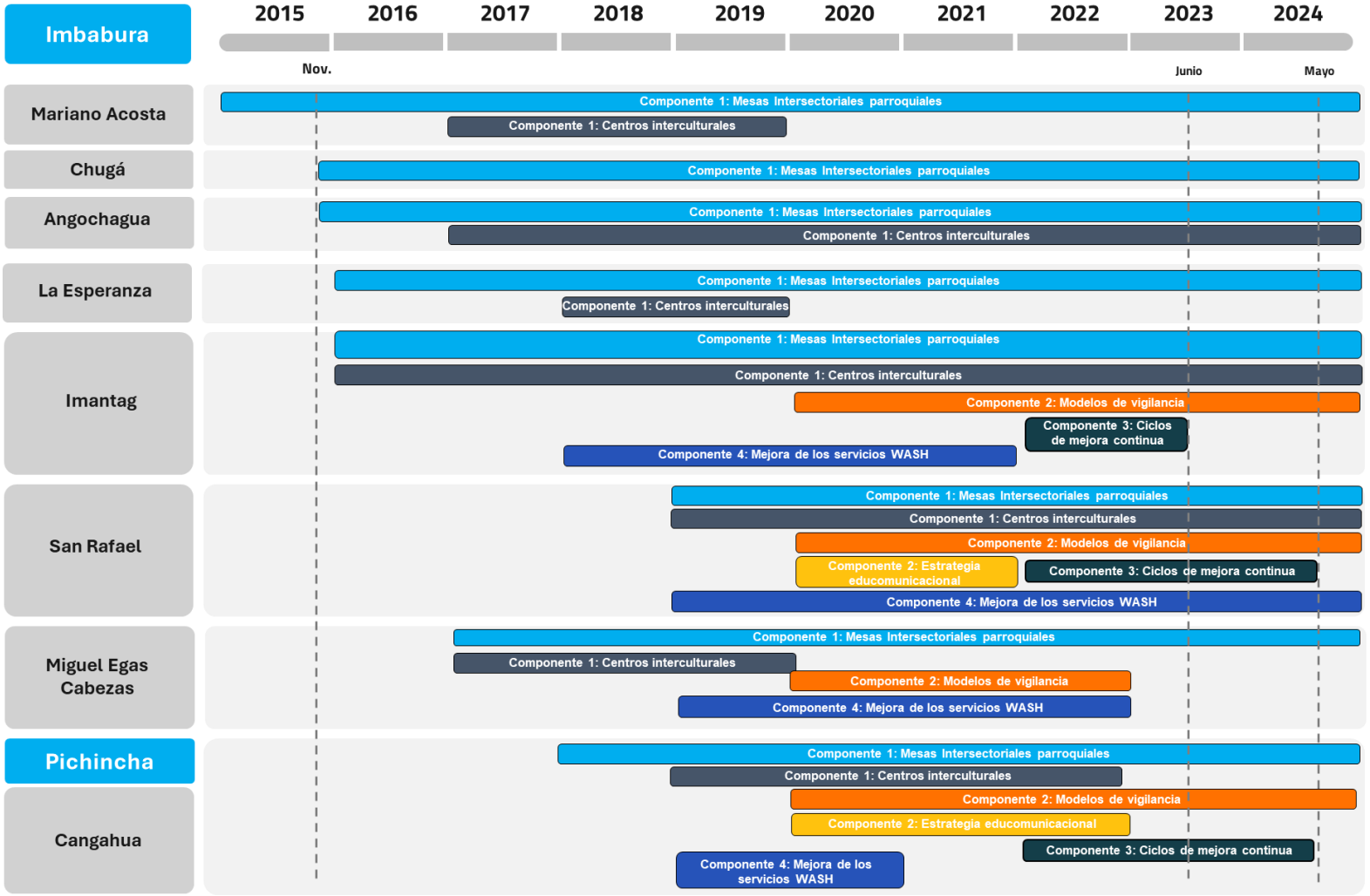
Fuente: INEC (2022) - VIII Censo de Población y VII de Vivienda
Elaboración propia

[3] Corresponde a la suma de niñas y niños menores de 5 años y de mujeres que reportaron haber tenido una hija o hijo entre 2017 y 2022.
[4] Las cifras presentadas incluyen datos de las parroquias urbanas de Maldonado, Veloz, Lizarzaburu, Velasco y Yaruquíes. Debido a que el Censo no desagrega esta información por parroquia urbana específica, no es posible contar con datos diferenciados exclusivamente para las parroquias donde se implementó la estrategia (Maldonado, Veloz y Lizarzaburu).

La implementación de los componentes de la Estrategia Territorial no se realizó de manera simultánea en todos los territorios. En Imbabura, entre 2015 y 2017, se llevaron a cabo actividades del componente de articulación intersectorial local en seis parroquias: Mariano Acosta, Chugá, Angochagua, La Esperanza, Imantag y Miguel Egas Cabezas. Posteriormente, entre 2018 y 2019, la estrategia se expandió a las parroquias de San Rafael (Imbabura) y Cangahua (Pichincha). Durante este periodo, también se inició la implementación del componente WASH en las parroquias de Imantag, San Rafael, Miguel Egas Cabezas y Cangahua. Los componentes de empoderamiento y participación comunitaria, y de mejora de los servicios de salud, fueron los últimos en incorporarse, en los años 2020 y 2022, respectivamente. Cabe señalar que estos dos últimos componentes no se ejecutaron en las parroquias de Mariano Acosta, Chugá, Angochagua y La Esperanza (ver Ilustración N° 8).

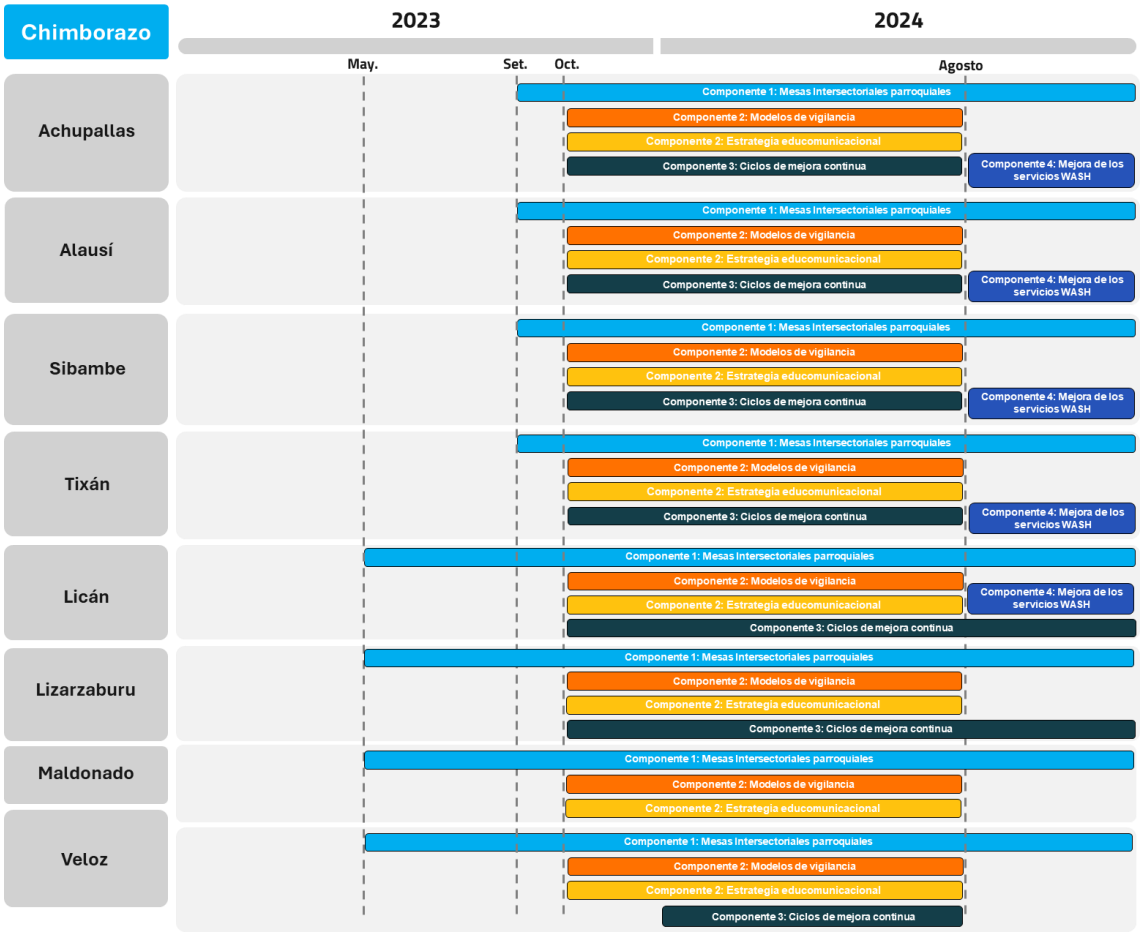
En la provincia de Chimborazo, la implementación de la Estrategia Territorial comenzó en 2023 en ocho parroquias: Achupallas, Alausí, Sibambe, Tixán, Licán, Lizarzaburu, Maldonado y Veloz. Previamente, se había desarrollado un pilotaje de ciclos de mejora continua en Alausí, el cual sirvió de base para fortalecer el componente 3 (mejora de los servicios de salud). A diferencia de otras provincias, y tomando como referencia la experiencia previa en Imbabura, en Chimborazo se adoptó un enfoque de implementación integral. Este enfoque implicó un acompañamiento más estrecho a las carteras de Estado y una articulación reforzada en la entrega de los distintos componentes, presentados como un “paquete” de intervenciones. En el primer año se implementaron tres de los cuatro componentes: articulación intersectorial local, empoderamiento y participación comunitaria, y mejora de los servicios de salud. En 2024, se incorporó el cuarto componente, correspondiente a la mejora de los servicios WASH, en todas las parroquias rurales intervenidas (ver Ilustración N° 9).

Ilustración N° 8: Cronología de la implementación de la estrategia territorial en las parroquias de Imbabura y Pichincha



Elaboración propia.

Ilustración N° 9: Cronología de la implementación de la estrategia territorial en las parroquias de Chimborazo



Elaboración propia.

La ejecución de la estrategia se realizó en colaboración con diversos socios implementadores, entre ellos: Fundación CIMAS del Ecuador, Fundación de Organizaciones Campesinas e Indígenas (FOCI), Sociedad Ecuatoriana de Salud Pública (SESP), Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) y la Agencia Adventista de Desarrollo y Recursos Asistenciales (ADRA). El Anexo 3 presenta un cuadro detallado que describe la participación de estos socios en cada provincia, especificando las intervenciones ejecutadas, su vinculación con la estrategia y los roles desempeñados durante la implementación, así como sus principales contribuciones como partes interesadas.

Por su parte, los garantes de derechos incluyen tanto actores estatales como no estatales responsables de garantizar el acceso efectivo a la salud, nutrición, protección y agua segura. Entre ellos se encuentran el MSP, el MIES, el MAG y los Gobiernos Autonómos Descentralizados (GAD) parroquiales, con responsabilidades directas en la provisión de servicios y coordinación territorial. A nivel nacional, la Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil (STECSDI) lidera la articulación intersectorial de la política pública. Por su parte, UNICEF ha acompañado técnicamente la

implementación de la ENECSDI, brindando asistencia metodológica y apoyo al fortalecimiento institucional. Finalmente, los socios implementadores participaron en la ejecución de las actividades, de acuerdo con los componentes priorizados en cada territorio. Pese a ello, dada la dimensionalidad de estos actores, no es posible incorporar una desagregación por género, edad y/o condición de discapacidad.

En cuanto a los recursos financieros movilizados para la implementación de la estrategia, se revisaron 28 reportes de autorización de financiamiento y certificados de gasto elaborados por los distintos socios implementadores y proporcionados por UNICEF. Sin embargo, debido a la naturaleza fragmentada de la estrategia —con múltiples actores operando en distintos territorios y periodos— no fue posible contar con un presupuesto consolidado que permita dimensionar el monto total ejecutado.

Asimismo, es pertinente destacar el vínculo de la estrategia territorial con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), particularmente con el ODS 2: Hambre Cero, y su meta 2.2 orientada a reducir el retraso en el crecimiento infantil (*stunting).* La estrategia contribuye a este objetivo mediante acciones como la conformación de mesas intersectoriales cantonales, el fortalecimiento de los servicios de salud materno-infantil y la mejora del acceso a servicios de agua, saneamiento e higiene (WASH). También guarda relación con el ODS 3: Salud y Bienestar, al promover atención integral a niños y mujeres en situación de vulnerabilidad y garantizar el acceso a agua segura en zonas rurales; así como con el ODS 17: Alianzas para Lograr los Objetivos, al articular múltiples actores para su implementación. En 2021, se estableció como meta nacional reducir en 6 puntos porcentuales la DCI en menores de 2 años para el 2025 (Naciones Unidas en Ecuador, 2022). Para maximizar su impacto y contribuir efectivamente a la Agenda 2030, se requiere fortalecer los mecanismos de monitoreo, financiamiento y coordinación intersectorial.

Finalmente, a lo largo de la evaluación se emplea un marco basado en la Convención sobre los Derechos del Niño, instrumento internacional adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989, que establece los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de todos los niños y niñas. Este enfoque permite orientar el análisis no solo hacia los resultados obtenidos, sino también hacia la forma en que se respetan los principios de universalidad, equidad, no discriminación y participación, fundamentales para asegurar intervenciones sostenibles y centradas en los niños y niñas más vulnerables.

3. Propósito, objetivos y alcance de la evaluación

A continuación, se detallan el propósito, objetivos y alcance de la evaluación formativa de la estrategia territorial implementada por UNICEF.

3.1 Propósito

El propósito de esta evaluación es generar evidencia oportuna que permita mejorar la efectividad de la estrategia territorial, fortalecer el aprendizaje institucional y apoyar la abogacía para su implementación nacional. Tras aproximadamente diez años de implementación de la estrategia de UNICEF en parroquias de Imbabura y Pichincha, y el inicio reciente en Chimborazo, esta evaluación formativa busca complementar los análisis econométricos existentes con una valoración comprensiva para identificar necesidades de ajuste y recomendaciones de mejora.

La evaluación será utilizada por diversos actores para distintos fines. Primero, UNICEF Ecuador la podrá emplear para fortalecer el modelo de intervención e implementación de la estrategia, rendir cuentas a socios y financiadores, impulsar la priorización de la DCI en las políticas públicas nacionales y diseñar propuestas estratégicas de recaudación de fondos. Segundo, el gobierno central podrá aprovechar los resultados para optimizar la estrategia nacional, especialmente en su implementación territorial, e incorporar insumos para la revisión y ajuste de políticas públicas relacionadas. Tercero, los gobiernos parroquiales y cantonales la utilizarán como herramienta para mejorar la gestión territorial en la prevención y reducción de la DCI. Finalmente, las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y otras instituciones podrán formular recomendaciones prácticas en temas de nutrición infantil a partir de los hallazgos de la evaluación.

3.2 Objetivos

El objetivo de la evaluación es realizar una valoración integral de los logros alcanzados por la estrategia de UNICEF en diversas parroquias de las provincias de Imbabura, Pichincha y Chimborazo, durante el periodo comprendido entre 2015 y junio de 2024. Esta evaluación busca examinar el avance hacia los objetivos y resultados planteados, identificar las necesidades de ajuste, y formular recomendaciones para optimizar la implementación y mejorar la sostenibilidad del programa en el futuro. Además, busca generar evidencia sólida que apoye la abogacía y la toma de decisiones en este ámbito.

Específicamente, se plantearon los siguientes objetivos específicos:

- Analizar si la estrategia estuvo alineada con las necesidades y prioridades locales, considerando los enfoques transversales de género, derechos humanos e inclusividad, y su coherencia con las políticas públicas nacionales.

- Analizar en qué medida la estrategia se complementa y coordina con otras iniciativas implementadas por UNICEF, gobiernos locales y el gobierno nacional, e identificar los factores que han facilitado o limitado esta coherencia.
- Evaluar los logros alcanzados en relación con los resultados inmediatos e intermedios previstos en la teoría de cambio y los efectos no planificados que puedan ser replicados en otras áreas.
- Analizar si los recursos financieros y no financieros, incluido el tiempo de intervención, se utilizaron de manera económica y oportuna, así como las medidas implementadas para garantizar un uso eficiente de los recursos.
- Analizar los cambios generados por la estrategia en las parroquias intervenidas frente a aquellas no intervenidas, identificar los factores que explican las diferencias en los resultados, y evaluar su contribución a normativas, políticas públicas y la provisión de servicios relacionados con la DCI.
- Identificar los factores que posibilitarían la sostenibilidad de los resultados obtenidos, además de destacar las lecciones aprendidas y las buenas prácticas en términos de sostenibilidad programática y financiera.

3.3 Alcance

La evaluación de la estrategia territorial abarcará el periodo comprendido entre 2015 y 2024, con un enfoque especial en los últimos cuatro años. Geográficamente, se evaluarán siete parroquias de la provincia de Imbabura (Mariano Acosta, Chugá, Angochagua, La Esperanza, Imantag, San Rafael y Miguel Egas Cabeza), una parroquia de la provincia de Pichincha (Cangahua) y ocho parroquias de la provincia de Chimborazo (Achupallas, Alausí, Sibambe, Tixán, Licán, Lizarzaburu, Maldonado y Veloz).

4. Metodología de evaluación

4.1 Criterios y preguntas de evaluación

La evaluación de la estrategia territorial se basará en los criterios de evaluación del Comité de Ayuda al Desarrollo de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE-DAC), ampliamente reconocidos como un estándar internacional para garantizar un análisis integral, sistemático y objetivo de intervenciones en el desarrollo. Estos criterios guían la formulación de las preguntas de evaluación y permiten evaluar la intervención desde múltiples dimensiones, proporcionando una visión completa de su desempeño, logros y oportunidades de mejora.

Los criterios de la OCDE-DAC incluyen **pertinencia, coherencia, efectividad, eficiencia, impacto y sostenibilidad**. Para cada criterio de evaluación, se formuló el Cuadro N° 2 que detalla las preguntas de evaluación, a partir de las preguntas planteadas originalmente en los Términos de Referencia (TdR) y de preguntas de evaluación complementarias.

Cuadro N° 2: Criterios y preguntas de evaluación

Criterio	Preguntas de evaluación
Pertinencia	- ¿En qué medida la estrategia implementada en las parroquias priorizadas en Imbabura, Pichincha y Chimborazo logró responder a las necesidades y oportunidades en esos territorios, a la heterogeneidad entre ellos y a los cambios a través del tiempo? ¿En qué medida la estrategia responde hoy a las necesidades actuales? - ¿En qué medida la estrategia se alinea con los enfoques de género, derechos humanos e inclusividad en su diseño y ejecución? - ¿Cómo la estrategia se alinea con las principales políticas públicas de Ecuador en relación con la prevención y reducción de la DCI?
Coherencia	- ¿En qué medida la estrategia se complementó y coordinó con otras estrategias implementadas por UNICEF, gobiernos locales, gobierno nacional? - ¿Cuáles fueron los factores internos y externos que facilitaron o limitaron la coordinación y complementariedad de la estrategia con otras intervenciones?
Efectividad	- ¿En qué medida la estrategia logró los resultados inmediatos e intermedios previstos en la teoría de cambio en las parroquias de interés? - ¿La estrategia generó resultados no planificados? Si los hubo, ¿qué condiciones habilitantes permitirían replicarlos en nuevas áreas geográficas?
Eficiencia	- ¿Los recursos financieros y no financieros, incluido el tiempo de intervención, contribuyeron al logro de resultados previstos en la teoría de cambio? - ¿En qué medida las acciones adoptadas durante la planificación e implementación de la estrategia contribuyeron a mejorar la eficiencia en el uso de recursos?

Criterio	Preguntas de evaluación
Impacto	- ¿Qué cambios específicos generó la implementación de la estrategia en las parroquias intervenidas, en contraste con aquellas donde no se llevó a cabo? - ¿Qué factores relacionados con las características de las parroquias y la implementación de la estrategia explican la heterogeneidad observada en los impactos, y cómo estás fueron incorporadas en la estrategia? - ¿Cómo la estrategia territorial generó cambios en normativas, políticas o en la provisión y ampliación de servicios públicos relacionados con la prevención y reducción de la DCI?
Sostenibilidad	- ¿Qué factores habilitantes y limitantes, presentes en las parroquias y comunidades, determinan la sostenibilidad de los resultados de la estrategia tras el cese de operaciones de UNICEF, y de qué manera han sido abordados por la estrategia local? - ¿Cuáles son las principales lecciones aprendidas y buenas prácticas relacionadas con la sostenibilidad programática, financiera y de gestión de la estrategia?

Elaboración propia.

4.2 Abordaje metodológico

La evaluación adoptó un enfoque metodológico de tipo mixto, combinando métodos cualitativos y cuantitativos para permitir un análisis integral de la estrategia territorial. Esta combinación fue pertinente para abordar los distintos criterios de evaluación, y resultó adecuada para captar tanto resultados observables como dinámicas institucionales, comunitarias y de implementación. El análisis se estructuró a partir de la teoría de cambio de la estrategia, construida como parte del proceso evaluativo, que permitió vincular cada actividad de la estrategia con los resultados esperados y orientar la interpretación de hallazgos.

Fuentes de información y métodos de recolección

Para abordar las preguntas de evaluación, las fuentes de información incluyeron entrevistas semiestructuradas, grupos focales, revisión documental y registros administrativos.

- **Entrevistas semiestructuradas:**

Se realizaron 104 entrevistas, presenciales y virtuales, a actores clave involucrados en distintas etapas de la estrategia territorial: diseño, implementación y seguimiento (ver Anexo 4 y Anexo 5). Los participantes se agruparon en cuatro perfiles: (i) oficiales y puntos focales de UNICEF; (ii) socios implementadores; (iii) representantes del MSP, MIES y STECSDI a nivel nacional; y (iv) actores locales, como autoridades del GAD parroquial, personal del MSP, MIES y MINEDUC, personal de salud, tutores de vigilancia comunitaria, representantes de comités de salud, vigilantes comunitarios y representantes de juntas de agua.

Las entrevistas se aplicaron mediante guías diseñadas según el perfil de cada actor, con preguntas estructuradas que permitieron profundizar en aspectos relevantes según su experiencia, funciones y contexto territorial (ver Anexo 6). Las guías fueron además ajustadas por parroquia, en función de las diferencias en la implementación de la estrategia.

Cuadro N° 3: Número de entrevistas según tipo de actor

Tipo de actor	Número de entrevistas
Oficiales y puntos focales de UNICEF	10
Socios implementadores	8
Representantes del MSP, MIES y STECSDI a nivel nacional	39
Actores locales en territorio	47

Elaboración propia.

- **Grupos focales**

Se realizaron seis grupos focales presenciales en las parroquias de Miguel Egas Cabezas, San Rafael, Imantag, Lizarzaburu, Maldonado y Achupallas. La selección de territorios respondió a criterios relacionados con el nivel de implementación, la cobertura poblacional y la diversidad geográfica. La convocatoria fue abierta, procurando la inclusión de mujeres y hombres, con un enfoque de género y pertinencia cultural.

Inicialmente se planificó conformar grupos de entre 6 y 12 personas adultas, priorizando la participación de mujeres gestantes y cuidadores de niñas y niños menores de 60 meses[5]. En algunos casos, se presentaron variaciones en la asistencia debido a la coincidencia con otras actividades comunitarias o al incremento espontáneo de la participación por invitación entre pares. Durante los grupos focales se recogieron experiencias relacionadas con los CIPSN, las actividades educomunicacionales y percepciones sobre la vigilancia comunitaria, la calidad de los servicios de salud y el acceso al agua.

Cuadro N° 4: Organización de los grupos focales realizados, según parroquia, idioma, género y participantes

Provincia	Parroquia	Idioma	Género	Participantes
Imbabura	Miguel Egas Cabezas	Español	Solo mujeres	5
	San Rafael	Español	Mixto	6
	Imantag	Español	Mixto	12
Chimborazo	Lizarzaburu	Español	Solo mujeres	7
	Maldonado	Español	Mixto	7
	Achupallas	Español / Kichwa	Solo mujeres	17

Elaboración propia.

[5] Aunque la estrategia está dirigida a niñas y niños menores de 24 meses, se amplió el rango de edad hasta cinco años para incluir experiencias de madres usuarias en años anteriores, asegurando que los recuerdos sobre la estrategia sean aún recientes y confiables.

- ***Revisión documental***

Se realizó un análisis detallado de más de 300 documentos relevantes, producidos por UNICEF y sus socios implementadores, que incluyeron planes nacionales de desarrollo, estrategias intersectoriales, reportes técnicos y financieros, informes de socios implementadores, guías de implementación de los componentes de la estrategia territorial y actas de reuniones. Esta revisión permitió contextualizar los hallazgos, triangular información y complementar los vacíos de evidencia primaria. El detalle de esta revisión se presenta en el Anexo 7.

- **Método cuantitativo**

Para el análisis del criterio de impacto y efectividad se empleó un modelo econométrico de diferencias en diferencias (DiD), aplicado a registros administrativos de nacimientos, publicados anualmente por el Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC. Se estimó el efecto atribuible de la estrategia sobre variables clave asociadas a los determinantes inmediatos de la DCI, como bajo peso al nacer, talla al nacer, prematuridad y controles prenatales. El análisis comparó la evolución de estas variables entre parroquias intervenidas y no intervenidas, controlando por covariables sociodemográficas, bajo el supuesto de tendencias paralelas condicionales (Callaway & Sant'Anna, 2021). El ejercicio fue desarrollado por un consultor externo de UNICEF (Guzmán, 2025). Para mayor detalle metodológico, puede consultarse el Anexo 8.

Estrategia de muestreo y diversidad de perspectivas

Se seleccionaron actores clave con un conocimiento profundo sobre la implementación de la estrategia, a través de una estrategia de muestreo intencional. Esto garantizó la relevancia de las perspectivas obtenidas para los criterios de evaluación. En esta línea, se consideraron diferentes niveles de gestión (nacional, cantonal y parroquial) y sectores estratégicos (salud, protección, educación, agua y gobiernos locales), abarcando territorios con distintos grados de implementación. En los grupos focales, se priorizó la diversidad geográfica, lingüística (español/kichwa) y sociocultural, incorporando actores tradicionalmente subrepresentados, como mujeres indígenas y cuidadores rurales.

En aquellos casos donde no fue posible contar con perfiles específicos debido a la rotación institucional o restricciones logísticas, se procedió a reemplazarlos por individuos con funciones equivalentes, asegurando así la continuidad de la representatividad y la calidad de los datos recogidos. Este enfoque de muestreo no solo aseguró la pertinencia de la información, sino también la inclusión de diversas voces y contextos, lo que fortaleció la calidad de los hallazgos de la evaluación.

Métodos de análisis

Para cada criterio de evaluación, se elaboró una matriz que detalló las preguntas de evaluación, los criterios de evaluación, la formación de juicio, los indicadores propuestos, las fuentes de información y los métodos de recolección (ver Anexo 10).

Las preguntas de evaluación y sus respectivos indicadores fueron vinculados a las guías de entrevista adaptadas a los distintos tipos de actores y a las guías utilizadas en los grupos focales. Esta estructura permitió orientar la recolección de información de manera coherente y alineada con los objetivos evaluativos.

En las entrevistas, se elaboraron matrices por tipo de actor y organizadas territorialmente, lo que facilitó la comparación de respuestas de perfiles institucionales similares en distintos contextos. Para los grupos focales, se construyó una matriz única por territorio, lo que permitió sistematizar las experiencias y percepciones recogidas, ayudando a identificar patrones comunes y divergentes entre las comunidades.

La revisión documental complementó este proceso, enfocándose en el análisis contextual y en los criterios de pertinencia y eficiencia. Se sistematizó información clave, como los acuerdos registrados en las actas de las mesas intersectoriales y los datos financieros provenientes de autorizaciones y certificaciones de gasto, lo que permitió contrastar los compromisos institucionales y calcular los indicadores de ejecución financiera.

La teoría de cambio fue un componente clave en el diseño metodológico de la evaluación. Dado que la estrategia territorial no contaba con una teoría de cambio formalmente definida, se procedió a reconstruirla para guiar el análisis y estructurar el proceso evaluativo. Este proceso se llevó a cabo en dos fases. En la primera, se revisaron las fuentes documentales proporcionadas por UNICEF y se realizaron entrevistas con actores clave, lo que permitió identificar las actividades implementadas, los productos entregados y los resultados esperados. En la segunda fase, se utilizó un modelo explicativo desarrollado por Videnza Consultores, basado en la mejor evidencia disponible, para identificar los factores causales de la DCI.

La teoría de cambio reconstruida proporcionó un marco estructural claro que facilitó la conexión entre las actividades y productos de la estrategia y los resultados esperados, tanto inmediatos como intermedios. Además, permitió identificar los supuestos y riesgos que podrían haber influido en la implementación y los resultados obtenidos. De esta manera, la teoría de cambio sirvió como base sólida para interpretar los datos recogidos a través de las entrevistas, grupos focales y revisión documental, asegurando que los hallazgos fueran coherentes con los objetivos de la estrategia.

Finalmente, la triangulación se llevó a cabo por pregunta e indicador, comparando las respuestas de entrevistas, los hallazgos de los grupos focales y, cuando correspondía, la información documental y los resultados del análisis cuantitativo. Esta estrategia permitió validar los hallazgos, identificar inconsistencias y enriquecer la comprensión de los procesos y resultados evaluados. La triangulación se aplicó a múltiples niveles: entre fuentes cualitativas, cuantitativas y documentales; entre niveles de implementación (nacional, cantonal y parroquial); y entre tipos de actores (institucionales, técnicos de

UNICEF y usuarios), lo que fortaleció la validez interna del análisis y profundizó la interpretación de la evaluación.

Establecimiento de relaciones causales

La evaluación combinó métodos cuantitativos y cualitativos para identificar cambios observados en los resultados esperados y establecer relaciones causales plausibles con la estrategia implementada, tomando como base la teoría de cambio, que define los vínculos entre actividades, productos, resultados intermedios e impacto final en la reducción de la DCI.

El análisis cuantitativo, mediante un modelo de diferencias en diferencias, permitió estimar el efecto atribuible de la estrategia sobre indicadores clave como bajo peso al nacer, prematuridad, talla al nacer y número de controles prenatales. Al comparar parroquias intervenidas y no intervenidas, y controlar por características sociodemográficas, fue posible aislar el impacto de la intervención más allá de las tendencias generales.

El análisis cualitativo, a partir de entrevistas, grupos focales y documentos, permitió identificar los mecanismos que facilitaron o limitaron los cambios observados, considerando factores institucionales, comunitarios y territoriales. La triangulación de ambos enfoques contribuyó a interpretar la heterogeneidad de los impactos, vinculando diferencias de resultados con aspectos como la calidad de la coordinación, la continuidad del personal, la apropiación local y la participación comunitaria.

Enfoque innovador

La evaluación adoptó enfoques innovadores para optimizar la recolección y análisis de datos. Un aspecto clave fue el procesamiento automatizado de los 28 reportes de autorización de financiamiento y certificados de gasto almacenados en SharePoint, originalmente en formato PDF. Se aplicaron técnicas de machine learning, específicamente algoritmos de extracción de datos que permitieron identificar y estructurar automáticamente la información numérica de los documentos en hojas de Excel. Este proceso automatizado redujo la necesidad de intervención manual y mejoró la precisión en la extracción de datos clave relacionados con presupuestos y ejecuciones. Además, la creación de hojas de Excel organizadas por perfil de actor permitió sistematizar y comparar las respuestas de manera ordenada, mejorando la calidad del análisis y asegurando que la información estuviera accesible y bien estructurada.

4.3 Limitaciones y medidas de mitigación

La evaluación presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los hallazgos, agrupadas en función de su alcance transversal, cualitativo y cuantitativo, así como las medidas de mitigación correspondientes.

Cuadro N° 5: Matriz de limitaciones y medidas de mitigación

Alcance	Limitación	Descripción	Acción de mitigación
Transversal	Dificultad para diferenciar aportes en territorios con intervenciones múltiples	Algunas parroquias evaluadas también fueron priorizadas por estrategias nacionales como la ENECSDI y el PELDI. Esta convergencia responde a una decisión estratégica orientada a la complementariedad institucional. Sin embargo, puede generar sesgos en la evaluación, dado que los actores locales tienden a percibir los esfuerzos como un conjunto integrado. Además, el mayor acompañamiento institucional podría haber influido en los registros administrativos y en la percepción de mejoras.	Se incluyeron preguntas diferenciadas en las entrevistas para identificar las acciones específicas atribuibles a UNICEF y sus socios implementadores. Esta información fue triangulada con documentos de gestión, cuando estuvieron disponibles.
Cuantitativo	Ausencia de datos consolidados de cobertura de titulares de derechos	Los registros administrativos de los socios implementadores priorizan información operativa de la estrategia (por ejemplo, número de centros implementados, comunidades intervenidas, o vigilantes capacitados), pero no reportan de forma sistemática la cantidad de mujeres gestantes, niñas y niños efectivamente atendidos. Las diferencias en unidades de análisis, periodos de reporte y ausencia de registros nominales impiden estimar la cobertura poblacional efectiva.	Se documentó esta limitación en el diseño metodológico, delimitando que la evaluación no incluye estimaciones de cobertura desagregada de titulares de derechos.
Cualitativo	Implementación discontinua en Imbabura	En algunas parroquias de Imbabura, las actividades finalizaron en 2019, lo que afectó la capacidad de los actores locales para recordar detalles específicos sobre su ejecución. Esto puede impactar en la calidad, precisión y profundidad de las respuestas obtenidas.	Se priorizó entrevistar a personas que participaron directamente durante el periodo de implementación, y se utilizaron guías con hitos relevantes para facilitar la rememoración.

Alcance	Limitación	Descripción	Acción de mitigación
	Disponibilidad de actores	El contexto electoral de las elecciones presidenciales redujo la participación de autoridades locales, sobre todo del MINEDUC en Chimborazo.	Se reprogramaron entrevistas en la medida de lo posible y se complementó la recolección de información con los reportes de los socios implementadores para mitigar vacíos de información.
	Participación en los grupos focales	La cantidad de participantes en algunos grupos focales fue inferior o superior a la prevista (6 a 12 personas). En ciertos casos, se contó con menos de 6 participantes, lo que pudo haber limitado la diversidad de opiniones. En otros, hubo más de 12 participantes, lo que dificultó una dinámica de discusión más fluida y equitativa entre los miembros.	Se adaptaron los grupos focales para asegurar la calidad de la información. En los casos con más de 12 participantes, se asignaron dos moderadores para asegurar una dinámica equilibrada. En aquellos con menos de 6 participantes, se implementaron medidas para garantizar la diversidad de opiniones, incluyendo la convocatoria de participantes adicionales cuando fue posible.

Elaboración propia.

4.4 Consideraciones éticas

Las entrevistas semiestructuradas y los grupos focales se realizaron con fines exclusivamente de investigación. A continuación, se detallan las medidas adoptadas para garantizar su desarrollo ético.

- **Consentimiento informado, voluntariedad y derechos de los participantes**

Todos los participantes fueron debidamente informados sobre la naturaleza, los objetivos y el alcance de la evaluación. Se enfatizó que su participación era completamente voluntaria, y que podían retirarse en cualquier momento sin consecuencias negativas. Además, se aseguró la comprensión plena de estos aspectos mediante la firma del consentimiento informado. En casos necesarios se brindó la explicación en kichwa para garantizar la comprensión del uso exclusivo de la información para fines del proyecto.

- **Revisión ética externa y cumplimiento de principios éticos, conflictos de interés y capacitaciones éticos**

El estudio fue revisado y aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de Prisma[6], lo que garantizó la protección adecuada de todos los sujetos humanos involucrados. Asimismo, la evaluación se desarrolló en cumplimiento con los principios éticos establecidos por el Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas (UNEG, 2020) y por UNICEF (2021), incorporando de forma activa los valores de respeto, beneficencia, integridad, rendición de cuentas y justicia.

Además, el equipo evaluador asumió las obligaciones propias del ejercicio profesional conforme a los estándares del sistema de Naciones Unidas, asegurando en todo momento la independencia, imparcialidad y credibilidad del proceso evaluativo, así como la identificación y prevención de conflictos de interés. Estas obligaciones fueron reforzadas a través de la formación ética recibida por todo el equipo en investigación responsable, a partir de la formación ética de investigación[7] otorgada por el *The Global Health Network* y en conducta responsable en investigación, certificada por el Centro Andino de Investigación y Entrenamiento en Informática para la Salud Global.

Cuadro N° 6: Acciones implementadas según principios éticos

Principios UNICEF (2021) y UNEG (2020)	Acciones del proyecto de evaluación
Respeto	- Implementación de consentimientos informados orales o escritos. - Inclusión activa de actores clave locales, como representantes comunitarios y autoridades locales, para fomentar la apropiación del proceso evaluativo
Beneficencia	- Identificación y mitigación de riesgos potenciales para participantes vulnerables mediante protocolos específicos (ej. anonimización de datos sensibles).
Integridad	- Garantía de confidencialidad y uso exclusivo de datos para fines evaluativos, alineados con normativas internacionales de protección de datos. - Inclusión de revisión ética externa independiente para validar el diseño y ejecución de las actividades de campo. - Capacitación específica en principios éticos y sensibilidad cultural para todo el equipo de campo antes de las actividades en territorio.
Rendición de cuentas/responsabilidad	- Presentación de resultados en formatos accesibles para garantizar la devolución de hallazgos a las comunidades involucradas.

[6] Prisma es una ONG con un comité ético independiente y multidisciplinario, registrado en la OHRP (IORG0001304, IRB00001733) y con garantía federal FWA00001219, que vela por la protección de los derechos y el bienestar de los participantes en investigaciones.
[7] La formación en línea de ética de investigación abarca módulos dedicados a la inclusión de poblaciones vulnerables, con un enfoque especial en mujeres y personas con discapacidad.

Principios UNICEF (2021) y UNEG (2020)	Acciones del proyecto de evaluación
Justicia	- Diseño de metodologías inclusivas que aseguren representación equitativa de voces, priorizando la participación de grupos vulnerables (mujeres, indígenas, etc.). - Distribución proporcional de recursos y tiempo en todas las parroquias priorizadas, asegurando que ninguna quede excluida del proceso evaluativo.

Elaboración propia.

- **Protección de la privacidad y provisión de espacios de cuidado infantil en los grupos focales**

En los grupos focales, se protegió la identidad de los participantes mediante un proceso de anonimización de datos personales para impedir su identificación. Asimismo, se habilitaron espacios para el cuidado de los hijos de las madres participantes, con el fin de garantizar su comodidad y seguridad durante los grupos focales.

5. Teoría de cambio

La teoría del cambio es una representación de las actividades que, mediante la provisión de productos, generan una secuencia de resultados orientados a alcanzar impactos finales en la población objetivo (Rogers, 2014). En esta sección, se reconstruye la teoría de cambio de la "Estrategia territorial de prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil de UNICEF en Imbabura y Chimborazo durante el período 2015-2024", con el propósito de analizar su diseño y proponer mejoras en su implementación.

Dado que la estrategia no contaba con una teoría de cambio definida, el proceso para su elaboración se estructuró en tres fases. En la **primera fase**, se realizó una revisión documental de los documentos proporcionadas por UNICEF y entrevistas con actores clave. Este análisis permitió:

- Identificar las actividades específicas implementadas en el marco de la estrategia.
- Definir los productos entregados por cada componente de la estrategia *(¿qué se entrega?*), así como la población usuaria (*¿a quién se entrega?)*
- Formular los resultados esperados de la estrategia, tanto inmediatos como intermedios *(¿qué cambia?).*
- Vincular los productos entregados como parte de la estrategia con los resultados que se espera lograr mediante la provisión de estos productos.

En el siguiente cuadro se detallan los productos y resultados de la estrategia territorial que se identificaron en esta primera fase.

Cuadro N° 7: Productos y resultados formulados para definir la contribución de la estrategia territorial en la prevención y reducción de la DCI

Actividad	¿Qué se entrega?	Producto	Resultado inmediato	Resultado intermedio
MIP	- Entrega de herramientas para el funcionamiento de las mesas. - Acompañamiento técnico durante el desarrollo de las sesiones.	Actores clave[8] con herramientas para una adecuada coordinación y articulación local	Incrementar la coordinación y articulación local entre los actores clave para la atención de gestantes, niñas y niños menores de 24 meses	- Incrementar las coordinaciones entre las mesas parroquiales y cantonales - Incrementar la eficacia y eficiencia en la entrega de los servicios del paquete priorizado para las gestantes, niñas y niños menores de 24 meses
CIPSN	- Entrega de insumos para la adecuación intercultural de las casas comunitarias. - Identificación de comunidades cuyas casas comunales se iban a adecuar	- Centros interculturales con herramientas e insumos para brindar consejerías y charlas a gestantes y madres menores de 24 meses - Gestantes, madres y cuidadores de niñas y niños menores de 24 meses con conocimientos sobre el oportuno uso de los servicios de salud	Incrementar los conocimientos de las gestantes, madres y cuidadores de niñas y niños menores de 24 meses sobre el uso oportuno de los servicios de salud y las prácticas adecuadas de cuidado y alimentación	- Incrementar el uso oportuno de los servicios de salud de las gestantes, niñas y niños menores de 24 meses[9] - Incrementar la adopción de prácticas adecuadas de cuidado y alimentación de las gestantes, madres y cuidadores de niñas y niños menores de 24 meses

[8] Los actores clave incluyen a representantes de GAD parroquiales y cantonales, funcionarios del MSP, MIES, MINEDUC y MAG, así como cabildos, vigilantes comunitarios, juntas de agua y organizaciones sociales.
[9] El incremento en el uso oportuno de los servicios de salud hace referencia al aumento en la demanda de atención médica en el momento adecuado para prevenir, diagnosticar o tratar la DCI y sus factores de riesgo en gestantes, niñas y niños menores de 24 meses.

Actividad	¿Qué se entrega?	Producto	Resultado inmediato	Resultado intermedio
		y adecuadas prácticas de cuidado y alimentación		
Estrategias locales de cambio social y de comportamiento	- Diagnóstico de necesidades de cambio de comportamiento en la población objetivo (gestantes y cuidadores de niñas y niños menores de 2 años). - Diseño e implementación de estrategias locales basadas en C4D para promover prácticas saludables.	Gestantes, madres y cuidadores de niñas y niños menores de 24 meses con conocimientos sobre el oportuno uso de los servicios de salud y adecuadas prácticas de cuidado y alimentación	Incrementar los conocimientos de las gestantes, madres y cuidadores de niñas y niños menores de 24 meses sobre el uso oportuno de los servicios de salud y las prácticas adecuadas de cuidado y alimentación	- Incrementar el uso oportuno de los servicios de salud de las gestantes, niñas y niños menores de 24 meses - Incrementar la adopción de prácticas adecuadas de cuidado y alimentación de las gestantes, madres y cuidadores de niñas y niños menores de 24 meses
Modelo de vigilancia epidemiológica de base comunitaria	- Convocatoria de vigilantes comunitarios. - Formación de las capacidades de los vigilantes comunitarios. - Diseño y entrega de herramientas para implementar el modelo de vigilancia y generar alertas oportunas.	Centros de salud con información oportuna sobre el nivel de riesgo de DCI de las gestantes, niñas y niños menores de 24 meses	Incrementar el número de atenciones a las gestantes, niñas y niños menores de 24 meses con algún factor de riesgo	Incrementar el uso oportuno de los servicios de salud de las gestantes, niñas y niños menores de 24 meses[10]
Ciclos de mejora continua	- Diseño y entrega de herramientas para la elaboración e implementación de planes de	- Personal de salud con capacidades para la elaboración e	- Incrementar la calidad de la provisión del paquete	Incrementar la eficacia y eficiencia en la entrega de los servicios del paquete priorizado para las gestantes,

[10] Ídem.

Actividad	¿Qué se entrega?	Producto	Resultado inmediato	Resultado intermedio
	mejora continua orientados a la calidad de atención en el paquete priorizado. - Acompañamiento técnico y fortalecimiento de capacidades de los equipos de mejora en los centros de salud. - Coordinación con el MSP para la conformación y activación de Equipos de Mejora Continua.	implementación de planes de mejora - Centros de salud con procesos establecidos para la identificación oportuna de cuellos de botella y elaboración de planes de mejora	priorizado a la población objetivo - Incrementar la disponibilidad de insumos críticos para la mejora de servicios del paquete priorizado	niñas y niños menores de 24 meses[11]
Fortalecimiento de las juntas de agua	- Entrega de herramientas e insumos para optimizar el funcionamiento de los sistemas de agua. - Acompañamiento técnico y fortalecimiento organizacional de las juntas de agua para mejorar su gestión y operación.	Juntas de agua capacitadas con herramientas e insumos para el adecuado uso de los sistemas de agua	Incrementar las condiciones adecuadas de los sistemas de agua	Incrementar el acceso a agua segura en los hogares con gestantes y niñas y niños menores de 24 meses

Elaboración propia.

[11] El incremento en la eficacia y eficiencia en la entrega de los servicios del paquete priorizado hace referencia a la mejora en la oferta de los servicios de salud, donde los establecimientos de salud optimizan sus recursos y capacidades para brindar una atención oportuna y de calidad a gestantes. Niñas y niños menores de 24 meses.

En la **segunda fase** para la reconstrucción de la teoría de cambio, se utilizó como referencia el diseño del "Programa presupuestario con enfoque de resultados para la reducción de la desnutrición crónica infantil de Ecuador". Este se formuló en el marco de un modelo explicativo basado en la mejor evidencia disponible, identificando factores causales directos e indirectos de la DCI en niñas y niños menores de 60 meses. El cuadro a continuación presenta la formulación de dichos resultados.

Cuadro N° 8: Formulación de resultados para la prevención y reducción de la DCI

Tipo de resultado	Factor	Resultado (qué cambia y en quiénes)
Inmediatos	Entorno doméstico saludable	Incrementar las condiciones saludables del entorno doméstico de los hogares con niñas y niños menores de 24 meses
	Condiciones de la madre	Incrementar las condiciones adecuadas de salud física y mental, el estado nutricional y el estilo de vida de las madres desde la gestación hasta los 24 meses postparto
Intermedios	Enfermedades	Reducir las enfermedades infecciosas e inmunoprevenibles en niñas y niños menores de 24 meses
	Prácticas adecuadas de cuidado y alimentación[12]	Incrementar la adopción de prácticas de atención y alimentación saludables en madres de niñas y niños con menores de 24 meses
	Características del recién nacido sano para la edad	Incrementar los nacimientos a término y con peso adecuado
Final	Desnutrición crónica	Reducir la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 60 meses

Elaboración propia.

Los productos formulados para la prevención y reducción de la DCI tienen como objetivo garantizar el acceso integral a servicios esenciales en salud, nutrición, agua y saneamiento, y consejería familiar, entre otros. Están orientados a responder de manera específica a las necesidades de gestantes, niñas y niños menores de dos años. Entre ellos se incluyen: esquemas de vacunación completos, condiciones habitacionales salubres, acceso a agua segura y saneamiento adecuado en zonas urbanas y rurales, controles del niño sano, consejería en prácticas de cuidado y nutrición, controles prenatales integrales y transferencias monetarias condicionadas al uso efectivo de estos servicios. En conjunto, conforman una respuesta articulada para mejorar la cobertura, calidad y equidad en la atención, reduciendo brechas estructurales que afectan a los hogares en situación de mayor vulnerabilidad.

Finalmente, en la **tercera fase**, se definió la contribución de los resultados de la estrategia territorial a los productos priorizados en el marco de la estrategia nacional PPoR para la prevención y reducción de la DCI. La estrategia territorial fortaleció la línea

[12] Las prácticas de cuidado y alimentación incluyen: (i) lactancia materna exclusiva, (ii) lactancia materna continua, (iii) alimentación complementaria y (iv) prácticas de higiene.

de producción y cobertura de estos productos a partir del logro de sus resultados intermedios. Por ejemplo, las MIP y los ciclos de mejora continua, cuyo resultado intermedio es mejorar la eficiencia y eficacia de los servicios de salud, contribuyen a optimizar la oferta de servicios clave como el control prenatal, el control del niño sano y el esquema de vacunación. De forma complementaria, los CIPSN, la vigilancia comunitaria y la estrategia educomunicacional, orientados a incrementar el uso oportuno de los servicios y la adopción de prácticas adecuadas de cuidado, fortalecieron la demanda por dichos servicios. Al mismo tiempo, el componente de fortalecimiento de las juntas de agua promovió mejoras en la gestión comunitaria del recurso hídrico, facilitando una mayor disponibilidad de agua segura a nivel local.

La reconstrucción gráfica de la teoría de cambio, presentada en el Anexo 9, ilustra esta articulación. En el lado izquierdo del diagrama se representan los productos y resultados de la estrategia territorial, mientras que en el derecho se ubican los productos priorizados por el PPoR y sus resultados esperados. La ilustración muestra cómo los resultados intermedios de la estrategia operan como palancas que fortalecen la cobertura, calidad y oportunidad de los servicios incluidos en el paquete priorizado, contribuyendo así al logro de los objetivos nacionales de reducción de la DCI.

6. Hallazgos

La presente sección expone los principales resultados de la evaluación, organizados en función de los criterios y preguntas de evaluación[13].

6.1 Pertinencia

El criterio de pertinencia evalúa el grado en que los objetivos y el diseño de una intervención responden a las necesidades y prioridades de la población objetivo, asegurando que estas sigan siendo relevantes ante posibles cambios en el contexto (OECD, 2021). A continuación, se detallan los hallazgos para cada pregunta de evaluación de este criterio.

¿En qué medida la estrategia implementada en las parroquias priorizadas en Imbabura, Pichincha y Chimborazo logró responder a las necesidades y oportunidades en esos territorios, a la heterogeneidad entre ellos y a los cambios a través del tiempo? ¿En qué medida la estrategia responde hoy a las necesidades actuales?

La estrategia territorial presenta un grado de pertinencia **medio** en su diseño e implementación. En cuanto al **diseño**, carece de una teoría de cambio explícita, herramienta fundamental para estructurar una intervención basada en evidencia científica y orientada a resultados. La falta de este marco limitó la posibilidad de definir con claridad los resultados esperados, los mecanismos de cambio y las relaciones causales entre las acciones emprendidas y los factores estructurales de la DCI. A pesar de ello, el diseño incorporó actividades relevantes que abordan los determinantes de la DCI, aunque de manera fragmentada y sin una lógica completamente articulada.

En primer lugar, los **acuerdos alcanzados en las MIP** mostraron una alta correspondencia con los factores causales de la DCI y con las necesidades del territorio. Entre las acciones acordadas destacan el fortalecimiento del control prenatal y el seguimiento de gestantes, mediante la identificación y derivación oportuna de embarazos no registrados, la organización de brigadas médicas en zonas de difícil acceso y el monitoreo de casos de bajo peso al nacer. Asimismo, se registraron acuerdos orientados a la realización de talleres sobre alimentación complementaria, prácticas de lactancia, higiene y cuidados básicos de salud infantil, en articulación con los servicios de salud. También se promovieron acciones interinstitucionales dirigidas a la prevención del embarazo adolescente, principalmente mediante la coordinación con el sector educativo. Paralelamente, se establecieron mecanismos de seguimiento periódico a los compromisos asumidos. Si bien el abordaje de factores estructurales, como las condiciones de vivienda, no fue sustantivo en los acuerdos registrados en

[13] Como se mencionó previamente, para cada uno de estos criterios, se elaboró una matriz que incluye las preguntas de evaluación, los indicadores propuestos, las fuentes de información y los métodos de recolección utilizados (ver Anexo 10). En el Anexo 11, se presenta una justificación detallada de los cambios realizados en los indicadores originalmente planteados en el inception report.

Chimborazo, en Imbabura se observó una mayor participación de las juntas de agua en las MIP, así como su articulación con el sector salud y otras organizaciones para fortalecer la gestión comunitaria del agua y su integración en acciones de prevención.

Por otro lado, también se acordaron acciones como la entrega de plántulas para huertos familiares, cuya pertinencia es limitada si no se aseguran condiciones clave. Aunque pueden mejorar la disponibilidad de alimentos, su contribución a la nutrición infantil requiere garantizar diversidad alimentaria, frecuencia y densidad calórica adecuadas según la edad[14] (Dewey & Adu-Afarwuah, 2008), aspectos que no se logran solo con la entrega de insumos. Además, si se quieren promover negocios familiares, experiencias como Haku Wiñay en Perú evidencian que el desarrollo de negocios familiares sostenibles requiere asistencia técnica continua y una implementación prolongada (Escobal & Ponce, 2016), elementos ausentes en esta intervención. Por tanto, esta acción no se vincula directamente con los resultados nutricionales infantiles ni con los factores estructurales que los condicionan.

En segundo lugar, los **contenidos abordados en los talleres desarrollados en los CIPSN** presentan una alta alineación temática con los determinantes de la DCI vinculados a las prácticas de cuidado y alimentación. De manera sistemática, se trabajaron aspectos como la lactancia materna (tanto exclusiva como continua), la alimentación complementaria, las prácticas de higiene, incluyendo el lavado de manos, y la nutrición materna, a través de la promoción de la suplementación con hierro y ácido fólico y el seguimiento de la ganancia de peso durante la gestación. Asimismo, se promovió la asistencia regular a los controles de crecimiento y desarrollo y citas de vacunación, fortaleciendo así la vinculación de las familias con los servicios de salud. En muchos casos, se logró una coordinación efectiva entre el MSP, el MIES y líderes comunitarios, lo que facilitó la participación de gestantes y madres de niños pequeños. Sin embargo, desde el diseño no se consideraron de forma suficiente barreras estructurales como la dispersión geográfica, la pobreza o la falta de transporte. Las casas comunales que fueron habilitadas como CIPSN se ubicaron en comunidades específicas, sin una selección basada en criterios territoriales sistematizados, lo que dificultó el acceso para muchas familias dentro de las parroquias.

En tercer lugar, el componente de **vigilancia comunitaria** aportó en la detección temprana de embarazos no registrados, controles prenatales incumplidos y factores de riesgo en niños menores de dos años, incluyendo presencia de signos de enfermedad, bajo peso o problemas de lactancia y vacunación. La vigilancia comunitaria permitió alertar de manera oportuna al personal de salud sobre casos identificados en territorio, lo que favoreció la articulación con los servicios extramurales. No obstante, su diseño presentó limitaciones para su uso en territorio: se identificaron dificultades de lectura en adultos mayores o población con bajo nivel educativo, así como la ausencia de

[14] Una adecuada alimentación complementaria debe cumplir con los siguientes criterios: inicio oportuno, diversidad alimentaria, frecuencia y densidad calórica (Dewey & Adu-Afarwuah, 2008).

versiones en kichwa para comunidades indígenas. Así, aunque el contenido temático de las fichas era pertinente, no se adecuó suficientemente a las condiciones operativas y socioculturales del contexto.

En cuarto lugar, los **mensajes clave de las campañas educomunicacionales** diseñadas en el marco de la estrategia mostraron una alta alineación con los determinantes de la DCI, abordando temas como el control prenatal, la lactancia, la alimentación complementaria, la higiene, la vacunación y los cuidados infantiles. Como parte del diseño de estos planes, los socios implementadores reportaron la realización de grupos focales que permitieron sistematizar percepciones culturales sobre alimentación, salud y suplementación; así como identificar barreras para el uso de servicios, entre ellas el rechazo al suplemento nutricional Chispas.

El Cuadro N° 9 sintetiza la correspondencia entre los factores causales de la DCI y los componentes implementados, según el nivel de abordaje alcanzado. En los casos en que una actividad haya considerado acciones orientadas al control prenatal, se entiende que ha abarcado tanto el seguimiento del embarazo como aspectos específicos relacionados con la suplementación de hierro y ácido fólico, el control de peso materno, el adecuado peso al nacer, el nacimiento a término y el tamaño para la edad gestacional, en tanto forman parte del paquete de intervenciones monitoreadas durante los controles de salud materna. De manera similar, las actividades vinculadas al control de crecimiento, desarrollo y vacunación han incluido acciones preventivas frente a enfermedades diarreicas y respiratorias, considerando su estrecha asociación con estas condiciones.

En el caso de los CIPSN y las campañas educomunicacionales, los factores relacionados con las condiciones de vivienda no han sido considerados en el análisis, dado que, por su diseño, estos componentes no tienen incidencia sobre dichos factores. En el caso de la vigilancia comunitaria, se ha considerado su capacidad de detección de condiciones del entorno mediante las fichas de riesgo, aunque sin posibilidad de intervención directa sobre estos aspectos. En cambio, las MIP, por su carácter intersectorial, constituyen el único componente con potencial para incidir sobre los determinantes estructurales.

Leyenda:
●●● = Cobertura sistemática y directa
●● = Cobertura parcial o indirecta
● = Cobertura puntual o insuficiente
○ = No abordado

Cuadro N° 9: Correspondencia entre los factores causales de la DCI y los componentes de la estrategia territorial

Tipo de resultado	Resultado	Factores causales asociados	MIP	CIPSN	VC	CE
Inmediato	Incrementar la adopción de prácticas de atención y alimentación saludables en madres de niñas y niños menores de 24 meses	Alimentación complementaria adecuada	●●	●●●	○	●●
		Lactancia materna exclusiva y continua	●●	●●●	●●●	●●
		Lavado de manos	●	●●●	○	●●
		Purificación del agua	○	●●●	○	○
	Incrementar las condiciones saludables del entorno doméstico de los hogares con niñas y niños menores de 24 meses	Acceso a agua segura	●●		●●●	
		Acceso a adecuado sistema de saneamiento	●●		●●●	
		Presencia de piso adecuado	○		○	
		Reducida exposición al humo de biomasa	○		○	
	Incrementar las condiciones adecuadas de salud física y mental, el estado nutricional y el estilo de vida de las madres (desde la gestación hasta los 24 meses postparto)	Alcoholismo, tabaquismo y consumo de drogas	○	○	●●●	○
		Ansiedad, depresión y estrés	○	○	○	○
		Hipertensión	○	○	○	○
		Obesidad	○	○	○	○
		Diabetes	○	○	○	○
		Ganancia de peso inadecuada	●●	●●	○	○
		Nivel inadecuado de ácido fólico y hierro	●●	●●	●●●	○
		Espaciamiento intergenésico inadecuado	○	○	○	○
		Infección por VIH, del tracto urinario e infecciones de transmisión sexual	○	○	○	○
Intermedio	Reducir las enfermedades infecciosas e inmunoprevenibles en niñas y niños menores de 24 meses	Enfermedad diarreica agua	●●	●●	●●●	○
		Infección respiratoria aguda	●●	●●	●●●	○
		Enteropatía ambiental	○	○	○	○
	Incrementar los nacimientos a término y con peso adecuado	Adecuado peso al nacer	●●	●●	●●●	●●
		Nacimiento a término	●●	●●	●●●	●●
		Adecuado tamaño para la edad gestacional	●●	●●	●●●	●●

Nota: VC (vigilancia comunitaria) y CE (campañas educomunicacionales).

Elaboración propia.

Además, el diseño de la estrategia incorporó de forma transversal el enfoque de los primeros 1000 días de vida, reconocido por la literatura como una ventana crítica para evitar daños irreversibles en el desarrollo cognitivo y físico de los niños (Measelle, A., Fong, Soulalay, & Nijssen-Jordan, 2016). Este enfoque estuvo presente en múltiples actividades: las MIP priorizaron el paquete de atención integral para menores de dos años; en los CIPSN se desarrollaron talleres dirigidos a gestantes y madres, con énfasis en prácticas de cuidado desde el embarazo; la vigilancia comunitaria enfocó su labor en la identificación temprana de riesgos; los ciclos de mejora continua reforzaron la atención en el primer nivel de salud; y las campañas educomunicacionales fueron diseñadas con contenidos centrados en este periodo clave.

Asimismo, un factor clave en el diseño es la necesidad de equilibrar adecuadamente los enfoques centrados en la oferta y en la demanda. Si bien la intervención abordó ambos frentes —fortaleciendo la articulación interinstitucional, mejorando la provisión de servicios de salud y las capacidades de las juntas de agua por el lado de la oferta, y promoviendo prácticas de cuidado y alimentación desde la demanda—, esta última dimensión mostró ciertas limitaciones. En particular, no se incorporó un enfoque basado en la valoración de utilidad percibida por la comunidad respecto a los servicios ofrecidos. Este elemento es fundamental para incentivar una demanda sostenida (Bouguen, Filmer, Macours, & Naudeau, 2013), especialmente en contextos rurales con población indígena, donde las prácticas tradicionales pueden entrar en conflicto con los servicios promovidos por el Estado. Como mencionó un miembro de una junta de agua, "*los* [miembros de la comunidad] *que tienen 70 a 75 años* [...] *están en contra de la cloración del agua*", lo que evidencia la necesidad de estrategias más sensibles al contexto cultural y a las percepciones comunitarias sobre la utilidad de la estrategia.

En cuanto a la **implementación**, la estrategia permitió operacionalizar la priorización de niñas y niños menores de 24 meses a través de mecanismos articulados. Por un lado, las MIP facilitaron la coordinación entre el personal de salud y los programas sociales del MIES, como los Centros de Desarrollo Infantil (CDI) y el programa Creciendo con Nuestros Hijos (CNH), fortaleciendo el seguimiento nominal del paquete priorizado. Por otro lado, la vigilancia comunitaria desempeñó un rol central al identificar a gestantes, nacimientos y nuevos casos, y su notificación oportuna al personal de salud para su pronta incorporación al sistema, sobre todo en áreas rurales. En ámbitos urbanos, los vigilantes acompañaron a los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS), ampliando la cobertura hacia hogares y niños no registrados formalmente en los establecimientos de salud. Estas acciones, en conjunto, aseguraron que las intervenciones no se limitaran a la población usuaria habitual de los servicios de salud, sino que también alcanzaran a quienes enfrentaban barreras de acceso geográfico, cultural o administrativo.

Asimismo, la estrategia demostró márgenes de flexibilidad para adaptarse a contextos territoriales diversos y cambiantes. En aquellos territorios con compromiso institucional sostenido, se promovieron ajustes que resultaron funcionales para mejorar la

implementación: el traslado de talleres de los CIPSN a espacios comunitarios más accesibles; la incorporación de líderes barriales para reforzar la convocatoria de vigilantes ante baja participación; y la sustitución del uso sistemático de fichas impresas —limitado por barreras de diseño, alfabetización o idioma— por notificaciones directas mediante llamadas o mensajes de WhatsApp. Este último mecanismo fue el más ampliamente adoptado y mostró ser efectivo en la mayoría de los territorios, excepto en zonas con alta dispersión geográfica y escasa conectividad, como Tixán. Del mismo modo, algunas MIP adaptaron su frecuencia de reunión de mensual a trimestral, lo cual permitió sostener la articulación interinstitucional en contextos donde la carga operativa o la disponibilidad institucional era limitada. Aunque estos mecanismos no fueron implementados de manera uniforme en todos los territorios, su identificación y uso local reflejan una capacidad de ajuste contextual que contribuyó al funcionamiento de la estrategia.

Sin embargo, esta capacidad de adaptación no fue homogénea. En contextos de mayor fragilidad institucional, marcados por la rotación constante de personal del MSP, la falta de procesos de transición institucional entre administraciones de los GAD parroquiales y la ausencia de actores previamente capacitados, la continuidad de las actividades se vio significativamente comprometida. La desvinculación del acompañamiento técnico de UNICEF representó, en varios casos, un punto de quiebre. Se reportaron reducciones en la articulación entre actores, pérdida de seguimiento a los acuerdos, y debilitamiento de procesos como las MIP y los CIPSN. Como se recogió en las entrevistas:

> *"con los cambios en el GAD y la salida de UNICEF, la mesa se fue apagando [...] antes había seguimiento, ahora ya no se sabe si se cumplieron los acuerdos"* (presidente de GAD parroquial)

Finalmente, al analizar qué actividades lograron sostenerse en escenarios adversos, destaca la vigilancia comunitaria como el componente más resiliente, probablemente debido a su apropiación local, su flexibilidad operativa[15] y su posterior incorporación en la estrategia nacional para la prevención y reducción de la DCI. También se identificaron experiencias de continuidad parcial en las MIP, los CIPSN y en procesos de articulación con líderes comunitarios, particularmente cuando estos habían alcanzado un mayor grado de institucionalización y reconocimiento por parte de la población. En síntesis, las

[15] La mayor flexibilidad operativa de la vigilancia comunitaria se evidenció en la forma en que fue adaptada en territorio. Aunque en el diseño se contemplaba el uso de fichas físicas para el registro de riesgos, en algunas parroquias los vigilantes optaron por notificar los casos directamente por llamada o WhatsApp, evitando el llenado de formularios que consideraban engorrosos y que, en algunos casos, generaban desconfianza en la comunidad por la solicitud de datos personales. Además, si bien la convocatoria para ser vigilante era abierta, en varios casos se priorizó a líderes barriales o parteras reconocidas por la comunidad, lo que facilitó la aceptación y el acceso a los hogares. En zonas urbanas, el rol del vigilante también se adaptó: en lugar de reportar casos, su función principal fue acompañar al personal de salud —particularmente a los EAIS— en visitas domiciliarias, lo que ayudó a generar confianza en contextos donde la población suele mostrarse reticente a recibir atención.

actividades que permanecieron activas en contextos desafiantes fueron aquellas que combinaron pertinencia temática, aceptación comunitaria y capacidad de adaptación operativa —factores que, según Scheirer y Dearing (2011), son clave para la sostenibilidad y efectividad de las intervenciones.

Un factor clave que afectó la pertinencia de la estrategia fue la implementación desigual de sus componentes en los territorios, especialmente en las parroquias de Imbabura y Pichincha (ver Ilustración N° 8). Esta cobertura parcial se debió a la incorporación paulatina de las actividades, que fueron diseñadas e integradas a lo largo del tiempo. Esta forma de implementación respondió también a la ausencia de una teoría de cambio claramente formulada desde el inicio, lo que dificultó la articulación lógica entre los distintos componentes. Como consecuencia, en varios territorios se ejecutaron únicamente algunos elementos de la estrategia, sin lograr una intervención integral adaptada a las necesidades y condiciones específicas de cada contexto.

En síntesis, la estrategia territorial mostró una pertinencia media: incorporó acciones relevantes frente a la DCI, pero sin una teoría de cambio explícita ni una implementación integral en todos los territorios. Si bien respondió a la mayoría de los factores causales de la DCI, su adecuación fue más efectiva en contextos con mayor compromiso institucional. Actualmente, la vigilancia comunitaria es el componente más sostenido, mientras que otros presentan una continuidad variable, influenciada por la rotación de personal, la salida del apoyo técnico y el nivel de apropiación alcanzado.

¿En qué medida la estrategia se alinea con los enfoques de género, derechos humanos e inclusividad en su diseño y ejecución?

La estrategia territorial muestra un **avance inicial** en la incorporación de los enfoques de género, derechos humanos e inclusividad, evidenciando una intención clara de orientar las intervenciones hacia poblaciones vulnerables. No obstante, se identifican oportunidades de mejora para fortalecer su transversalización y asegurar una implementación más sistemática y equitativa en todos los componentes.

Desde la perspectiva de género, si bien los documentos estratégicos hacen referencia al enfoque, existe margen para profundizar su incorporación mediante evaluaciones específicas sobre brechas vinculadas a la DCI, así como lineamientos operativos que integren los roles diferenciados en el cuidado infantil, el acceso a servicios y la participación comunitaria. En la fase de implementación, se evidenció participación activa de mujeres en espacios como las MIP, los CIPSN y la vigilancia comunitaria. No obstante, en algunos casos, aunque las mujeres ocupaban cargos de liderazgo, no contaban con plena capacidad de decisión, lo que revela desafíos persistentes para alcanzar una participación equitativa y corresponsable. Cabe destacar que algunos socios implementadores impulsaron prácticas orientadas a la equidad de género —como metas de participación por sexo y convocatorias inclusivas—, que representan

buenas prácticas con potencial de sistematización dentro de una estrategia institucional más amplia y sostenida.

En términos de derechos humanos e inclusividad, desde el diseño, la estrategia priorizó territorios con alta población vulnerable, altos niveles de pobreza y prevalencia de DCI, lo que refleja un enfoque orientado a la equidad territorial. Sin embargo, la implementación encontró diversas barreras que limitaron el acceso efectivo de ciertos grupos. En los CIPSN, la lejanía de las casas comunales respecto a muchas comunidades, así como el costo de oportunidad[16] asociado a asistir a los talleres, redujeron la participación de familias en situación de pobreza. En el componente de vigilancia comunitaria, se registraron obstáculos operativos vinculados al uso de fichas no adaptadas para personas con baja alfabetización o adultos mayores, además de la ausencia de materiales en kichwa y resistencias culturales hacia la atención en servicios de salud. En el fortalecimiento de las juntas de agua, la idiosincrasia local dificultó la aceptación de prácticas como la cloración, lo que revela una falta de estrategias de adaptación cultural. Frente a estas limitaciones, se identificaron algunos facilitadores relevantes, aunque aplicados de forma no sistemática. En los CIPSN, el ofrecimiento de refrigerios y la coordinación con GAD para facilitar el transporte contribuyeron a mejorar la asistencia. En la vigilancia comunitaria, se incorporaron líderes barriales y parteras con alta aceptación comunitaria, lo que permitió superar parcialmente las barreras culturales. Estas medidas muestran una capacidad de ajuste local, pero no constituyen un enfoque estructural de accesibilidad ni de adaptaciones para poblaciones vulnerables.

Respecto a la inclusión de personas con discapacidad y poblaciones indígenas, la estrategia presentó avances limitados y con resultados dispares. Si bien los Centros Interculturales para la Primera Infancia (CIPSN) incorporan el enfoque intercultural de forma explícita en su denominación, en la práctica no siempre se aplicaron medidas concretas en los espacios formativos y de atención. En algunas comunidades indígenas se documentaron esfuerzos de adecuación cultural, como el uso de lenguaje sencillo, recursos visuales o la participación de promotores bilingües; sin embargo, estas acciones no fueron sistemáticas, y los talleres desarrollados por actores distintos a UNICEF no siempre utilizaron materiales adaptados a contextos interculturales, como traducciones a lenguas originarias o referencias a prácticas locales de crianza. Por otro lado, no se identificaron estrategias específicas orientadas a garantizar el acceso de personas con discapacidad. Las acciones en este ámbito fueron aisladas y dependientes de iniciativas locales o de la voluntad individual. Además, se reportaron barreras físicas, como la falta de rampas o accesos adecuados en los espacios donde se realizan las reuniones de las MIP. En resumen, mientras que la estrategia avanzó

[16] El costo de oportunidad se refiere a la pérdida de beneficios asociados a la mejor alternativa no realizada. En este contexto, asistir a un taller puede implicar dejar de realizar actividades productivas, de cuidado familiar o de subsistencia diaria.

parcialmente en algunos aspectos de interculturalidad, no desarrolló un enfoque inclusivo sistemático hacia personas con discapacidad.

En cuanto a los mecanismos de retroalimentación, a nivel institucional, algunos socios reportaron prácticas de diálogo técnico con UNICEF que permitieron realizar ajustes metodológicos y de cronograma. Sin embargo, estos mecanismos no fueron homogéneos ni aplicados por todos los actores, lo que limita su efectividad como herramienta de mejora continua. Asimismo, aunque en los informes trimestrales se incluían recomendaciones de implementación, varios actores señalaron que estas sugerencias no siempre fueron consideradas, reduciendo el impacto de la retroalimentación como mecanismo bidireccional. En el nivel comunitario, no se identificaron mecanismos formalizados que permitan recoger de manera sistemática la voz de los titulares de derechos. La participación comunitaria en el diseño o ajuste de actividades fue limitada y se centró en el rol de receptores. Algunos actores mencionaron que los materiales ya llegaban predefinidos, sin procesos de validación o consulta previos, lo que contradice los principios de participación y enfoque de derechos.

Finalmente, el análisis de las guías de implementación de la estrategia muestra que los enfoques de género, derechos e interculturalidad están presentes a nivel declarativo, con referencias a la equidad, el uso de lenguas originarias y el reconocimiento de saberes ancestrales. La guía educomunicacional destaca por incorporar de manera más clara estos principios. Sin embargo, el enfoque de inclusión para personas con discapacidad es prácticamente inexistente. Las guías carecen de lineamientos operativos específicos para asegurar la representación y participación efectiva de personas con discapacidad, así como de criterios de accesibilidad física o metodológica. Esto evidencia que, aunque los principios están reconocidos en el discurso, su traducción operativa sigue siendo limitada.

En conclusión, la estrategia territorial presenta avances parciales en la incorporación de los enfoques de género, derechos humanos e inclusividad, y cuenta con experiencias que pueden ser sistematizadas y fortalecidas. Profundizar en su transversalización, generar lineamientos operativos claros y establecer mecanismos institucionales de accesibilidad y participación permitiría consolidar una implementación más inclusiva, equitativa y sostenible.

¿Cómo la estrategia se alinea con las principales políticas públicas de Ecuador en relación con la prevención y reducción de la DCI?

La estrategia territorial muestra una **alta alineación conceptual y operativa** con los principales instrumentos de política pública del Ecuador orientados a la prevención y reducción de la DCI. Comparte los principios de la ENECSDI, el Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador (PIANE), Misión Ternura y el Programa de Reducción Acelerada de la Mal Nutrición (PRAMIE), al centrar sus objetivos en el enfoque de los primeros mil días de vida, el fortalecimiento del paquete priorizado de salud y la

articulación intersectorial. Esta coherencia se traduce también en los documentos operativos de la estrategia: las guías metodológicas de los CIPSN, la vigilancia comunitaria y los ciclos de mejora continua reflejan estos enfoques y abordan determinantes clave como el acceso a agua segura, las prácticas de alimentación y la atención en salud. Si bien las guías no hacen referencia explícita a los marcos normativos, su contenido demuestra una alineación sustantiva con las políticas nacionales vigentes.

En términos de implementación, la estrategia ha contribuido de forma parcial a las metas establecidas por los instrumentos nacionales. Se reportan avances relevantes en algunas parroquias, como mejoras en los conocimientos sobre de cuidado infantil, una mayor vinculación con los servicios de salud y el fortalecimiento de la articulación intersectorial. También se evidencian mejoras en la provisión de servicios de salud y agua segura. Sin embargo, estos avances fueron heterogéneos entre territorios, tanto en cobertura como en profundidad. Si bien esta diversidad representa un desafío para lograr resultados sostenidos a escala nacional —como la reducción efectiva de la DCI— también constituye una fuente valiosa de aprendizaje programático. Uno de los objetivos del acompañamiento territorial promovido por UNICEF ha sido precisamente identificar nudos críticos y comprender las particularidades locales que influyen en la implementación del paquete priorizado. Un ejemplo de ello es el caso de Chimborazo, donde, a partir de la experiencia en Imbabura, se ha optado por implementar de manera integral todos los componentes de la estrategia desde el inicio, favoreciendo una respuesta más articulada. En este sentido, la heterogeneidad territorial ha permitido generar evidencia útil para orientar ajustes, promover la mejora continua y facilitar una escalabilidad más efectiva de las intervenciones.

Finalmente, la estrategia ha demostrado una capacidad moderada de ajuste frente a la evolución de los marcos institucionales y programáticos. Su actualización ha estado mediada principalmente por el acompañamiento técnico de UNICEF y su articulación con instituciones como el MSP, el MIES, la Presidencia y, en los últimos años, la STECSDI. No obstante, persisten oportunidades para fortalecer y sistematizar esta vinculación, especialmente en lo referido a la incorporación formal y sostenida de nuevas prioridades nacionales, como las establecidas en el plan estratégico 2025–2030[17] y la reciente Ley de Prevención y Erradicación de la Malnutrición. En síntesis, si bien la estrategia se ha mantenido alineada con los lineamientos nacionales en nutrición infantil, requiere un proceso de actualización formalizado y continuo que garantice su relevancia frente a los marcos institucionales presentes y futuros.

6.2 Coherencia

[17] El plan estratégico 2025 – 2030 de la STECSDI, se puede visualizar en el siguiente enlace: https://www.infancia.gob.ec/plan-estrategico-intersectorial/.

El criterio de coherencia evalúa si la intervención es compatible con las acciones implementadas por UNICEF, los gobiernos locales, el gobierno nacional u otras instituciones. Se analiza si la estrategia complementa y coordina los esfuerzos de otros actores, agrega valor y evita la duplicación de actividades. Esto incluye examinar en qué medida se integró con iniciativas existentes, los factores internos y externos que facilitaron o limitaron esta articulación, y si logró abordar brechas y generar un impacto adicional en la prevención y reducción de la DCI en el territorio. A continuación, se detallan los hallazgos para cada pregunta de evaluación de este criterio.

¿En qué medida la estrategia se complementó y coordinó con otras estrategias implementadas por UNICEF, gobiernos locales, gobierno nacional?

La estrategia territorial presentó distintos niveles de articulación con otras iniciativas, tanto internas como externas. En lo que respecta al **grado de articulación o complementariedad con otras iniciativas de UNICEF**, la evidencia recogida indica que fue parcial. En particular, la Estrategia de Agua, Saneamiento e Higiene (WASH) 2016-2030, que fue implementada previamente como una intervención separada dentro de UNICEF, se adaptó y se convirtió en un componente clave dentro de la estrategia territorial para la reducción de la DCI. Esta estrategia de WASH, enfocada en contribuir al acceso a agua potable, saneamiento e higiene fue fundamental para alinear los esfuerzos de UNICEF en mejorar las condiciones de salud y nutrición en las comunidades. Adicionalmente, la estrategia de vigilancia comunitaria, inicialmente implementada para detectar riesgos relacionados con la COVID-19, fue adaptada en 2022 para incluir la identificación temprana de factores de riesgo asociados a la DCI, como la inasistencia a controles del niño sano o la falta de vacunación.

Sin embargo, a nivel territorial, la **coordinación de estos componentes** no siempre alcanzó la integración esperada. Aunque hubo una visión general compartida, algunos entrevistados señalaron que no se lograron establecer mecanismos de sinergia interprogramática sostenida. Los esfuerzos por coordinar los componentes de articulación intersectorial local, empoderamiento y participación comunitaria, mejora de los servicios de salud y WASH dependieron de iniciativas puntuales y no de una planificación estructurada e integrada. En específico, los oficiales de UNICEF identificaron que "*en parroquias con* [intervenciones de] *WASH no había vigilantes comunitarios, lo cual era una oportunidad perdida para intervenir de forma más integrada*".

Esto podría explicarse por la ausencia de un mecanismo formal de gobernanza interna dentro de UNICEF que facilitara una coordinación sostenida entre las distintas líneas programáticas involucradas en la estrategia. De acuerdo con las entrevistas realizadas al equipo de la oficina central, los diferentes componentes —salud, nutrición, WASH, entre otros— fueron gestionados por equipos pertenecientes a unidades programáticas distintas, sin un articulador transversal con mandato explícito de integración operativa.

En este contexto, las oportunidades de generar sinergias concretas a nivel territorial habrían dependido más de iniciativas individuales o circunstancias específicas, que de una planificación estructurada e integrada. Es importante señalar que esta fragmentación no sería exclusiva de UNICEF, sino que también respondería a las propias dinámicas sectoriales presentes en el Estado.

"El trabajo interprogramático es un reto en UNICEF" (oficial de UNICEF)

En contraste con la limitada articulación interprogramática, la estrategia territorial evidenció una mayor capacidad de articulación con políticas y programas estatales. El **grado de coordinación con instituciones clave** como el MSP, el MIES y los GAD parroquiales fue alto. Las MIP jugaron un rol destacado en facilitar esta articulación, sirviendo como espacios clave para la planificación y el seguimiento de acciones multisectoriales. Por ejemplo, desde los centros de salud se destacó que la estrategia permitió fortalecer y organizar procesos ya en curso, como las ferias de salud y las visitas extramurales de los EAIS.

Es importante resaltar que la coordinación en las MIP entre el MSP, el MIES, los GAD y, en algunos casos, el MAATE, fue heterogénea entre territorios, y su sostenibilidad dependió de la voluntad y permanencia de funcionarios específicos, más que de un compromiso institucional formal. En otras palabras, la coordinación intersectorial fue más sólida cuando los actores locales asumieron compromisos sostenidos, más allá de los esfuerzos individuales.

Además, se registró una complementariedad con la labor de la STECSDI, coordinadora de la Estrategia Nacional "Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil". Sin embargo, esta colaboración no siempre fue fruto de una planificación conjunta entre UNICEF y dicha institución a nivel central, sino que en muchos casos fue resultado de dinámicas locales. En contraste, la participación del MINEDUC fue limitada o esporádica. Incluso en territorios como Chimborazo, no se logró establecer contacto con sus representantes debido a su negativa a participar.

En cuanto al **uso compartido de recursos entre la estrategia territorial y otras iniciativas de UNICEF**, se observó que este se limitó principalmente al componente de cambio social y de comportamiento. A nivel nacional, los recursos educomunicacionales fueron desarrollados conjuntamente entre UNICEF y la STECSDI, lo que permitió la integración de mensajes y estrategias de sensibilización dirigidas a las comunidades. Sin embargo, más allá de este componente, no se identificó un aprovechamiento significativo de los recursos compartidos entre la estrategia territorial y otras iniciativas de UNICEF.

Finalmente, la **percepción de los actores clave sobre la contribución de la estrategia** destaca su aporte significativo al fortalecimiento de procesos ya existentes, priorizando la complementariedad frente a la sustitución de intervenciones previas. Su contribución fue reconocida principalmente en dos ámbitos: la vigilancia comunitaria y la articulación intersectorial. Desde esta perspectiva, la estrategia permitió complementar, ordenar y dar mayor visibilidad a las acciones orientadas a la reducción de la DCI.

"La estrategia nos ayudó a mirar lo que ya hacíamos, pero desde otra lógica"
(coordinador de la MIP)

Se valoró especialmente la creación de espacios de coordinación, la mejora en la calidad del seguimiento nominal y la promoción del rol de actores comunitarios, como los vigilantes, quienes anteriormente no contaban con un rol definido en la prevención y disminución de la DCI. También se destacó la promoción de la participación de las familias mediante actividades como ferias, talleres y caravanas, que fortalecieron los esfuerzos de educación nutricional. No obstante, varios actores comentaron que la estrategia tuvo un alcance limitado, ya que, aunque generó mejoras tangibles, estas fueron percibidas como localizadas y no siempre suficientes para abordar las brechas estructurales o asegurar transformaciones sostenibles en la cobertura y calidad de los servicios. Esta percepción se relaciona con la implementación diferenciada entre parroquias, así como con la persistencia de desafíos estructurales —como la escasez de personal, limitaciones en el abastecimiento de insumos y deficiencias en infraestructura— que excedían el ámbito de acción de la estrategia y requerían intervenciones complementarias desde niveles institucionales superiores para consolidar los avances logrados.

¿Cuáles fueron los factores internos y externos que facilitaron o limitaron la coordinación y complementariedad de la estrategia con otras intervenciones?

La estrategia territorial de UNICEF se desarrolló en un entorno con diversos factores internos y externos que condicionaron la posibilidad de articular y coordinar acciones con otros actores. En cuanto a los **factores internos**, la **comunicación efectiva entre UNICEF y los socios implementadores** fue uno de los elementos clave que facilitó la coordinación, basada en una relación de confianza y compromiso técnico, lo que permitió mantener una visión compartida y garantizar un trabajo conjunto eficiente a lo largo del proceso. El acompañamiento técnico brindado por UNICEF, así como su **flexibilidad metodológica para adaptarse a las realidades locales**, contribuyó a una implementación exitosa de la estrategia, permitiendo que las intervenciones se ajustaran a las necesidades de cada territorio. Por ejemplo, se mencionó que "*las guías de las MIP fueron útiles, pero también se adaptaron según las realidades territoriales*". A pesar

de algunas críticas puntuales sobre tiempos de respuesta o formalidad de canales de comunicación, la mayoría valoró positivamente la colaboración. Por otro lado, la existencia de diversas líneas programáticas, con distintos plazos y tiempos de implementación, limitó la posibilidad de aprovechar de manera óptima los recursos disponibles y generar sinergias entre componentes. Esta situación pone en evidencia la necesidad de fortalecer la articulación interna mediante un **eje transversal de coordinación** que facilite una implementación más coherente de la estrategia.

En cuanto a los **factores externos**, el **compromiso institucional** del MSP y MIES fue fundamental para la implementación de la estrategia, ya que participaron activamente en las MIP, vigilancia comunitaria y la mejora de los servicios de salud, lo que favoreció la coordinación interinstitucional. La colaboración con las juntas de agua y actores comunitarios también fue clave para mejorar la infraestructura de agua segura, especialmente con la integración de las juntas de agua en las MIP, y fortalecer los esfuerzos locales para garantizar el acceso a este recurso. Sin embargo, el involucramiento limitado del MINEDUC representó un obstáculo, ya que en varias parroquias su participación fue esporádica, lo que impidió su contribución a las acciones intersectoriales. En algunos territorios, como Chimborazo, no se logró un contacto efectivo con sus representantes, limitando su implicación en las mesas intersectoriales. Asimismo, respecto al MAATE, debido a la naturaleza descentralizada del servicio de provisión de agua, no se identificó un rol claro de esta institución dentro de la estrategia.

La **rotación constante de autoridades y personal técnico** tanto en el MSP como en los GAD parroquiales afectó la continuidad de la estrategia, dificultando el seguimiento de los acuerdos y la ejecución efectiva de las actividades. Los nuevos funcionarios, a menudo desconocían lo avanzado y no mostraban el mismo nivel de compromiso, lo que desincentivó la participación de otros actores. Según se mencionó en varios testimonios: *“con cada cambio hay que volver a empezar”.* Este fenómeno subraya la dependencia de la coordinación de la motivación de las personas y la continuidad institucional. Sin embargo, esto resalta también la falta de una institucionalización sólida que no dependa únicamente de las personas involucradas, sino que esté sustentada por mecanismos formales que aseguren la continuidad de las políticas, independientemente de los cambios de personal.

Los **factores institucionales y sistémicos** como la ausencia de incentivos claros y la falta de reconocimiento institucional han limitado la motivación y el compromiso de los actores locales. Como se menciona en varios testimonios: *"al principio se motivaban, pero sin apoyo es difícil seguir".* Asimismo, las **limitaciones económicas a nivel parroquial,** como la baja disponibilidad presupuestaria de los GAD parroquiales para implementar acciones vinculadas a la prevención y reducción de la DCI, han representado una barrera para la ejecución sostenida de las actividades, especialmente en zonas rurales con recursos limitados. Las **barreras geográficas y culturales** en algunas comunidades también han influido negativamente en la coordinación,

particularmente donde existe desconfianza hacia algunas prácticas o instituciones, lo que ha restringido el alcance de la estrategia en esos lugares.

6.3 Efectividad

El criterio de efectividad hace referencia al grado en el que una intervención ha logrado o se espera que logre los objetivos y resultados esperados (OECD, 2021). Este criterio también implica la identificación de factores que contribuyen al éxito o presentan desafíos en la implementación de la estrategia. Además, evalúa tanto los resultados planificados como los no planificados y las condiciones habilitantes para la replicabilidad de los resultados de la estrategia en otras áreas geográficas. A continuación, se detallan los hallazgos para cada pregunta de evaluación de este criterio.

¿En qué medida la estrategia logró los resultados inmediatos e intermedios previstos en la teoría de cambio en las parroquias de interés?

La evaluación de esta pregunta se estructuró a partir de los resultados inmediatos e intermedios definidos en la teoría de cambio de la estrategia territorial, desarrollada como parte del proceso evaluativo. El análisis integra evidencia cuantitativa y cualitativa, utilizando indicadores como aproximaciones para la mayoría de los resultados previstos. El resultado intermedio relacionado con la mejora de la eficacia y eficiencia en la entrega del paquete priorizado no fue incluido en el análisis por falta de información disponible en territorio[18].

En cuanto a los resultados inmediatos, la estrategia territorial ha logrado avances parciales pero significativos, especialmente en la articulación intersectorial, la atención oportuna a la población objetivo y el incremento en el conocimiento de las prácticas de cuidado y uso de los servicios de salud por parte de gestantes y cuidadores. Los resultados intermedios también han mostrado impactos positivos en áreas como la efectividad de la coordinación local, la adopción de prácticas adecuadas de alimentación, la infraestructura para la provisión de agua, el aumento de controles prenatales y atención del parto institucional. No obstante, estos avances, tanto inmediatos como intermedios, están condicionados por el compromiso institucional, barreras socioculturales, capacidad operativa local, disponibilidad de recursos e insumos, continuidad del acompañamiento técnico, liderazgo comunitario, percepción ciudadana sobre la calidad y utilidad de los servicios, entre otros. Esto representa un desafío para la sostenibilidad de los resultados y, por lo tanto, para la efectividad total de la estrategia. A continuación, se presenta un cuadro con los resultados y los indicadores utilizados, seguido del análisis correspondiente para cada uno de ellos.

[18] Durante el levantamiento de información, no se identificaron los planes de mejora continua en los establecimientos de salud que permitieran analizar cómo estas acciones habrían contribuido a mejorar la eficacia y eficiencia en la entrega del paquete priorizado a gestantes, niñas y niños menores de 24 meses. Esta limitación impidió contar con insumos suficientes para evaluar este resultado de manera sistemática.

Cuadro N° 10: Resultados e indicadores utilizados

Tipo de resultado	Resultado	Indicadores utilizados
Inmediato	Incrementar la coordinación y articulación local entre los actores clave para la atención de gestantes, niñas y niños menores de 24 meses	Percepción de los actores clave sobre la participación y la articulación intersectorial en las MIP para la atención de gestantes, niñas y niños menores de 24 meses
	Incrementar el número de atenciones a las gestantes, niñas y niños menores de 24 meses con algún factor de riesgo	Percepción de efectividad del proceso de notificación y derivación de alertas por parte de vigilantes comunitarios hacia los centros de salud
		Percepción sobre el fortalecimiento de conocimientos y capacidades de los vigilantes para identificar y notificar factores de riesgo de DCI
	Incrementar los conocimientos de las gestantes, madres y cuidadores de niñas y niños menores de 24 meses sobre el uso oportuno de los servicios de salud y prácticas de cuidado y alimentación	Reporte de gestantes, madres y cuidadores de haber recibido consejería durante los talleres del CIPSN y controles prenatales y del niño sano
		Reporte de gestantes, madres y cuidadores sobre su conocimiento de prácticas de alimentación y cuidado adecuadas
		Reporte de gestantes, madres y cuidadores sobre el reconocimiento de la importancia de acudir a los controles prenatales y del niño sano como parte del cuidado infantil
	Incrementar la calidad de la provisión del paquete priorizado a la población objetivo	Percepción del personal de salud sobre las mejoras en la provisión del paquete priorizado
	Incrementar la disponibilidad de insumos críticos para la entrega de los servicios del paquete priorizado en los establecimientos de salud del primer nivel de atención	Percepción del personal de salud sobre la disponibilidad de insumos críticos (talento humano, equipamiento y bienes y servicios) para la prestación de cada servicio del paquete priorizado
	Incrementar las condiciones adecuadas de los sistemas de agua	Percepción de los miembros de la junta de agua y de los usuarios sobre la calidad del tratamiento del agua proporcionado por las juntas de agua
Intermedio	Incrementar las coordinaciones entre las mesas parroquiales y cantonales	Percepción de los actores clave sobre la efectividad de la coordinación y articulación en las MIP para la atención de gestantes, niñas y niños menores de 24 meses
		Percepción de los actores clave sobre el nivel de seguimiento de las acciones definidas en las MIP para la atención de gestantes, niñas y niños menores de 24 meses
	Incrementar el uso oportuno de los servicios de salud de las gestantes, niñas y niños menores de 24 meses con algún factor de riesgo	Proporción de mujeres embarazadas que completaron al menos cinco controles prenatales durante la gestación
		Proporción de partos atendidos por personal de salud calificado

Tipo de resultado	Resultado	Indicadores utilizados
		Proporción de partos ocurridos en establecimientos de salud
	Incrementar la adopción de prácticas adecuadas de cuidado y alimentación de las gestantes, madres y cuidadores de niñas y niños menores de 24 meses	Reporte de aplicación de prácticas de cuidado por parte de las gestantes, madres y cuidadores, incluyendo la asistencia a controles prenatales y del niño sano, la práctica de lactancia materna, el inicio oportuno de la alimentación complementaria, la implementación de medidas de higiene en la preparación de alimentos, el uso de métodos de purificación de agua y la adopción de las recomendaciones brindadas durante las consejerías de salud, nutrición y cuidado infantil
	Incrementar la eficacia y eficiencia en la entrega de los servicios del paquete priorizado para las gestantes, niñas y niños menores de 24 meses	
	Incrementar el acceso a agua segura en los hogares con gestantes y niñas y niños menores de 24 meses	Cercanía del suministro de agua a la vivienda
		Tratamiento que da el hogar al agua antes de beberla

Elaboración propia.

Respecto a los **resultados inmediatos**, específicamente sobre la **coordinación y articulación local**, los actores clave perciben que las MIP han sido espacios útiles para facilitar la participación de instituciones como el MSP, el MIES y los GAD parroquiales, y en algunos casos también del MINEDUC, MAG, cabildos, vigilantes comunitarios y organizaciones sociales. En algunas parroquias como Imantag y Achupallas, se destacó que la convocatoria fue amplia y que la mesa permitió reunir a diversos actores en torno a la atención de gestantes, niñas y niños menores de 24 meses, así como a otros temas relevantes para el territorio. No obstante, esta participación no fue homogénea: en algunas parroquias, los entrevistados señalaron una menor asistencia o compromiso de ciertos sectores, lo que afectó la posibilidad de articular esfuerzos de manera sostenida. Estas diferencias reflejan que, si bien las MIP fueron valoradas como espacios participativos, su funcionamiento dependió en gran medida del contexto local y del compromiso de los actores convocados.

En segundo lugar, la **atención oportuna de gestantes, niñas y niños menores de 24 meses con factores de riesgo** a través de la vigilancia comunitaria ha sido efectiva. Los vigilantes desempeñaron un papel central en la detección temprana de embarazos no registrados, inasistencia a controles y enfermedades comunes como diarreas e infecciones respiratorias. Si bien el diseño original contemplaba el uso de fichas de riesgo, muchos vigilantes adoptaron métodos más accesibles, como llamadas

telefónicas o mensajes de WhatsApp, lo que facilitó la notificación inmediata al personal de salud, especialmente en territorios con barreras geográficas. No obstante, la efectividad del proceso fue heterogénea: en algunas parroquias, la coordinación fue fluida, mientras que en otras se reportaron dificultades logísticas, falta de retroalimentación y escasa respuesta institucional.

Además, existen desafíos relacionados con la sostenibilidad que afectan la efectividad de la intervención. Dado que el trabajo de los vigilantes es voluntario y carece de incentivos claros, se observa desmotivación y una limitada continuidad en sus labores. En parroquias como Achupallas, donde se capacitó a 42 vigilantes, solo 20 permanecen activos; en Maldonado, de 35 capacitados, solo entre 10 y 15 continúan activos. Aunque recibieron capacitaciones iniciales, estas fueron percibidas como insuficientes y no se mantuvieron en el tiempo, además de no estar siempre adaptadas al contexto cultural y educativo de las comunidades. Como menciona una vigilante comunitaria: “la capacitación no fue suficiente para poder responder a todas las situaciones que enfrentamos”. Estos factores limitan la efectividad del modelo y subrayan la necesidad de un acompañamiento constante, capacitaciones más adecuadas y el establecimiento de incentivos sostenibles para mejorar la cobertura y calidad de la intervención.

En relación con la **adopción de conocimientos sobre prácticas adecuadas de cuidado y alimentación**, así como el **uso oportuno de los servicios de salud**, se identificaron avances importantes. En los grupos focales realizados con gestantes, madres y cuidadores, la mayoría reporta haber asistido a controles prenatales y del niño sano, contar con cartillas de vacunación actualizadas y haber recibido consejerías útiles sobre nutrición, lactancia materna, signos de alarma y otras prácticas de cuidado infantil. Estas acciones fueron valoradas positivamente, especialmente cuando se brindaron de forma clara, práctica y respetuosa. Estas percepciones fueron consistentes con las observaciones de actores locales, quienes señalaron una mayor participación de madres y padres jóvenes, así como un compromiso más temprano con el seguimiento gestacional. Sin embargo, también se identificaron diferencias entre territorios. En algunas zonas rurales persisten barreras culturales o sociales que limitan el uso regular de los servicios, como la preferencia por prácticas de medicina tradicional, la atención del parto exclusivamente por parteras, o creencias religiosas que desalientan el contacto con el sistema de salud formal. Esto sugiere la necesidad de seguir adaptando los enfoques a los contextos locales para lograr una adopción más sostenida y equitativa.

En cuanto a los **conocimientos de gestantes, madres y cuidadores sobre el cuidado infantil y el uso oportuno de los servicios de salud**, la información recogida señala mejoras en el conocimiento, la disposición y la vinculación con los servicios. En varias parroquias, se reporta una mayor asistencia a controles prenatales, el uso actualizado de las cartillas de vacunación y una actitud más receptiva hacia las consejerías, tanto por parte del personal de salud como de las propias usuarias. Estas percepciones fueron compartidas por actores institucionales —quienes observaron una mayor participación

de madres y padres jóvenes en controles prenatales— y por participantes de los grupos focales, quienes relataron haber recibido información útil sobre signos de alarma, nutrición, lactancia y prácticas de cuidado.

Sin embargo, estos avances no fueron homogéneos entre territorios. En zonas rurales más alejadas, persisten barreras socioculturales que limitan el uso de servicios formales, junto con diferencias en la calidad y frecuencia de las consejerías. Algunas mujeres expresaron sentirse poco comprendidas o no recibir un acompañamiento suficiente, señalando, por ejemplo, que se les recomendaba preparar ciertos alimentos sin considerar que no tenían acceso a ellos. Por su parte, el personal de salud identificó limitaciones en la cobertura y en la adaptación de los mensajes a los contextos locales. Esta evidencia sugiere que, si bien se han producido avances relevantes, se requiere un mayor esfuerzo para garantizar un enfoque más contextualizado, empático y sostenido en el tiempo.

En relación con la **calidad en la provisión del paquete priorizado**, los ciclos de mejora continua impulsaron mejoras en la organización interna y en la eficiencia de varios establecimientos de salud. Estos procesos promovieron diagnósticos participativos y el diseño de soluciones prácticas desde los propios equipos de salud, lo que permitió introducir mecanismos como el agendamiento digital, una planificación más ordenada de controles para gestantes y niños menores de 24 meses, y una reorganización efectiva de los flujos de atención intramural y extramural. La aplicación sistemática de esta metodología fue posible durante el acompañamiento técnico de UNICEF y sus socios implementadores. Desde la perspectiva de los usuarios, estas mejoras también fueron percibidas positivamente, destacando la utilidad de la consejería recibida durante los controles, particularmente en temas de nutrición, señales de alarma y cuidado del recién nacido.

Respecto a la **disponibilidad de insumos críticos**, persisten limitaciones importantes, especialmente en zonas rurales. Se reportó una provisión intermitente de suplementos esenciales —como el sulfato ferroso—, demoras en su reposición desde instancias distritales, y dificultades para garantizar una dotación adecuada de talento humano en territorios de difícil acceso. Si bien algunos centros recibieron apoyo puntual por parte de organismos cooperantes, como equipamiento básico (balanzas y tallímetros), estos aportes fueron aislados y no respondieron a mecanismos de abastecimiento sostenido. En ciertos casos, se promovieron mingas comunitarias para realizar mejoras menores de infraestructura, pero estas iniciativas, aunque útiles, no compensan las deficiencias estructurales en la asignación de recursos a nivel zonal y nacional.

Finalmente, sobre las **condiciones de los sistemas de agua**, se identificaron avances en la gestión técnica y administrativa por parte de las juntas de agua, especialmente en comunidades rurales que enfrentaban mayores brechas estructurales. Representantes de las juntas señalaron que el acompañamiento técnico fue clave para mejorar la

operación del servicio, destacando que "*el apoyo de UNICEF permitió mejorar el servicio de agua, especialmente en la parte operativa*", mediante la implementación de procesos de cloración, monitoreo de calidad y fortalecimiento de capacidades. No obstante, desde la perspectiva de los usuarios, la percepción sobre la calidad del agua sigue siendo ambivalente. Aunque muchas participantes describen el agua como "transparente" o "aparentemente limpia", persisten dudas sobre su potabilidad: "*aunque el agua luce clara, podría estar contaminada*". Además, en algunas parroquias se reportaron problemas como tuberías antiguas, filtraciones, turbidez ocasional y olores desagradables, lo que refuerza la desconfianza. Algunos usuarios señalaron que desconocen el origen del agua o si ha sido tratada, lo que evidencia una brecha en la comunicación entre las juntas de agua y la comunidad. Así, si bien la estrategia contribuyó al fortalecimiento de la gestión del recurso, la percepción de calidad en los hogares continúa condicionada por deficiencias en infraestructura, falta de información clara y una confianza limitada en la capacidad técnica de las juntas para garantizar un suministro seguro.

En cuanto a los **resultados intermedios**, la estrategia fortaleció los espacios de **coordinación intersectorial** mediante la activación y consolidación de las MIP, que se constituyeron como espacios clave para articular acciones orientadas a la atención integral de gestantes, niñas y niños menores de 24 meses. En varias parroquias, estas mesas facilitaron la organización de actividades conjuntas como ferias de salud, brigadas médicas, visitas domiciliarias y seguimiento de casos críticos, lo que permitió atender necesidades territoriales de forma más coordinada y reducir duplicidades institucionales. Además, se constituyeron como espacios para encontrar soluciones a problemas operativos específicos, como el traslado de gestantes o niños a centros de salud —cuyos costos fueron asumidos por los GAD—. Los actores locales valoran positivamente la existencia de las MIP, especialmente cuando contaron con liderazgo comprometido y participación activa de las instituciones convocadas. Sin embargo, también se identificaron debilidades estructurales. En Maldonado, por ejemplo, se reporta una coordinación menos efectiva, atribuida a la escasa cultura de trabajo conjunto en contextos urbanos y a liderazgos locales poco estables.

Respecto al seguimiento de los acuerdos, la evidencia muestra resultados mixtos. En parroquias como La Esperanza, los compromisos se registraban en actas, pero varios actores coincidieron en que estos no siempre se cumplían. "Se armaba todo, pero uno de los compromisos no se cumplía y el problema seguía apareciendo", señaló una representante local, quien además observó que los problemas priorizados se repetían mes a mes sin resolverse. Esta percepción de bajo seguimiento se relaciona con la falta de continuidad institucional, la rotación de autoridades y el compromiso limitado de algunos actores. A pesar de estas limitaciones, se reconocen intentos por institucionalizar los procesos de seguimiento, como el uso de herramientas de planificación local (por ejemplo, la Planificación Operativa Parroquial - POP) y la disposición de ciertos GAD a incluir recursos técnicos y logísticos para el funcionamiento

de las MIP. No obstante, estas prácticas no fueron sistemáticas ni homogéneas entre parroquias.

En síntesis, la percepción de los actores entrevistados indica que la efectividad de la coordinación en las MIP fue positiva en contextos con liderazgo activo y articulación interinstitucional sostenida, mientras que el seguimiento a los acuerdos ha sido irregular y fuertemente condicionado por factores institucionales locales. Estas variaciones evidencian la necesidad de fortalecer mecanismos formales de rendición de cuentas, seguimiento operativo y liderazgo técnico para garantizar la sostenibilidad y funcionalidad de estos espacios.

"Inicialmente, las MIP sí favorecieron la coordinación entre actores locales. […] Sin embargo, tras el retiro de UNICEF y el cambio de autoridades parroquiales, las mesas se politizaron, perdiendo continuidad y compromiso" *(funcionario del MSP)*

En cuanto al **uso oportuno de los servicios de salud** de las gestantes, niñas y niños menores de 24 meses con algún factor de riesgo, si bien no es posible identificar directamente las derivaciones realizadas a partir de las actividades de vigilancia comunitaria, se puede aproximar la efectividad de la estrategia mediante indicadores indirectos, como el incremento en el porcentaje de gestantes que completan al menos cinco controles prenatales, la proporción de partos asistidos por personal calificado y la proporción de partos institucionales.

Según Guzmán (2025)[19], en las parroquias de Imbabura intervenidas, los impactos significativos fueron limitados y heterogéneos. El impacto positivo más consistente se observó únicamente en Miguel Egas Cabezas, donde el número promedio de controles prenatales aumentó de 5,55 en 2017 a 6,65 en 2023, lo que representa un incremento en la proporción de gestantes con al menos cinco controles, pasando del 64.1% al 80.6%. Sin embargo, en otras parroquias como Angochagua, Chugá, Mariano Acosta, La Esperanza, Imantag, San Rafael y Cangahua no se registraron efectos estadísticamente significativos ni robustos. En lo que respecta a la atención del parto, no se identificaron impactos significativos sobre la proporción de partos asistidos por personal calificado ni sobre los partos institucionales en ninguna de las parroquias intervenidas. No obstante, se observó una tendencia general de incremento en estos indicadores tanto en parroquias tratadas como en las de control rural en Imbabura, lo cual sugiere la existencia de mejoras generales en el acceso a servicios de salud materna en el periodo evaluado.

En el caso de Chimborazo, se identificaron efectos positivos más consistentes y robustos en las variables analizadas. En las parroquias intervenidas (Alausí, Achupallas

[19] Para mayor detalle, revisar el anexo metodológico de la evaluación de Guzmán (2025) – Anexo 8.

y Tixán), el porcentaje de gestantes que cumplieron al menos cinco controles prenatales mostró un incremento inicial, aunque este resultado pierde robustez al incorporar controles adicionales en el modelo. Por su parte, los indicadores de atención del parto registraron efectos estadísticamente significativos y sostenidos: la proporción de partos asistidos por personal calificado aumentó del 63% en 2021 al 76% en 2022, con una leve reducción al 67% en 2023, mientras que la proporción de partos institucionales presentó incrementos en rangos similares (entre 8 y 13 puntos porcentuales), manteniendo su significancia estadística a lo largo de los modelos.

Respecto a la **adopción de prácticas adecuadas de cuidado y alimentación**, los grupos focales evidencian avances importantes en la aplicación de los conocimientos adquiridos. Las participantes reportaron implementar prácticas como el inicio oportuno de la alimentación complementaria, la continuidad de la lactancia materna, y la adopción de las orientaciones brindadas durante los controles de salud con relación al cuidado y la nutrición de los niños. Las consejerías fueron percibidas como útiles y aplicables, destacando que los mensajes recibidos facilitaron la preparación de alimentos variados, el reconocimiento de signos de alarma, y la atención de aspectos concretos de cuidado infantil.

En cuanto al tratamiento del agua para consumo en el hogar, en varias parroquias, las familias reportaron hervir el agua, particularmente en Achupallas, Maldonado y Miguel Egas Cabezas. Sin embargo, persisten diferencias territoriales: en algunas comunidades continúan prácticas no seguras, como el consumo de agua sin hervir ni filtrar, reflejando una adopción parcial de las prácticas preventivas de cuidado. Por su parte, las visitas de los vigilantes comunitarios en áreas rurales fueron valoradas como un refuerzo para el acompañamiento en las prácticas de alimentación y cuidado, aunque su presencia no fue uniforme en todos los casos. En conjunto, estos hallazgos muestran avances relevantes en la adopción de prácticas recomendadas, aunque aún persisten desafíos para lograr una implementación sostenida y homogénea, especialmente en prácticas de higiene y acceso a agua segura.

Respecto al **acceso a agua segura**, según el INEC, existen cuatro criterios clave para determinar si un hogar tiene acceso a agua segura: i) tipo de suministro, ii) tratamiento que se da al agua antes de beberla, iii) cercanía del suministro, y iv) suficiencia del suministro para beber. A partir de la información del censo nacional[20], se pueden evaluar principalmente los criterios de cercanía del suministro y tratamiento del agua. En cuanto a la cercanía del suministro, se observó un aumento significativo en el acceso a agua por tubería dentro de la vivienda, pasando de 31.0% en 2010 a 46.4% en 2022 en las parroquias de interés. Este incremento sugiere una mejora en la infraestructura de distribución de agua, facilitando un acceso más cercano y constante a este recurso.

[20] Este análisis se ha centrado en las parroquias de Imbabura y Pichincha, ya que el último censo disponible corresponde a 2022, un año previo al inicio de la implementación de la estrategia en las parroquias de Chimborazo.

En relación con el tratamiento del agua, la información del censo muestra una disminución en las prácticas de purificación en el hogar, como hervir el agua, que pasó de 34.2% en 2010 a 30.3% en 2022. De manera similar, el uso de cloro y filtrado también disminuyó, lo que podría reflejar una mayor percepción de seguridad en el agua, posiblemente debido a la mejora en la infraestructura. Si bien estos resultados parecen contradictorios con los hallazgos de los grupos focales, que reportaron avances en la adopción de prácticas de cuidado, esta discrepancia puede explicarse por la diferencia de las fuentes de información. Los grupos focales representan a una población que hace uso de los servicios de salud y es más probable que siga las orientaciones brindadas. En cambio, los datos del censo reflejan a toda la población, incluidas las comunidades con acceso limitado a servicios y sin la misma orientación en prácticas de tratamiento de agua.

Así, si bien la infraestructura de distribución de agua ha mejorado, esto no implica que la calidad del agua también. Por ello, es fundamental continuar trabajando en la sensibilización de la población para que adopte prácticas adecuadas de tratamiento del agua y, así, garantizar que los avances en infraestructura se complementen con comportamientos responsables que aseguren la calidad del recurso.

Idoneidad del sistema de seguimiento de la estrategia territorial

Uno de los aprendizajes clave de la evaluación es la oportunidad de fortalecer el sistema de seguimiento de la estrategia. Si bien los socios implementadores reportaron avances de manera regular, la información recogida no siguió un formato estandarizado ni utilizó un conjunto común de indicadores, lo que limitó la comparabilidad entre territorios y dificultó el análisis consolidado del avance estratégico. Esta experiencia resalta la importancia de contar con un **registro sistemático de actividades y resultados** que permita un monitoreo continuo y una evaluación más efectiva a lo largo del tiempo.

Hacia adelante, se recomienda el desarrollo de una plataforma centralizada de seguimiento que integre los reportes de los distintos socios implementadores con indicadores previamente definidos, permitiendo observar avances por componente, territorio y usuarios. Esta plataforma podría ser alimentada por los socios mediante registros periódicos que documenten las actividades realizadas, los productos alcanzados y las variaciones en indicadores clave. Asimismo, se sugiere que el gobierno nacional promueva el uso y publicación de información desagregada a nivel parroquial en indicadores de salud materno-infantil, para facilitar el análisis territorial y la toma de decisiones con enfoque de equidad.

¿La estrategia generó resultados no planificados? Si los hubo, ¿qué condiciones habilitantes permitirían replicarlos en nuevas áreas geográficas?

La estrategia territorial generó **resultados no planificados relevantes**, tanto a nivel comunitario como institucional, que amplían sus efectos más allá de los objetivos inicialmente previstos. En el plano local, diversos actores destacaron el fortalecimiento del liderazgo comunitario, la articulación con actores previamente desvinculados —como las juntas de agua y las parteras— y la revalorización de saberes ancestrales, elementos que no solo enriquecieron la implementación desde una perspectiva culturalmente pertinente, sino que también promovieron mayor apropiación y sostenibilidad.

En el plano institucional, uno de los resultados más significativos fue el **fortalecimiento de la DCI en la agenda pública nacional**. UNICEF desempeñó un papel clave en este proceso mediante su trabajo en los territorios, donde facilitó la integración de actores clave y promovió el reconocimiento de la DCI como una prioridad. De forma paralela, desde el nivel central se avanzó en la formulación de un Presupuesto por Resultados (PPoR) orientado a la prevención y reducción de la DCI, liderado por el MEF con apoyo técnico de organismos como la CAF, el Banco Mundial y UNICEF. Si bien estos avances no pueden atribuirse a la estrategia territorial, su despliegue en el territorio aportó insumos y experiencias que complementaron los esfuerzos institucionales y contribuyeron a consolidar un enfoque nacional más articulado frente a la DCI.

"Uno de los resultados no previstos fue la visibilidad política que adquirió el tema [de la DCI]*, llegando a Presidencia y Vicepresidencia"* (oficial de UNICEF)

Sin embargo, este mismo posicionamiento trajo consigo algunos efectos no deseados. La focalización en la DCI, si bien útil para canalizar recursos y atención, desplazó la atención de otras dimensiones del desarrollo infantil temprano igualmente importantes[21], generando una respuesta pública menos integral. Asimismo, la visibilidad política de la estrategia impulsó su expansión a ritmos que, en algunos casos, superaron la capacidad operativa de los equipos territoriales, generando tensiones en la gestión.

De hecho, en relación con la escalabilidad, las opiniones fueron contrastantes. Por un lado, se reconoció que el diseño contemplaba su eventual expansión, aunque sin precisar desde el inicio cómo adaptar los enfoques a contextos urbanos. Por otro lado, varios actores señalaron que la magnitud que alcanzó la estrategia superó las

[21] En particular, las dimensiones de desarrollo cognitivo, socioemocional y de protección social y entorno seguro. Por ejemplo, según la ENSANUT del 2018, 1 de cada 2 niños menores de 5 años es maltratado física o psicológicamente (UNICEF, 2024). No obstante, asegurar la protección de la niñez y fomentar un entorno seguro para todas las niñas y niños no se ha posicionado como un objetivo nacional en la agenda pública de la misma forma que la prevención y reducción de la DCI, este último vinculado a las dimensiones de salud, nutrición y desarrollo físico.

previsiones iniciales, dificultando una gestión operativa adecuada. Desde la visita de campo del equipo evaluador, se concluyó que los contextos urbanos presentaron desafíos particulares, especialmente por el cambio frecuente de autoridades locales y la ausencia de actores comunitarios equivalentes a los existentes en las zonas rurales, como parteras, juntas de agua o miembros activos del GAD parroquial. Estos actores fueron fundamentales en el ámbito rural para apoyar la continuidad de las actividades y legitimar la estrategia ante la comunidad. En cambio, su ausencia en los entornos urbanos limitó la apropiación y el respaldo comunitario.

En cuanto a la replicabilidad, se observaron avances concretos, en particular con las Mesas Intersectoriales Parroquiales y la vigilancia epidemiológica comunitaria, que fueron reconocidas formalmente en la Ley Orgánica para Prevenir y Erradicar la Malnutrición en el Ecuador[22] y el Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil[23], respectivamente. Este reconocimiento normativo fortalece su institucionalización y las posiciona como mecanismos clave para garantizar la implementación territorial de acciones contra la DCI. Otros componentes, como los centros interculturales, presentan un potencial de réplica más condicionado, cuya viabilidad dependerá del reconocimiento de las particularidades territoriales y del fortalecimiento de capacidades institucionales.

Para que estos resultados no previstos positivos puedan ser replicados exitosamente en nuevas áreas geográficas, los actores identificaron cuatro condiciones habilitantes clave. Primero, el acompañamiento técnico constante, que permita adaptar las herramientas y metodologías al contexto local, resolver imprevistos y mantener la calidad de la intervención. Segundo, la flexibilidad operativa, necesaria para ajustar procesos frente a barreras emergentes sin comprometer los principios de la estrategia. Tercero, el reconocimiento y fortalecimiento de liderazgos comunitarios existentes, que actúan como puentes entre la comunidad, el Estado y los implementadores. Y cuarto, el compromiso institucional a distintos niveles, indispensable para garantizar el respaldo político, la asignación de recursos y la sostenibilidad de las acciones en el tiempo.

En síntesis, si bien la estrategia no contempló desde su diseño mecanismos para gestionar resultados no previstos, logró generar efectos positivos adicionales que amplían su valor. Para consolidarlos y replicarlos eficazmente, será necesario integrar estas condiciones habilitantes en el diseño de futuras intervenciones territoriales.

6.4 Eficiencia

[22] En su artículo 18, esta norma establece la conformación de Mesas Intersectoriales parroquiales y cantonales, coordinadas por el organismo rector en materia de prevención y reducción de la desnutrición infantil, como mecanismos para garantizar la adecuada ejecución de acciones en territorio.
[23] Si bien la vigilancia epidemiológica comunitaria no fue contemplada inicialmente en el Plan (STECSDI, 2021), el documento *Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil: Avances de la política pública orientada al abordaje de la desnutrición crónica infantil* (STECSDI, 2023) la reconoce posteriormente como uno de los avances alcanzados en el marco del eje 6 del Plan.

El criterio de eficiencia hace referencia al grado en el que la intervención produce, o es probable que produzca, resultados de manera económica y a tiempo (OECD, 2021). En particular, se analiza el uso de los recursos financieros, humanos y temporales para maximizar su impacto, y se examina si estos se utilizaron de manera óptima y eficaz en relación con los resultados esperados. A continuación, se detallan los hallazgos para cada pregunta de evaluación de este criterio.

¿Los recursos financieros y no financieros, incluido el tiempo de intervención, contribuyeron al logro de resultados previstos en la teoría de cambio?

Los **recursos financieros y humanos** de la estrategia territorial facilitaron avances hacia el logro de los resultados previstos; sin embargo, su disponibilidad fue limitada y su implementación estuvo condicionada por restricciones presupuestarias, tiempos operativos reducidos y capacidades técnicas ajustadas en los territorios. En la práctica, las decisiones sobre qué componentes ejecutar o priorizar respondieron más a los fondos disponibles en cada ciclo que a una planificación estratégica integral. Asimismo, si bien los recursos financieros permitieron avanzar en la mayoría de las actividades planificadas, los socios implementadores señalaron que no siempre fueron suficientes para responder a la complejidad de los territorios, especialmente en componentes como cambio social y de comportamiento, y WASH. Se reportó que "*faltó tiempo, personal y presupuesto para ejecutar los planes participativos elaborados*" y que "*el personal estimado inicialmente no era suficiente"*, lo que limitó el alcance de los resultados. En algunos casos, el personal técnico asumió tareas administrativas básicas, lo que redujo su capacidad operativa y afectó la eficiencia de la intervención.

El **tiempo de implementación** fue señalado como una de las principales limitaciones. Los socios implementadores coincidieron en que, aunque los recursos financieros y no financieros permitieron avanzar en gran parte de las actividades planificadas, su ejecución se desarrolló en condiciones operativas limitadas. En particular, la duración de la intervención resultó insuficiente frente a la profundidad y continuidad que exige el trabajo territorial. En conjunto, aunque los recursos asignados fueron clave para alcanzar ciertos resultados, su volumen, duración y distribución no siempre estuvieron alineados con la escala y complejidad de la estrategia.

"El trabajo comunitario requiere construir confianza y eso toma más tiempo del que los proyectos usualmente permiten" (socio implementador)

En términos financieros, se identificó un control adecuado del **gasto operativo**, pero también **reajustes significativos en la ejecución presupuestaria**. En los 28 reportes de autorización de financiamiento y certificado de gastos revisados, el gasto operativo se mantuvo por debajo del umbral máximo del 15% del gasto total, con un promedio

general del 1.8% (ver Anexo 12). Esto refleja un esfuerzo por parte de los socios implementadores para concentrar los recursos en actividades sustantivas directamente vinculadas con los objetivos estratégicos. No obstante, el análisis financiero reveló ajustes presupuestarios en el 89.3% de los casos, mayoritariamente por subejecución[24]. En más de la mitad de los reportes, las diferencias superaron el 30% respecto al presupuesto aprobado, lo cual señala oportunidades de mejora en la planificación financiera y en la alineación entre lo programado y lo ejecutado.

Asimismo, el análisis de los **costos unitarios de implementación** durante el primer periodo operativo mostró variaciones entre los socios implementadores, asociadas al tipo de intervención, su alcance y el nivel de concentración en ciertos componentes[25][26] (ver Anexo 13). Por ejemplo, en el caso de las MIP, el costo unitario osciló entre USD 107 y USD 1,733, en función del tipo de intervención realizada: desde actividades de acompañamiento hasta actividades más complejos que incluían también procesos de instalación. En el componente de vigilancia comunitaria, los costos fueron más homogéneos (entre USD 68 y USD 79 por vigilante), lo que refleja una ejecución más estandarizada. En los ciclos de mejora continua, un socio implementador reportó un costo de USD 1,012 por centro de salud, mientras otro alcanzó los USD 2,913. Esta diferencia se debe principalmente a que el segundo socio concentró su ejecución en este componente, mientras que el primero distribuyó sus esfuerzos en varios componentes de la estrategia. En general, aunque existen variaciones entre socios, estas pueden explicarse por el alcance, tipo de intervención y nivel de participación en los procesos. De esta manera, la estrategia hizo un uso razonable de los recursos disponibles, aunque su eficiencia podría haberse mejorado mediante una planificación financiera y temporal más flexible y ajustada a las dinámicas de cada territorio y socio implementador.

¿En qué medida las acciones adoptadas durante la planificación e implementación de la estrategia contribuyeron a mejorar la eficiencia en el uso de recursos?

Las acciones adoptadas durante la planificación e implementación de la estrategia territorial contribuyeron a mejorar la eficiencia en el uso de recursos, aunque su efecto

[24] De los 28 reportes revisados, 3 (10.7%) alcanzaron una ejecución exactamente igual al presupuesto autorizado y 25 reportes (89.3%) mostraron desviaciones, en su mayoría por subejecución. En efecto, 24 reportes reflejan niveles de ejecución por debajo del monto aprobado, con 2 informes que presentan desviaciones menores al 10%, 6 entre el 10% y 30%, otros seis entre el 30% y 50%, y 10 con desviaciones superiores al 50%. Con respecto a la sobre ejecución, solo un reporte registró un gasto superior al presupuesto del 1%, lo cual representa una variación poco significativa en términos financieros.

[25] El costo unitario se calculó con base en la unidad de análisis correspondiente a cada componente: número de mesas intersectoriales para el componente MIP, número de establecimientos de salud para ciclos de mejora continua y número de vigilantes comunitarios para el componente de vigilancia.

[26] Con el fin de asegurar la consistencia de la comparación, se consideraron solamente las actividades que resultaron comparables entre los socios implementadores. No fue posible comparar los costos unitarios en los componentes de centros interculturales, estrategia de cambio social y de comportamiento y fortalecimiento de juntas de agua debido a diferencias en las unidades de comparación o en las actividades ejecutadas. Adicionalmente, los costos fueron ajustados en función de la duración de cada reporte mediante la división del monto ejecutado entre el número de meses incluidos, dado que algunos informes abarcaron tres meses y otros extendieron su cobertura hasta cuatro meses.

fue desigual entre los distintos socios implementadores. Uno de los aportes más valorados fueron las **guías de implementación elaboradas por UNICEF**, reconocidas por su utilidad para estandarizar procesos, orientar la ejecución en territorio y facilitar la capacitación del personal. Estas herramientas ayudaron a estandarizar procesos, orientar la ejecución y optimizar tiempos y recursos. Como lo expresó un actor clave, *"permitieron mantener un marco común y orientar el uso de los recursos, especialmente en el trabajo territorial"*. Sin embargo, la utilidad de estas guías se vio limitada por su disponibilidad parcial durante las primeras fases de ejecución. Algunos socios no accedieron a versiones formales o solo las recibieron de manera parcial, por lo que debieron generar metodologías propias. Aunque estas alternativas resultaron operativamente funcionales, carecieron de validación nacional y no fueron escalables. Esta situación se debió, en parte, a que varias herramientas aún estaban en proceso de validación durante su implementación.

No obstante, la elaboración progresiva de estas guías generó insumos que trascendieron la intervención inicial. En el 2022, el MSP elaboró la *Guía Metodológica para la conformación de Mesas Intersectoriales Parroquiales*, tomando como referencia los instrumentos desarrollados en el marco de la estrategia de UNICEF. De forma similar, en contextos específicos como las parroquias urbanas de Chimborazo, la experiencia acumulada permitió adaptar los lineamientos a dinámicas locales distintas a las rurales. De manera similar, en el componente de vigilancia comunitaria, el MSP elaboró *la Guía de Vigilancia Comunitaria con énfasis en la desnutrición crónica infantil* (MSP, 2023), tomando como referencia la experiencia adquirida en la implementación de la estrategia territorial. Este proceso fue la base para el diseño de herramientas metodológicas, facilitando la planificación e implementación de acciones según las características del territorio. De esta manera, el **uso y adaptación de las guías** contribuyó a una gestión más eficiente de los recursos, al reducir esfuerzos duplicados y aprovechar aprendizajes previos para orientar nuevas intervenciones.

Desde la perspectiva del equipo técnico de UNICEF, **la coordinación con los socios implementadores** mejoró progresivamente a medida que se acumuló experiencia en territorio. Se destacó que "*la coordinación mejoró conforme se fue ganando experiencia en territorio*", lo que permitió incorporar recomendaciones locales y adaptar las acciones a los desafíos operativos. Además, se valoró la presencia de aliados estratégicos en territorio, ya que contar con un socio implementador fue considerado clave para facilitar la resolución de nudos críticos y fortalecer la capacidad de respuesta frente a desafíos operativos.

Recomendaciones locales aprobadas para la implementación de la estrategia territorial

- Fomentar la suscripción de un convenio interinstitucional entre los GAD parroquiales y otras instituciones de gobierno para garantizar la integración de los proyectos en la planificación presupuestaria.
- Asegurar la continuidad de los CIPSN a través de planes de trabajo participativos elaborados con la comunidad y actores locales, adaptándolos a las necesidades locales.
- Fortalecer la capacidad de gestión administrativa y financiera local mediante la implementación de un sistema que permita la consolidación de información contable y presupuestaria.
- Invertir en la formación de tutores y líderes comunitarios como agentes clave para la sostenibilidad de las intervenciones y la replicabilidad en otros territorios.
- Mantener la flexibilidad metodológica en las guías de implementación, utilizando la retroalimentación técnica para mejorar las herramientas de intervención y adaptarlas a los contextos locales.

En el plano presupuestario, los socios implementadores valoraron la capacidad de realizar **ajustes presupuestarios,** lo que permitió redirigir recursos hacia actividades prioritarias, responder con agilidad a nuevas demandas y reorganizar intervenciones sin comprometer la calidad técnica.

"La reasignación de recursos financieros permitieron redirigir recursos hacia actividades más prioritarias una vez se identificaban necesidades en el territorio" (socio implementador)

Sin embargo, algunos socios destacaron la necesidad de una mayor flexibilidad para optimizar aún más estos ajustes, ya que no fue posible completar actividades clave, como las campañas de educomunicación, lo que generó expectativas no cumplidas en el territorio. A pesar de que los ajustes presupuestarios ofrecieron flexibilidad para adaptar las actividades a las necesidades del territorio, no lograron mitigar completamente las limitaciones operativas. La subejecución observada se atribuyó principalmente a una planificación operativa inicial que no siempre contempló adecuadamente los tiempos, recursos y capacidades técnicas necesarias, lo que impidió la ejecución de algunas actividades dentro de los plazos establecidos.

En conjunto, las medidas adoptadas favorecieron un uso más eficiente de los recursos, especialmente cuando se contaba con herramientas claras, coordinación efectiva y capacidad operativa para tomar decisiones adaptativas. No obstante, su impacto estuvo condicionado por la disponibilidad oportuna de insumos, el grado de flexibilidad operativa y las capacidades institucionales de cada socio implementador.

6.5 Impacto

El criterio evalúa el grado en que una intervención ha generado cambios significativos, tanto positivos como negativos, previstos o no, y su impacto dentro de un alcance definido (OECD, 2021). A continuación, se detallan los hallazgos para cada pregunta de evaluación de este criterio.

¿Qué cambios específicos generó la implementación de la estrategia en las parroquias intervenidas, en contraste con aquellas donde no se llevó a cabo?

La evaluación de esta pregunta incorpora los hallazgos del estudio de Guzmán (2025)[27], que estima el impacto de las actividades del modelo de gestión local comunitario (MIP y CIPSN) y de los ciclos de mejora continua en los establecimientos de primer nivel de atención sobre variables de salud neonatal en las parroquias intervenidas, comparadas con parroquias similares sin intervención. En particular, el estudio analiza efectos sobre el peso y la talla al nacer, la prevalencia de bajo peso al nacer, las semanas de gestación y la incidencia de partos prematuros. Estas variables son relevantes debido a que forman parte de la cadena de resultados de la teoría de cambio para prevenir y reducir la DCI[28].

Las parroquias consideradas para la evaluación del modelo de gestión local comunitario incluyen, en la provincia de Imbabura: Angochagua, Chugá, Mariano Acosta, La Esperanza, Imantag, Miguel Egas Cabezas y San Rafael; y en la provincia de Pichincha: Cangahua. Como grupo de control se utilizaron todas las parroquias rurales no intervenidas de la provincia de Imbabura. En el caso de los ciclos de mejora continua, para la parroquia urbana de Alausí se utilizó como grupo de comparación a las demás parroquias urbanas de la provincia de Chimborazo, mientras que para las parroquias rurales de Achupallas y Tixán, el grupo de control estuvo conformado por las parroquias rurales no intervenidas de la misma provincia.

Los resultados muestran que las actividades del modelo de gestión local comunitario generaron efectos significativos en la salud neonatal. En términos de **peso al nacer**, se

[27] Para mayor detalle, véase el Anexo 8.
[28] Por un lado, el bajo peso al nacer es causa de retraso en el crecimiento en niñas y niños menores de 60 meses. Un metaanálisis de 17 estudios que abarcaron a un total de 642,596 niñas y niños en Indonesia muestran que un recién nacido con bajo peso tiene 2.4 veces más riesgo de retraso en el crecimiento antes de los 60 meses, a comparación de aquellos que nacieron con peso adecuado. Asimismo, un recién nacido prematuro presenta 2.12 veces más riesgo de retraso en el crecimiento antes de los 60 meses, a comparación de aquellos que nacieron a término (Gusnedi , y otros, 2023).

estima que la estrategia aumentó el peso promedio de los recién nacidos en 105 gramos (un incremento del 3.4 % respecto al promedio previo de 3.1 kg), con efectos consistentes en parroquias como Angochagua, Chugá, Mariano Acosta, La Esperanza, Imantag y Miguel Egas Cabezas. En cuanto a la **talla al nacer**, se observó un aumento promedio de medio centímetro en las parroquias de La Esperanza, Imantag y Miguel Egas Cabezas. En relación con la incidencia de **bajo peso al nacer**, Miguel Egas Cabezas experimentó una reducción, pasando del 10.7% en 2017 al 8.3% en 2023, mientras que, en San Rafael y Cangahua, la prevalencia aumentó, manteniéndose por encima del 10%. Finalmente, en cuanto a la **prematuridad**, el modelo de gestión local se asoció con un incremento promedio de 4 días en el tiempo de gestación en La Esperanza e Imantag.

El cuadro a continuación presenta el efecto promedio de la implementación del modelo de gestión local comunitario, que incluye MIP y CIPSN, en las parroquias de Imbabura y Pichincha[29].

Cuadro N° 11: Impacto del modelo de gestión comunitaria (MIP y CIPSN) sobre variables de salud neonatal

Grupo de parroquias	Variables de salud neonatal				
	Peso al nacer (kg)	Talla al nacer (cm)	Bajo peso al nacer (%)	Número de semanas de gestación	Nacimientos prematuros (%)
Grupo 2015 (Angochagua, Chugá y Mariano Acosta)	+ 0.14 kg**	No significativo	No significativo	No significativo	No significativo
Grupo 2016 (La Esperanza e Imantag)	+ 0.13 kg**	+ 0.42 cm***	No significativo	+ 0.61***	- 0.10***
Grupo 2018 (Miguel Egas Cabezas)	+ 0.13 kg***	+ 0.56 cm***	- 0.04**	No significativo	No significativo
Grupo 2019 (San Rafael y Cangahua)	No significativo	No significativo	+0.07**	No significativo	No significativo

Nota: La agrupación de las parroquias corresponde al año de inicio de la implementación de la estrategia en cada una.

Fuente: Guzmán (2025)
Elaboración propia

Por otro lado, los **ciclos de mejora continua** mostraron resultados limitados. En las tres parroquias intervenidas de Chimborazo no se identificaron efectos estadísticamente significativos sobre variables neonatales, como el peso y talla al nacer, bajo peso al nacer, semanas de gestación o prematuridad. En conjunto los hallazgos del estudio refuerzan que los efectos de la estrategia territorial han sido diferenciados según el tipo de intervención y las características de cada territorio. Mientras el modelo de gestión

[29] El Anexo 8 presenta gráficamente los resultados del impacto del modelo de gestión local comunitario.

local comunitario —que incluyen las MIP y los CIPSN— muestra efectos significativos en diversas dimensiones de la salud neonatal, los resultados asociados a los ciclos de mejora continua son más acotados, posiblemente debido a la corta duración del pilotaje en Chimborazo.

¿Qué factores relacionados con las características de las parroquias y la implementación de la estrategia explican la heterogeneidad observada en los impactos, y cómo estás fueron incorporadas en la estrategia?

Del análisis previo, se observa que las parroquias con los mejores resultados fueron La Esperanza e Imantag, que presentaron resultados significativos y positivos en 4 de las 5 variables analizadas. Le siguen Miguel Egas Cabezas, con resultados positivos y significativos en 3 de las 5 variables. Luego, se encuentran Angochagua, Chugá y Mariano Acosta, que mostraron 1 resultado significativo y positivo. Finalmente, San Rafael, Cangahua, Alausí, Achupallas y Tixán no registraron resultados positivos ni significativos en ninguna de las variables evaluadas.

El análisis de la heterogeneidad de impactos en las parroquias intervenidas por la estrategia territorial se centra en cinco factores clave: la implementación integral de la estrategia, la duración del acompañamiento técnico de UNICEF, la sostenibilidad de las actividades implementadas, la apropiación de los actores locales y las prácticas culturales. Los dos primeros factores se refieren a la implementación de la estrategia por parte de UNICEF y sus socios implementadores. Los siguientes dos factores se basan en el rol de los actores locales en la estrategia, mientras que el último factor aborda la influencia de las prácticas culturales y la participación comunitaria en los resultados obtenidos.

En cuanto a la **implementación integral de la estrategia**, se esperaría que una mayor cantidad de actividades implementadas se traduzca en mejores resultados, debido al carácter complementario de las intervenciones y la sinergia entre sus distintos componentes. Cada actividad contribuye a uno o más resultados inmediatos e intermedios, por lo que su integración debería fortalecer el impacto general de la estrategia. No obstante, los hallazgos muestran que esta relación no es lineal: en algunos territorios, una implementación más acotada se asoció con mejores resultados que en otros con un despliegue más amplio de actividades. Esta aparente contradicción sugiere que otros factores —como los que se analizan a continuación— podrían ser determinantes en la efectividad de la estrategia[30].

Respecto a la **duración del acompañamiento de UNICEF**, medido por el número de socios que estuvieron en cada parroquia[31], no se observa, a primera vista, una diferencia clara entre las parroquias con resultados significativos y las que no los presentan. Sin

[30] Dado que la información cualitativa disponible no permite establecer conclusiones definitivas sobre esta relación, se recomienda profundizar este análisis en futuras investigaciones.
[31] Las actividades realizadas por cada socio no solían solaparse, lo que implica que, a medida que más socios estaban presentes en una parroquia, mayor era la duración del acompañamiento técnico.

embargo, al analizar el tiempo de permanencia de cada socio en las parroquias, surgen diferencias notables. Las parroquias con mejores resultados se caracterizan por el acompañamiento de socios que estuvieron presentes durante más tiempo. A excepción de La Esperanza y Mariano Acosta, el socio implementador Sociedad Ecuatoriana de Salud Pública (SESP) estuvo en territorio durante aproximadamente tres años. Este tiempo prolongado de intervención probablemente facilitó un mayor aprendizaje, la adaptación continua a las necesidades del territorio y el establecimiento de relaciones más sólidas con los actores locales, lo que contribuyó a una implementación más efectiva. Por el contrario, las parroquias que no presentaron resultados significativos, a excepción de San Rafael, generalmente tuvieron un acompañamiento de un año o menos por parte de sus socios. Esta corta duración puede haber limitado el tiempo necesario para generar el aprendizaje, la adaptación y la continuidad en las actividades, factores clave para alcanzar resultados robustos y sostenidos en el tiempo.

En cuanto a la **sostenibilidad de actividades**, se destaca que las parroquias con resultados positivos y significativos suelen mantener más actividades implementadas hasta el 2025 sin la necesidad de un acompañamiento por parte de UNICEF. Esto refleja la capacidad de estas parroquias para consolidar y mantener las intervenciones de manera autónoma, lo que indica un nivel de apropiación y un compromiso institucional local más sólidos.

Asimismo, respecto a los factores de **apropiación por parte de los actores locales** y las **prácticas culturales**, el Cuadro N° 12 revela que, en general, las parroquias con mayor apropiación de las actividades y un mayor compromiso por parte de los actores locales obtienen mejores resultados. De manera similar, aquellos territorios donde las prácticas culturales no limitan significativamente el acceso a los servicios de salud y la provisión de agua segura muestran mejores resultados en las variables de salud neonatal. A continuación, se presenta un análisis detallado de cada parroquia en función de estos factores.

En **La Esperanza**, las MIP funcionaron, desde su implementación, como espacios activos de planificación, con amplia participación de los sectores relevantes. No obstante, el periodo 2019–2022 se caracterizó por una disminución en la participación institucional, atribuida a la limitada voluntad política de la administración local. Esta situación fue revertida en 2022 gracias al liderazgo técnico del GAD y del centro de salud, que permitió reactivar la mesa y canalizar acciones intersectoriales que respondieron a necesidades concretas, tales como visitas domiciliarias, coordinación con el CNH y ferias de salud. Además, la parroquia contó con un centro intercultural —el “Kushiwasi”— que, aunque de corta duración, fue valorado por su capacidad para promover participación comunitaria y aprendizaje práctico durante el acompañamiento de UNICEF. En esta parroquia no se identificaron prácticas culturales limitantes.

En **Imantag**, la estrategia se implementó de manera sólida, con continuidad institucional y una MIP eficaz. Destacó la alta coordinación entre el MSP y el MIES para identificar casos de riesgo, como gestantes sin atención prenatal. La estrategia se adaptó al contexto local, como lo demuestra la reubicación del CIPSN en el centro de salud para aumentar la asistencia. El GAD parroquial jugó un papel activo, priorizando la DCI y facilitando el transporte a comunidades dispersas. A diferencia de La Esperanza, en Imantag se implementó también el fortalecimiento de las juntas de agua, lo que mejoró la cloración y capacitó a los representantes en el vínculo entre calidad de agua y nutrición infantil. No obstante, se identificaron dos limitaciones relevantes: por un lado, la ausencia de mecanismos formales de traspaso de conocimientos entre administraciones de juntas de agua que aseguren la sostenibilidad de las prácticas implementadas; y por otro, la resistencia de la población adulta mayor a la cloración del agua, una barrera cultural que limitó su aceptación y redujo la cobertura del servicio en ciertas comunidades.

En **Miguel Egas Cabezas**, la implementación institucional se consolidó con una MIP operativa, un reglamento interno y convenios interinstitucionales. El GAD parroquial priorizó recursos para poblaciones vulnerables, y el centro intercultural activo junto con la vigilancia comunitaria, como puente entre la comunidad y los servicios, contribuyeron positivamente a las variables de salud neonatal. Sin embargo, se presentaron limitaciones, como la alta rotación de cabildos y dirigentes comunitarios, lo que afectó la continuidad de procesos clave. La ausencia de mecanismos de traspaso institucional y la falta de formación sistemática para nuevos líderes crearon vacíos en la gestión, debilitando la articulación territorial. Tras el retiro del acompañamiento técnico de UNICEF, la capacidad local para mantener los espacios intersectoriales disminuyó, y el centro intercultural se vio afectado por la falta de asignación presupuestaria estable. También se identificaron resistencias a la cloración del agua y al uso de fuentes alternativas a ríos u otros cuerpos de agua similares.

Por su parte, **Angochagua** experimentó una implementación madura y bien articulada de la estrategia territorial. Fue una de las primeras parroquias en adoptar la estrategia, con una MIP activa desde 2015 y una participación coordinada entre el MSP, el MIES, el GAD y líderes comunitarios. Durante el acompañamiento de UNICEF, se destacó el compromiso sostenido de los actores locales, que incluyó el uso de recursos logísticos del GAD y el funcionamiento continuo de los CIPSN hasta al menos 2023. Estos espacios promovieron prácticas como el uso de alimentos locales, la articulación con el CNH y una metodología adaptada al contexto rural. La vigilancia comunitaria se consolidó, con la formación de vigilantes y una articulación efectiva con el centro de salud. A pesar del retiro de UNICEF, se mantuvo la operatividad de espacios clave como el Comité Local de Salud. Los resultados obtenidos reflejan no solo la duración e intensidad de la intervención, sino también la apropiación local del modelo y la sostenibilidad de ciertos componentes más allá del acompañamiento externo.

En el caso de **Chugá**, se identificó una implementación articulada de la estrategia territorial durante el acompañamiento de UNICEF. Este periodo se caracterizó por una articulación efectiva entre el MSP, el MIES, el GAD y líderes comunitarios, que permitió ejecutar ferias de salud, caravanas médicas y campañas de vacunación. El GAD parroquial asignó recursos para apoyar estas actividades, evidenciando un compromiso político significativo. Sin embargo, tras el retiro de UNICEF, la frecuencia y calidad de las reuniones de la MIP disminuyeron, debilitando el seguimiento y la sostenibilidad. Por ello, si bien los resultados positivos podrían asociarse al impacto de la etapa inicial de la estrategia, no parecen derivarse de un proceso sostenido de apropiación de los actores locales.

En **Mariano Acosta**, las MIP funcionaron activamente entre 2016 y 2019, lideradas por las autoridades parroquiales, quienes lograron institucionalizarlas mediante resolución y reglamento. Sin embargo, la participación de los actores locales ha disminuido y, en la actualidad, las MIP ya no están activas. Aunque se valoraron positivamente los logros alcanzados durante el acompañamiento técnico, como la concreción de acuerdos claros y con corresponsabilidad, la participación comunitaria se promovió mediante actividades como la pambamesa. No obstante, la falta de recursos presupuestarios afectó la realización de diversas actividades, limitando la continuidad de la estrategia.

Las parroquias de San Rafael y Cangahua no presentaron cambios significativos en las variables analizadas. En el caso de **San Rafael**, se observó una apropiación de la estrategia por parte del sector salud, donde se valoró especialmente la vigilancia comunitaria y los CIPSN. Como señaló un actor local: “la vigilancia comunitaria ha sido clave para mejorar la respuesta en salud y nutrición” y “los CIPSN han acercado los servicios a la comunidad en un formato más amigable”. No obstante, esta apropiación no logró traducirse en mejoras sostenidas debido a diversas limitaciones estructurales, como la falta de presupuesto fijo, la escasa dotación de materiales didácticos y la alta rotación de personal, que afectaron la continuidad de las actividades.

Por su parte, en **Cangahua**, la apropiación de la MIP fue baja, especialmente por parte del presidente del GAD, quien tiende a delegar las responsabilidades. Si bien esto permitió la realización de las sesiones, no garantizó la concreción de acuerdos, ya que los delegados no contaban con poder de decisión sobre la asignación de recursos. La estrategia implementada careció de institucionalización, lo que resultó en el debilitamiento de las mesas tras la salida de UNICEF. Además, las barreras culturales y logísticas dificultaron la sostenibilidad del modelo en esta parroquia.

En **Achupallas**, el compromiso del centro de salud ha sido determinante para la apropiación y continuidad de la estrategia. La lideresa del establecimiento ha asumido un rol activo en la articulación institucional y comunitaria, el fortalecimiento de la vigilancia comunitaria y la implementación de ciclos de mejora, lo cual ha mejorado la prestación de servicios y la cobertura del paquete priorizado. No obstante, la

participación del GAD parroquial ha enfrentado desafíos: sus representantes inicialmente no comprendían plenamente el funcionamiento ni la relevancia de las MIP, lo que limitó la articulación efectiva ya que ellos tienen la función de liderar las MIP. Se observa, además, una escasa participación de actores clave como el MINEDUC, y dificultades para convocar a las comunidades más alejadas, donde persiste cierto rechazo a la atención médica formal.

En **Tixán**, la implementación ha avanzado de forma estructurada, impulsada por el liderazgo técnico del centro de salud y una participación del equipo interinstitucional. Desde 2023, con apoyo inicial de UNICEF, se fortalecieron componentes como la MIP, la vigilancia comunitaria y los ciclos de mejora continua, logrando descentralizar los servicios hacia comunidades remotas mediante ferias itinerantes. Esta estrategia facilitó el acercamiento de los servicios a la población y promovió una mayor apropiación comunitaria. Sin embargo, persisten limitaciones relacionadas con la disponibilidad de personal de salud extramural, la falta de incentivos para los vigilantes y resistencias culturales en algunas comunidades indígenas. A pesar de estas barreras, la planificación operativa de la MIP ha sostenido la coordinación intersectorial y mejorado la vinculación con comunidades geográficamente dispersas.

En **Alausí**, la MIP fue recientemente activada en febrero de 2025, tras ser priorizada por el MSP. Previamente, solo se desarrollaban Mesas Intersectoriales Cantón (MIC), lo que dificultaba una gestión focalizada en la parroquia. La falta de un presupuesto específico y de una institucionalización consolidada de la estrategia territorial puede explicar los resultados obtenidos, ya que no existía una coordinación exclusiva a nivel parroquial. Además, persisten barreras logísticas, escasa movilización y la falta de incentivos, lo que limita la efectividad y sostenibilidad de las acciones implementadas en el territorio.

En resumen, la heterogeneidad en los impactos observados en las parroquias intervenidas por la estrategia territorial refleja la interacción de múltiples factores, tanto internos como externos. La implementación de la estrategia, en particular la duración del acompañamiento y la apropiación por parte de actores locales, desempeñó un papel clave en los resultados obtenidos. Las parroquias con una implementación más sólida, una mayor continuidad en el acompañamiento y un mayor compromiso institucional, como Imantag, Angochagua y La Esperanza, presentaron resultados más positivos y sostenibles. Por otro lado, la falta de recursos, la rotación de autoridades y las barreras socioculturales, evidenciadas especialmente en parroquias como Cangahua, San Rafael y Alausí, limitó el éxito de la intervención.

Cuadro N° 12: Factores clave que explican la heterogeneidad en los efectos de la estrategia territorial

Parroquia	Implementación integral de la estrategia	Duración del acompañamiento técnico de UNICEF	Sostenibilidad de actividades	Apropiación de los actores locales	Prácticas culturales
La Esperanza	○	●	●	●●●	●●●
Imantag	●●	●●●	●	●●●	●●
Miguel Egas Cabezas	●●	●●	●●	●●	●
Angochagua	○	●●●	●●●	●●●	●●
Chugá	○	●●●	●●●	●	●●
Mariano Acosta	○	●	●	○	●●●
San Rafael	●●●	●●●	●	●●	●
Cangahua	●●●	●●●	○	●	●●●
Alausí	●●	●●●	●	●●	○
Achupallas	●●	●●●	●	●●	○
Tixán	●●	●●●	○	●●	○

Elaboración propia

Leyenda:

Implementación completa de la estrategia	Duración del acompañamiento técnico de UNICEF	Sostenibilidad de las actividades	Apropiación de los actores locales	Prácticas culturales
●●● = estrategia integral (6 actividades)	●●● = 3 o 4 socios	●●● = 100% de actividades implementadas se sostienen	●●● = apropiación adecuada	●●● = prácticas culturales no limitan el uso de servicios de salud y provisión de agua segura
●● = 5 de 6 actividades	●● = 2 socios	●● = 75% - 99%	●● = apropiación parcial	●● = limitación débil
● = Más de 2 y menos de 5 actividades	● = 1 socio	● = 50% - 74%	● = apropiación débil	● = limitación parcial
○ = Solo MIP, CIPSN o ambos		○ = < 50%	○ = no existió apropiación	○ = limitación fuerte

¿Cómo la estrategia territorial generó cambios en normativas, políticas o en la provisión y ampliación de servicios públicos relacionados con la prevención y reducción de la DCI?

La estrategia territorial generó avances en la institucionalización de mecanismos operativos y en la adopción de lineamientos normativos y de política pública vinculados a la prevención y reducción de la DCI. Uno de los resultados más relevantes fue el **reconocimiento formal de las MIP y la vigilancia comunitaria en instrumentos normativos nacionales.** Las MIP fueron incorporadas en la Ley Orgánica para Prevenir y Erradicar la Malnutrición en el Ecuador[32], mientras que la vigilancia comunitaria fue incluida en el Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil[33]. Esta inclusión normativa fortaleció su institucionalización, lo cual permitió establecer MIP y capacitar a vigilantes comunitarios en otras parroquias fuera del ámbito de intervención. En este contexto, la evaluación de la articulación intersectorial de la política pública del Ecuador referente a la DCI, elaborada por la STECSDI (2024), destacó la falta de mecanismos formales de coordinación entre los niveles central y local como una barrera significativa para la efectividad de las MIP. Aunque esta limitación fue reconocida en la evaluación, la promulgación de la Ley Orgánica en 2025 ha establecido un marco normativo más sólido, que facilita una coordinación y participación más formalizada entre los diferentes niveles de gobierno. No obstante, la evaluación también subraya que las limitaciones de recursos y las condiciones locales, como infraestructura inadecuada y dificultades logísticas, impactan en la participación de los actores locales. Estos desafíos continúan restringiendo el compromiso y la implementación efectiva de las MIP en diversas regiones.

Asimismo, el **componente de cambio social y de comportamiento evolucionó en la Estrategia de comunicación para el desarrollo para la prevención de la DCI de la STECSDI**. Esta estrategia busca movilizar a la población mediante una comunicación efectiva y participativa, promoviendo la corresponsabilidad en la prevención de la DCI a nivel individual, familiar y comunitario. Sin embargo, la posibilidad de replicar de otros componentes, como los centros interculturales, ha sido más limitada, debido a que su sostenibilidad depende no solo del reconocimiento de las particularidades de cada territorio, sino también del fortalecimiento de las capacidades institucionales locales.

En el plano operativo, como parte del despliegue territorial de la estrategia, en el 2024 se desarrolló en Chimborazo un pilotaje de **ciclos de mejora continua** en establecimientos del primer nivel de atención, que incluyó la aplicación de la Herramienta de Evaluación de la Calidad de la Prestación del Paquete Priorizado

[32] En su artículo 18, esta norma establece la conformación de Mesas Intersectoriales parroquiales y cantonales, coordinadas por el organismo rector en materia de prevención y reducción de la desnutrición infantil, como mecanismos para garantizar la adecuada ejecución de acciones en territorio.

[33] Si bien la vigilancia epidemiológica comunitaria no fue contemplada inicialmente en el Plan (STECSDI, 2021), el documento *Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil: Avances de la política pública orientada al abordaje de la desnutrición crónica infantil* (STECSDI, 2023) la reconoce posteriormente como uno de los avances alcanzados en el marco del eje 6 del Plan.

(HECAPP) para identificar brechas en la atención a gestantes y niños menores de 2 años. A partir de esta experiencia, en el 2025, el MSP y UNICEF iniciaron la **aplicación de la HECAPP en 45 establecimientos a nivel nacional**, como parte de un esfuerzo por medir y verificar la calidad de la provisión del paquete priorizado, incluyendo control prenatal, vacunación, valoración nutricional y suplementación.

A nivel nacional, la estrategia contribuyó a un **mayor posicionamiento de la DCI en la agenda pública nacional**, lo que generó un entorno favorable para la adopción de reformas institucionales que no estaban contempladas en el diseño inicial. La visibilidad que se otorgó a la DCI en los territorios, junto con el trabajo de abogacía de UNICEF, facilitó el reconocimiento de la problemática a nivel nacional y el compromiso de los actores clave. En este contexto, se generaron avances institucionales, como la creación de la **STECSDI** y la inclusión de un **PPoR enfocado en la prevención y reducción de la DCI**. Si bien estos cambios no pueden atribuirse a la estrategia, su despliegue territorial y la movilización de actores contribuyeron a alinear agendas y a generar sinergias que facilitaron dichas reformas. Además, la colaboración entre UNICEF, el MSP, la STECSDI y organismos internacionales como la CAF y el Banco Mundial fue clave para la canalización de recursos y el fortalecimiento del marco institucional.

"UNICEF impulsó procesos de abogacía para que estos temas se incluyeran en los planes de desarrollo y promovió su visibilidad en los espacios de toma de decisión a nivel nacional" (oficial de UNICEF)

A nivel local, la estrategia territorial promovió la **incorporación de la DCI en los instrumentos de planificación y gestión** de determinados GAD parroquiales. En estos casos, el tema se integró como prioridad en los Planes de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (PDyOT), y se reflejó en presupuestos y acciones comunitarias específicas. De acuerdo con los puntos focales de UNICEF, en algunos distritos de salud del MSP, se incorporaron componentes de la estrategia, como la vigilancia comunitaria y los ciclos de mejora continua, en la planificación operativa institucional. Según los testimonios recogidos, "*el MSP ha incorporado la vigilancia comunitaria y los ciclos de mejora continua dentro de su planificación operativa"*, y *"diversos GAD parroquiales han incluido la DCI en sus planes de desarrollo y la han considerado en la asignación presupuestaria".*

Los actores clave consultados coincidieron en que la estrategia territorial influyó en decisiones relacionadas con la provisión de servicios públicos y en la definición de prioridades institucionales vinculadas a la DCI. No obstante, la adopción e institucionalización de actividades fue desigual entre los territorios. Se considera que esta heterogeneidad puede explicarse por diferencias en el compromiso de los gobiernos locales, la capacidad operativa en los territorios, la disponibilidad de recursos

y el grado de integración normativa alcanzado y, en particular, por la duración del acompañamiento recibido. En este sentido, se observa que las parroquias de intervención en las provincias de Imbabura y Pichincha cuentan con una trayectoria más extensa de implementación en comparación con las parroquias de Chimborazo, lo que habría facilitado una mayor consolidación de procesos. A pesar de estas limitaciones, la estrategia contribuyó a priorizar la DCI en procesos locales de planificación y a fortalecer la articulación intersectorial mediante prácticas que, en varios casos, se integraron en las estructuras de gestión pública existentes.

6.6 Sostenibilidad

El criterio de sostenibilidad se refiere a la capacidad de una intervención para mantener y continuar produciendo los resultados deseados después de la finalización del apoyo externo, en este caso, del cese de operaciones de UNICEF. Este análisis se centra en identificar los factores que aseguran la persistencia de los cambios y los que podrían llevar a su reversión una vez que la intervención de la estrategia ha concluido. Además, se examina si las parroquias y comunidades se han apropiado efectivamente de las actividades promovidas, integrándolas en sus dinámicas, y si cuentan con capacidades institucionales, sociales, económicas y financieras para enfrentar desafíos futuros de manera autónoma. A continuación, se detallan los hallazgos para cada pregunta de evaluación de este criterio.

¿Qué factores habilitantes y limitantes, presentes en las parroquias y comunidades, determinan la sostenibilidad de los resultados de la estrategia tras el cese de operaciones de UNICEF, y de qué manera han sido abordados por la estrategia local?

La sostenibilidad de los resultados tras el retiro de UNICEF ha estado determinada por una combinación de factores habilitantes y limitantes presentes en cada territorio. En cuanto a los **factores habilitantes**, destacan el liderazgo comunitario, la corresponsabilidad familiar y la continuidad de mecanismos como las mesas intersectoriales parroquiales y la vigilancia comunitaria. Estos elementos han sido clave para que, al 2025, el 61% de las actividades implementadas en las parroquias de Imbabura, Pichincha y Chimborazo continúen en ejecución[34]. La continuidad ha sido mayor en territorios como Chugá, Angochagua, Licán, Miguel Egas Cabezas y Lizarzaburu, donde más del 75% de las actividades permanecen activas, mientras que otras parroquias, como Veloz, Sibambe y Tixán, mantienen en ejecución solo una parte mínima de estas. Las actividades más sostenidas han sido aquellas respaldadas por dinámicas de participación comunitaria y compromiso institucional local, como las MIP y la vigilancia comunitaria. En cambio, las relacionadas con el componente de WASH y

[34] Para mayor detalle, véase el Anexo 14.

el de cambio social y de comportamiento enfrentaron más dificultades, ya que dependen de mayor soporte técnico y recursos financieros [35].

En términos institucionales y sociales, se han mantenido mecanismos de coordinación entre el MSP, el MIES y los GAD parroquiales, como la articulación interinstitucional en mesas parroquiales, las visitas conjuntas y el seguimiento territorial compartido. También se ha sostenido el liderazgo comunitario y la corresponsabilidad familiar, que han sido elementos clave para la continuidad de ciertas actividades en los territorios.

En términos financieros, no se han identificado mecanismos formales que garanticen la sostenibilidad de los resultados, como presupuestos asignados específicamente a nivel local o nacional. Ante esta ausencia, los actores entrevistados coinciden en la necesidad de institucionalizar los procesos mediante acuerdos ministeriales, lineamientos técnicos oficiales y la incorporación explícita de recursos en la planificación pública. Como menciona un funcionario del MSP: "*La clave será institucionalizar los procesos mediante acuerdos ministeriales y presupuesto protegido*".

"La clave será institucionalizar los procesos mediante acuerdos ministeriales y presupuesto protegido" (funcionario del MSP)

Entre los principales **factores limitantes** se identifican la rotación frecuente de autoridades, la escasez de recursos y la persistencia de barreras socioculturales. Los actores entrevistados coincidieron en que estos desafíos se gestionaron de forma localizada y sin una estrategia estructural de superación a largo plazo. Según relataron, *"el cambio constante de autoridades afecta la confianza y continuidad"*, y *"la falta de transporte limita el trabajo territorial"*. En algunos casos, se lograron respuestas positivas como acuerdos comunitarios, mayor articulación interinstitucional o fortalecimiento de liderazgos locales; sin embargo, la mayoría de estas acciones fueron reactivas y aisladas. Como menciona un funcionario del MIES: "*Tras el retiro de UNICEF, se ha perdido el acompañamiento y el seguimiento articulado. Estos factores han representado principalmente desafíos*".

La sostenibilidad también se ha visto afectada por la ausencia de respaldo político, participación y recursos locales en muchas de las actividades implementadas. Las MIP, por ejemplo, favorecieron la articulación territorial, pero enfrentaron una débil institucionalización y bajo involucramiento de los presidentes de los GAD parroquiales. Un funcionario del MSP señaló que *"existe una falta de empoderamiento del GAD parroquial, especialmente por los cambios frecuentes en la presidencia. Aunque las mesas intersectoriales parroquiales continuaron tras el retiro de UNICEF, su*

[35] En el caso del componente de cambio social y de comportamiento, se avanzó hasta la elaboración de planes, pero su implementación no fue posible por falta de recursos.

funcionamiento se ha debilitado progresivamente". Adicionalmente, los centros interculturales funcionaron mayoritariamente con apoyo externo, y aunque algunos GAD parroquiales realizaron aportes logísticos o de infraestructura, estos no fueron sistemáticos ni suficientes. En vigilancia comunitaria, el compromiso de los vigilantes es limitado debido a la falta de incentivos económicos o disponibilidad de materiales. La estrategia de cambio social y de comportamiento contó con diagnósticos y planes, pero en la mayoría de los casos se reportó que *"no llegaron a ejecutarse por falta de recursos"*. En contraste, algunos centros de salud lograron incluir los ciclos de mejora continua en su planificación interna. Finalmente, en el componente WASH, se observaron mejores resultados cuando coincidieron liderazgo comunitario, voluntad política y asistencia técnica, aunque esto no fue generalizado.

Finalmente, si bien las guías de implementación funcionaron como herramientas técnicas valiosas para la ejecución de actividades, no contemplaron medidas explícitas para la sostenibilidad, como planes de salida, estrategias de transición o lineamientos operativos para la continuidad tras el retiro de los socios implementadores. Según un actor clave, "las guías no incluían ninguna estrategia de salida. Las medidas para asegurar cierta continuidad fueron iniciativas internas de nuestro equipo, no lineamientos establecidos por la estrategia. Intentamos dejar mecanismos que permitieran sostener las acciones tras nuestra salida, pero no formaban parte de los documentos oficiales". Esta omisión limitó su utilidad para acompañar procesos de transición o fortalecer la integración institucional de las acciones promovidas. En conjunto, la sostenibilidad alcanzada refleja avances importantes impulsados desde lo local, pero también evidencia la necesidad de integrar estos esfuerzos en estructuras institucionales más robustas que garanticen su permanencia a largo plazo.

¿Cuáles son las principales lecciones aprendidas y buenas prácticas relacionadas con la sostenibilidad programática, financiera y de gestión de la estrategia?

Las lecciones aprendidas y buenas prácticas relacionadas con la sostenibilidad programática, financiera y de gestión surgieron principalmente del trabajo en territorio, donde se evidenció la importancia del fortalecimiento de capacidades locales, la articulación intersectorial y la adaptación operativa a contextos diversos. Durante la implementación de la estrategia, los socios implementadores identificaron un total de 18 prácticas, de las cuales 14 fueron consideradas buenas prácticas al cumplir con criterios asociados a la sostenibilidad[36].

Entre las prácticas vinculadas a la presencia territorial y gestión operativa, se destacó el trabajo territorial sostenido como base para generar confianza y la importancia del

[36] Se considera una buena práctica aquella que cumple con al menos dos de los siguientes criterios: (i) fortalece capacidades locales, (ii) contribuye a la continuidad de los resultados, (iii) ha sido valorada positivamente por actores clave y replicada en otros contextos, y (iv) ha sido documentada de manera sistemática, lo que facilita su replicación o escalamiento.

trabajo en equipo frente a discrepancias técnicas. En relación con la articulación intersectorial y participación comunitaria, se valoró la integración de componentes como salud, agua, educación y comunicación, la articulación con cabildos, promotores, parteras y autoridades locales, la incorporación de mediadores culturales y lingüísticos y el involucramiento activo de la comunidad desde el inicio del proceso. En el ámbito del fortalecimiento de capacidades locales, se identificó la formación de tutores y liderazgos comunitarios como una práctica clave. Finalmente, en cuanto a la gestión adaptativa y mejora continua, se identificaron como buenas prácticas la flexibilidad metodológica en las guías de implementación, la retroalimentación técnica que permitió mejorar herramientas asumidas como política pública, la documentación sistemática de procesos para su escalabilidad, y la necesidad de contar con metodologías claras para espacios como las mesas intersectoriales.

Los espacios de intercambio promovidos entre UNICEF y los socios implementadores fueron ampliamente valorados por su utilidad para fortalecer la implementación de la estrategia. Permitieron compartir aprendizajes, facilitar ajustes operativos y alinear las intervenciones con las dinámicas locales. Estos espacios, utilizados activamente a través de reuniones técnicas, retroalimentación continua y coordinación directa entre UNICEF y sus socios, permitieron redefinir cronogramas, adaptar herramientas y reorganizar actividades. Como señaló un socio implementador, *“los ajustes se adoptaron rápidamente gracias al diálogo técnico fluido”*, lo que evidencia el valor práctico de estos mecanismos. Sin embargo, algunos actores advirtieron que los aprendizajes generados en estos espacios no fueron formalizados ni escalados al nivel nacional, lo que limitó su impacto institucional. En efecto, se reportó *que “los ajustes fueron adoptados en el ámbito local, pero no fueron recogidos formalmente por el nivel nacional”.*

En cuanto al grado de adopción de las recomendaciones basadas en estas lecciones aprendidas, los socios reportaron una incorporación moderada. En varios casos, se destacó una apertura por parte de UNICEF para realizar ajustes operativos, especialmente en cronogramas, actividades y herramientas. No obstante, en otros casos, se identificaron límites para la adopción de recomendaciones que abordaban problemáticas estructurales más amplias, como la falta de una política pública sólida en atención primaria de salud, lo que superaba las posibilidades de intervención directa por parte de UNICEF.

7. Conclusiones

Esta sección presenta las principales conclusiones de la evaluación formativa de la estrategia territorial. Las conclusiones sintetizan los hallazgos clave de los seis criterios de evaluación.

Pertinencia

1. La estrategia territorial es pertinente, en tanto aborda de manera los principales determinantes de la DCI. No obstante, la falta de una teoría de cambio explícita limitó la definición clara de los resultados esperados y de los mecanismos mediante los cuales se buscaba alcanzarlos. Además, persisten desafíos en la generación de una demanda efectiva por servicios de salud y agua segura, especialmente en contextos rurales donde las barreras culturales y la percepción de baja utilidad de los servicios limitan su uso.

2. La estrategia territorial mantiene su relevancia para responder a las necesidades de salud infantil y fortalecer la coordinación interinstitucional a nivel local. Sin embargo, su capacidad de adaptación a cambios contextuales ha sido parcial y altamente dependiente del nivel de compromiso institucional en los territorios. En aquellos contextos donde existió un liderazgo activo de actores locales, participación constante en las MIP, asignación de recursos y apropiación local de las actividades, la estrategia logró ajustarse con mayor eficacia a las dinámicas del entorno.

3. La estrategia territorial muestra una sólida alineación conceptual y programática con los principales instrumentos de política pública del Ecuador para la prevención y reducción de la DCI, como la ENECSDI, el PIANE, Misión Ternura y el PRAMIE. Comparte enfoques clave como la atención a los primeros mil días de vida, la articulación intersectorial y el fortalecimiento del paquete priorizado de servicios. Para sostener esta alineación en el tiempo, resulta necesario establecer un mecanismo formal de actualización que permita incorporar de manera sistemática las nuevas prioridades nacionales en salud y nutrición infantil.

4. La estrategia territorial evidenció un avance inicial en la incorporación de los enfoques de género, derechos humanos e inclusividad, con una orientación clara hacia poblaciones vulnerables, la promoción de la participación comunitaria y algunas adaptaciones culturales. Para fortalecer su implementación, se requiere consolidar estos enfoques mediante lineamientos operativos más definidos, estrategias diferenciadas que respondan a contextos específicos —como barreras lingüísticas o culturales— y mecanismos efectivos de participación que garanticen equidad y accesibilidad.

Coherencia

5. La estrategia fue valorada por complementar procesos ya existentes en los territorios, en lugar de sustituirlos. Un ejemplo destacado fue la adaptación del rol de los vigilantes comunitarios, que pasaron de estar enfocados en el monitoreo de la COVID-19 a identificar factores de riesgo asociados a la desnutrición crónica infantil. También se promovieron actividades participativas —como ferias, talleres y caravanas— que reforzaron los esfuerzos de educación nutricional y el involucramiento de las familias.

6. La estrategia territorial logró un alto grado de coordinación con instituciones clave como el MSP, el MIES y los GAD parroquiales, principalmente a través de las MIP. Esta articulación permitió fortalecer las acciones en salud y nutrición infantil; sin embargo, su funcionamiento fue desigual entre territorios y dependió más del compromiso individual de los actores locales que de mecanismos institucionales formales que garantizaran su continuidad. Además, la débil definición de lineamientos nacionales sobre la implementación y liderazgo de las MIP ha limitado su consolidación como espacios intersectoriales.

7. La implementación territorial enfrentó condiciones estructurales que limitaron la coordinación interinstitucional. Entre ellas se incluyeron la rotación frecuente de autoridades locales, la baja disponibilidad presupuestaria en algunos GAD parroquiales para implementar acciones vinculadas a la prevención y reducción de la DCI y la existencia de barreras geográficas o culturales. Estas condiciones generaron una articulación heterogénea y dificultaron una implementación uniforme de la estrategia.

8. La limitada articulación entre las distintas líneas programáticas de UNICEF en la estrategia territorial se explicó, en parte, por la ausencia de un mecanismo formal de gobernanza interna. Al no contar con un articulador transversal con mandato explícito de integración operativa, la generación de sinergias en territorio dependió principalmente de iniciativas puntuales.

Efectividad

9. La estrategia territorial logró avances relevantes en los resultados inmediatos e intermedios previstos en su teoría de cambio, destacando mejoras en la articulación intersectorial, la atención oportuna a gestantes y niños con factores de riesgo, la adopción de prácticas adecuadas de cuidado y alimentación, y la provisión de servicios de salud y agua segura. Las MIP y la vigilancia comunitaria fortalecieron la coordinación local y facilitaron la identificación y respuesta a necesidades del territorio, aunque su efectividad y sostenibilidad variaron según el compromiso institucional, la continuidad del acompañamiento técnico y el liderazgo comunitario. Las prácticas de cuidado infantil, como la lactancia

materna, la alimentación complementaria y la asistencia a controles, mostraron una creciente apropiación por parte de madres y cuidadores. En relación con el agua, se fortaleció la gestión operativa de las juntas y se mejoraron los procesos de cloración y monitoreo; sin embargo, persistieron desafíos asociados al uso de prácticas seguras de tratamiento en el hogar y a deficiencias en la infraestructura en algunas zonas.

10. La disponibilidad y calidad de datos para el seguimiento de la estrategia territorial presentó oportunidades de mejora. Aunque se dispuso de reportes periódicos de los socios implementadores, la ausencia de formatos estandarizados e indicadores comunes dificultó la comparabilidad entre territorios y la consolidación de una visión integral del avance. Además, la limitada disponibilidad de información oficial desagregada a nivel parroquial sobre salud y nutrición infantil restringió la posibilidad de evaluar con mayor precisión la evolución de la DCI y otros indicadores relevantes. Contar con datos más completos y sistemáticos hubiera fortalecido el análisis evaluativo.

11. La estrategia territorial generó resultados no previstos positivos, como el fortalecimiento del liderazgo comunitario y una mayor visibilidad de la DCI en la agenda pública nacional. No obstante, estos avances también tuvieron efectos no deseados. Por un lado, la focalización en la DCI redujo la atención a otras dimensiones del desarrollo infantil temprano, afectando la integralidad de las intervenciones orientadas a la primera infancia. Por otro lado, el escalamiento hacia contextos urbanos no estuvo acompañado de una adaptación suficiente al nuevo entorno, donde la ausencia de figuras comunitarias presentes en zonas rurales —como parteras o juntas de agua— limitó la apropiación local y puede comprometer el logro de resultados.

Eficiencia

12. El análisis financiero evidenció un control adecuado del gasto operativo, destinado principalmente a funciones administrativas, lo cual permitió canalizar la mayor parte de los recursos hacia actividades sustantivas de la estrategia. Sin embargo, en la mayoría de los casos se identificaron diferencias importantes entre los presupuestos aprobados y su ejecución, atribuibles principalmente a subejecución. Esta situación puso en evidencia limitaciones en la planificación financiera, así como desafíos en la alineación entre los recursos disponibles y las necesidades operativas reales en los territorios, especialmente en contextos rurales con mayor complejidad.

13. Las guías de implementación elaboradas por UNICEF fueron ampliamente valoradas por los socios implementadores por su utilidad para estandarizar procesos y orientar la ejecución en territorio. Además de facilitar la capacitación del personal técnico y optimizar el uso de recursos, estas herramientas

demostraron flexibilidad al ser adaptadas a contextos urbanos y rurales. Esta adaptabilidad fortaleció la planificación territorial y contribuyó a una gestión más eficiente, al evitar esfuerzos duplicados y permitir el aprovechamiento de aprendizajes previos.

14. La posibilidad de solicitar ajustes presupuestarios durante la implementación fue reconocida como una medida clave por parte de los socios implementadores, ya que permitió reorganizar actividades y redistribuir recursos según prioridades emergentes en territorio. Esta flexibilidad contribuyó a mejorar la respuesta operativa frente a condiciones cambiantes. No obstante, su alcance fue limitado frente a otras restricciones estructurales, como la duración reducida de los periodos de implementación, que continuaron afectando la ejecución plena de las actividades previstas.

Impacto

15. La implementación de la estrategia territorial generó cambios positivos y estadísticamente significativos en variables clave de salud neonatal en varias parroquias intervenidas, en comparación con aquellas donde no se ejecutó. En particular, el modelo de gestión local comunitario —a través de las MIP y CIPSN— se asoció con incrementos en el peso y la talla al nacer, una mayor duración del embarazo y una menor incidencia de partos prematuros en territorios como La Esperanza, Imantag y Miguel Egas Cabezas. En contraste, los ciclos de mejora continua implementados en establecimientos de Chimborazo no mostraron impactos significativos sobre estas variables, posiblemente debido a su menor tiempo de implementación.

16. La heterogeneidad de los impactos observados en las parroquias intervenidas se explica por una combinación de factores relacionados con la implementación de la estrategia y las condiciones locales. Las parroquias con mejores resultados contaron con un acompañamiento técnico prolongado, una apropiación efectiva por parte de los actores locales y una menor presencia de barreras socioculturales. Si bien la estrategia fue flexible y logró adaptarse a distintos contextos, la sostenibilidad de los resultados dependió en gran medida de la capacidad local para mantener las acciones sin acompañamiento externo, lo que evidencia la necesidad de reforzar la institucionalización y el liderazgo local en futuras implementaciones.

17. La estrategia territorial contribuyó de manera significativa a la institucionalización de mecanismos operativos y al fortalecimiento del marco normativo y de políticas públicas orientadas a la prevención y reducción de la DCI. Su despliegue en territorio facilitó el reconocimiento formal de instrumentos como las MIP y la vigilancia comunitaria en normativas nacionales, promovió su expansión a otras parroquias fuera del ámbito de intervención inicial, e impulsó la aplicación de

herramientas como la HECAPP para evaluar la calidad del paquete priorizado. A nivel local, fomentó la inclusión de la DCI en los planes de desarrollo y en la planificación operativa de GAD y distritos de salud. Sin embargo, la adopción e institucionalización de estas prácticas fue heterogénea entre territorios, influida por factores como el compromiso político, la capacidad institucional, la disponibilidad de recursos, entre otros.

Sostenibilidad

18. La estrategia territorial promovió condiciones favorables para la sostenibilidad de las acciones en varios territorios, especialmente a través del fortalecimiento del liderazgo comunitario, la corresponsabilidad familiar y la permanencia de mecanismos como las MIP y la vigilancia comunitaria. Estas condiciones permitieron que, al 2025, el 61 % de las actividades implementadas continuaran en ejecución tras el retiro de UNICEF, lo que refleja un alto nivel de apropiación local y compromiso institucional en contextos donde se consolidó una alianza efectiva entre actores comunitarios y autoridades locales.

19. La estrategia contribuyó al fortalecimiento de capacidades locales y a la generación de dinámicas intersectoriales que facilitaron la continuidad de las intervenciones en salud y nutrición infantil. No obstante, la sostenibilidad de estas acciones fue desigual entre territorios. En aquellos con mayores desafíos —como la rotación frecuente de autoridades, la limitada asignación presupuestaria y el escaso reconocimiento institucional de los actores comunitarios— se dificultó la consolidación de las iniciativas en estructuras permanentes del sector público. Esto resalta la necesidad de reforzar los marcos de sostenibilidad tanto a nivel nacional como local.

20. Se identificaron buenas prácticas que aportaron a la sostenibilidad programática, financiera y de gestión, como el fortalecimiento de liderazgos comunitarios, la adaptación operativa a contextos diversos y la flexibilidad metodológica de las guías de implementación. Estas herramientas fueron retomadas por el MSP para desarrollar documentos institucionales —como las guías para MIP y vigilancia comunitaria—, lo que fortaleció la apropiación institucional de los procesos y sentó bases para su continuidad más allá del apoyo de UNICEF.

8. Lecciones aprendidas y recomendaciones

Esta sección presenta los principales aprendizajes derivados de la implementación de la Estrategia territorial de prevención y reducción de la DCI. Además, se sintetizan algunas recomendaciones orientadas a fortalecer futuras intervenciones, dirigidas a UNICEF, el gobierno nacional y los gobiernos locales.

Cabe recalcar que, el proceso para desarrollar las recomendaciones incluyó la participación activa de diversos actores clave, como responsables de la implementación y garantes de derechos. Además, se integraron los puntos de vista de los titulares de derechos a través de la participación directa en los grupos focales. La retroalimentación obtenida de estos actores fue crucial para formular recomendaciones y lecciones aprendidas basadas en las necesidades y percepciones de la comunidad, garantizando que las sugerencias fueran relevantes y viables. El proceso también aseguró que se respetaran los principios de derechos humanos, considerando las voces de los grupos vulnerables y asegurando que sus perspectivas fueran incluidas en las recomendaciones finales. Esta estrategia permitió alinear las recomendaciones con las necesidades locales y las políticas públicas vigentes, favoreciendo una aproximación más inclusiva y respetuosa de los derechos de las personas involucradas.

8.1 Lecciones aprendidas

1. El acompañamiento técnico en territorio fue clave para articular actores y generar confianza a nivel local. No obstante, el trabajo intersectorial también requiere de un compromiso político explícito, tanto a nivel local como nacional. En este sentido, la generación sostenible de capacidades técnicas locales debe complementar —y eventualmente reemplazar— al acompañamiento externo, con el fin de que los resultados se consoliden más allá de la duración de los proyectos.

2. Promover en la población el conocimiento de su derecho a servicios de calidad —como el acceso a agua segura y a atención en salud— resulta fundamental para generar una demanda activa que respalde y sostenga los avances alcanzados. En la evaluación de la estrategia, se observó que la participación comunitaria activa fortaleció la apropiación de las intervenciones, aunque su sostenibilidad requiere pensar en mecanismos de incentivos y en un reconocimiento formal para estos actores.

3. Aunque la apropiación de algunas actividades por parte del gobierno nacional ha fortalecido la sostenibilidad de la estrategia, persiste la necesidad de contar con mecanismos formales de transición o salida de los socios implementadores y UNICEF que aseguren la continuidad autónoma de la estrategia territorial.

4. El escalamiento rápido de la estrategia, especialmente hacia contextos distintos al piloto, sin una planificación detallada, generó tensiones operativas y desafíos en la gestión de recursos y personal. Esto evidencia la importancia de incorporar, desde el inicio de la implementación, una estrategia de salida y escalamiento progresivo que contemple adaptaciones contextuales, evaluaciones de capacidad institucional y mecanismos de transición.

5. Los mecanismos de ajuste presupuestario y la apertura de UNICEF a recibir retroalimentación de los socios implementadores contribuyeron a mejorar la eficiencia y la adaptabilidad de las acciones. Esta experiencia resalta el valor de establecer desde el diseño mecanismos formales para ajustes presupuestarios y espacios regulares de retroalimentación entre implementadores y el equipo técnico, como condiciones clave para una gestión adaptativa y eficiente.

6. Incentivar prácticas de cuidado adecuadas es esencial para mejorar la salud comunitaria, pero su impacto es limitado si no se garantizan condiciones adecuadas en la oferta de servicios básicos. La demanda debe ir necesariamente acompañada de un cambio estructural en cobertura y calidad de servicios.

8.2 Recomendaciones

A continuación, el siguiente cuadro presenta las recomendaciones, elaboradas a partir de las conclusiones de la evaluación.

Cuadro N° 13: Recomendaciones según criterio de evaluación, prioridad y temporalidad

Criterio	Destinatario	Recomendación	Conclusión asociada	Prioridad	Temporalidad
Pertinencia	UNICEF y gobierno nacional	Desarrollar una teoría de cambio institucionalizada y compartida para la estrategia territorial, que oriente su diseño, implementación, monitoreo y evaluación, y permita alinear las acciones de los distintos actores involucrados a una lógica de resultados común.	1	Alta	Corto plazo
	UNICEF	Fortalecer la participación comunitaria e incorporar un enfoque centrado en la percepción de utilidad de los servicios por parte de los titulares de derecho, reconociendo que dicha valoración influye directamente en su disposición a acceder y hacer uso efectivo de los servicios de salud y de agua segura.	1	Alta	Corto plazo
	UNICEF	fortalecer las condiciones operativas para la participación efectiva de mujeres (por ejemplo, ajustar los horarios a sus responsabilidades de cuidado y brindar apoyo logístico para el cuidado de menores) y consolidar la accesibilidad para personas con discapacidad y diversificar los formatos de los materiales educativos.	4	Alta	Mediano plazo
	UNICEF y gobierno nacional	Fortalecer la incorporación del enfoque intercultural en los instrumentos operativos y materiales.	4	Alta	Mediano plazo
Coherencia	UNICEF	Fortalecer los mecanismos de coordinación con el nivel central, particularmente con la STECSDI, no solo en términos de alineamiento con las políticas nacionales, sino también en lo referente a la implementación concreta de la estrategia territorial.	6	Alta	Corto plazo
	Gobierno nacional	Explorar la incorporación de un sistema de incentivos no monetarios[37] para los gobiernos locales, similar a aquellos implementados en Brasil y Perú, como	7	Media	Largo plazo

[37] Los sistemas de incentivos monetarios y no monetarios para gobiernos locales ofrecen ventajas adicionales. Su implementación implica establecer metas claras y procesos definidos, lo que permite delinear con mayor precisión el rol de los gobiernos locales en la mejora de servicios prioritarios. Esto no solo brinda a las autoridades una hoja de ruta para alcanzar objetivos específicos, sino que también impulsa el fortalecimiento de sistemas locales de gestión, monitoreo y transparencia, al requerir reportes periódicos de avances. Además, el cumplimiento de estas metas puede facilitar el acceso a recursos adicionales, mejorando la cobertura y calidad de los servicios públicos (Macroconsult, 2022; Macroconsult, 2023).

Criterio	Destinatario	Recomendación	Conclusión asociada	Prioridad	Temporalidad
		herramienta para incrementar la adopción de la estrategia territorial por parte de las autoridades locales y aumentar la articulación interinstitucional.			
	Gobierno nacional	Fortalecer el rol de la STECSDI como institución líder en la implementación de la estrategia territorial, asegurando su institucionalización mediante lineamientos claros, presupuestos designados y seguimiento técnico regular. A medida que la estrategia se adopte a nivel nacional, la STECSDI, como ente rector de la política para la prevención y reducción de la DCI, debería asumir la conducción de la estrategia, formulando directrices generales que guíen la implementación coordinada de los sectores como el MSP, MIES, MINEDUC, entre otros. Esta definición institucional permitirá evitar duplicidades, alinear esfuerzos y consolidar un marco común para la ejecución territorial de la estrategia.	6	Alta	Mediano plazo
	UNICEF	Mejorar la articulación interna entre programas de UNICEF a nivel nacional para evitar duplicidades y fortalecer sinergias operativas.	8	Media	Corto plazo
Efectividad	Gobierno nacional	Mejorar la cobertura y calidad del registro nominal de niñas y niños menores de 24 meses, especialmente en zonas rurales, fortaleciendo los sistemas informáticos de recolección de datos a nivel local, asegurando su interoperabilidad con las bases de datos sectoriales (MSP, MIES, MINEDUC) y promoviendo el uso sistemático de esta información para la toma de decisiones territoriales.	10	Alta	Corto plazo
	Gobiernos locales	Fomentar el uso de información desagregada para el seguimiento nominal de niñas y niños en nutrición, salud y servicios de la primera infancia.	10	Alta	Corto plazo
	UNICEF	Estandarizar los indicadores de seguimiento y monitoreo de los avances de la implementación de la estrategia y contar con una plataforma centralizada que consolide los avances reportados por los socios implementadores.	10	Media	Corto plazo
	UNICEF	Incorporar una planificación de escenarios de escalamiento desde la fase de diseño, incluyendo análisis de capacidad institucional y necesidades de adaptación contextual.	11	Alta	Corto plazo
	UNICEF	Abordar de manera integral el desarrollo infantil temprano, promoviendo enfoques amplios que articulen múltiples sectores, en lugar de limitar los esfuerzos exclusivamente a la DCI.	11	Media	Mediano plazo
Eficiencia	UNICEF	Fortalecer los mecanismos de seguimiento financiero para mejorar la eficiencia en la ejecución de recursos, a través de la estandarización de los informes de los socios implementadores para facilitar la comparación de costos y la definición de una planificación financiera y operativa de acuerdo con las necesidades de cada territorio.	12	Media	Corto plazo

Criterio	Destinatario	Recomendación	Conclusión asociada	Prioridad	Temporalidad
Impacto	Gobierno nacional	Asegurar la continuidad de las reformas normativas que institucionalizan los mecanismos territoriales efectivos mediante la reglamentación e inclusión en políticas sectoriales y planes operativos anuales.	17	Alta	Corto plazo
	Gobiernos locales	A partir de la reglamentación de las normativas, institucionalizar espacios de articulación intersectorial y comunitaria mediante resoluciones, directivas u otros instrumentos normativos, con el fin de garantizar su sostenibilidad. Esto incluye asignar responsabilidades, establecer mecanismos de seguimiento y rendición de cuentas, y asegurar recursos mínimos para su funcionamiento regular.	16	Media	Mediano plazo
	Gobiernos locales y UNICEF	Promover mecanismos locales de evaluación participativa que involucren a comunidades, comités de salud y organizaciones sociales en la revisión de avances y obstáculos en la implementación de actividades dirigidas a la primera infancia.	16	Media	Mediano plazo
Sostenibilidad	UNICEF	Incorporar desde la fase de diseño estrategias claras para promover la apropiación progresiva de las intervenciones por parte de los actores locales.	19	Alta	Corto plazo
	UNICEF, gobierno nacional y gobiernos locales	Aprovechar la reciente aprobación del PPoR como marco de financiamiento para fortalecer la provisión de servicios que la estrategia territorial promueve, tales como control prenatal, control del niño sano, vacunación y acceso a agua segura, con un enfoque en talento humano, equipamiento e insumos. Sin embargo, dado que el PPoR no contempla mecanismos de asignación de recursos a los gobiernos locales, responsables de la articulación intersectorial y la provisión de agua segura, es fundamental desarrollar una estrategia complementaria que garantice mecanismos de financiamiento sostenibles para asegurar la continuidad de estas acciones a nivel local.	19	Media	Mediano plazo
	Gobiernos locales	Asignar recursos locales específicos para el mantenimiento de actividades clave de la estrategia y reconocer y fortalecer los liderazgos comunitarios existentes, tales como vigilantes, parteras, promotores de salud y representantes de las juntas de agua.	19	Media	Mediano plazo

Elaboración propia.

9. Bibliografía

Banco Mundial. (2024). *Datos de libre acceso del Banco Mundial*. Recuperado el 06 de 02 de 2024, de https://datos.bancomundial.org/

Bouguen, A., Filmer, D., Macours, K., & Naudeau, S. (2013). Impact Evaluation of Three Types of Early Childhood Development Interventions. *Policy Research Working Paper*.

Callaway, B., & Sant'Anna, P. H. (2021). Difference-in-Differences with multiple time periods. *Journal of Econometrics*, 200-230.

Crookston, B., E. Penny, S., Alder, C., Dickerson, T., Merrill, R., Stanford, J., . . . Dearden, K. (2010). Children Who Recover from Early Stunting and Children Who Are Not Stunted Demonstrate Similar Levels of Cognition.

De Sanctis, V., Soliman, A., Alaaraj, N., Ahmed, S., Alyafei, F., & Hamed, N. (2021). Early and Long-term Consequences of Nutritional Stunting: From Childhood to Adulthood. *Acta Biomed*, 1-11.

Dewey, K., & Adu-Afarwuah, S. (2008). Systematic review of the efficacy and effectiveness of complementary feeding interventions in developing countries. *Maternal and child nutrition, 4*, 24-85.

Escobal, J., & Ponce, C. (2016). *Combinando protección social con generación de oportunidades económicas: una evaluación de los avances del programa de Haku Wiñay.* Lima: GRADE.

Grantham-McGregor, S., Cheung, Y. B., Cueto, S., Glewwe, P., Richter, L., & Strupp, B. (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *The lancet, 369*(9555), 60-70.

Gusnedi , G., Nindrea, R., Purnakarya, I., Umar, H., Andrafikar, Syafrawati, . . . Susilowati, A. (2023). Risk factors associated with childhood stunting in Indonesia: A systematic review and meta-analysis. *Asia Pac J Clin Nutr, 32*(2), 184-195.

Guzmán, W. (2025). *Actualización del análisis de los efectos de las intervenciones implementadas en parroquias de las provincias de Imbabura, Pichincha y Chimborazo en variables como peso al nacer, controles prenatales, entre otras.*

Guzmán, W. (2025). *Actualización del análisis de los efectos de las intervenciones implementadas en parroquias de las provincias de Imbabura, Pichincha y*

Chimborazo en variables como peso al nacer, controles prenatales, entre otras. Quito.

INEC. (2022). *VIII Censo de Población y VII de Vivienda*. Obtenido de https://censoecuador.ecudatanalytics.com/

INEC. (2024). *Principales resultados. Encuesta Nacional sobre la desnutrición infantil.*

Kang, Y. A. (2018). Association between stunting and early childhood development among children aged 36–59 months in South Asia. *Matern Child Nutr*, 1-11.

Macroconsult. (2022). Evaluación de impacto del Piloto de la Estrategia de Gestión Territorial “Primero la Infancia” (EGTPI).

Macroconsult. (2023). *Evaluación de resultados del Premio Sello Municipal del MIDIS, 2018-2022.* Lima.

Measelle, J., A., M., Fong, M., Soulalay, C., & Nijssen-Jordan, C. (2016). Developmental neuroscience and stunting: A strong case for action in the first 1000 days.

Ministerio de Salud Pública. (2023). *Guía de implementación para la vigilancia epidemiológica comunitaria con énfasis en la desnutrición crónica infantil.* Quito.

MSP. (2023). *Guía de vigilancia comunitaria con énfasis en la desnutrición crónica infantil.* Quito.

Naciones Unidas en Ecuador. (2022). *Reporte de Resultados 2021.* Quito.

Nelson, C. (2007). *InBrief: The Science of Early Childhood Development.* Obtenido de Center on the Developing Child - Harvard University: https://developingchild.harvard.edu/resources/inbriefs/inbrief-science-of-ecd/

OECD. (2021). *Applying Evaluation Criteria Thoughtfully.* Paris: OECD Publishing.

OMS. (2018). En *Reducing Stunting in Childen.*

Rambe, N., Nirwana, E., & Hutabarat, R. H. (2023). The Effect of Stunting on Children's Cognitive Development : Systematic Review. *Scientific Periodical of Public Health and Coastal Health*.

Rogers, P. (Septiembre de 2014). *UNICEF.* Recuperado el 2 de Diciembre de 2024, de https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/Brief%202%20Theory%20of%20Change_ES.pdf

Scheirer, M., & Dearing, J. (2011). An Agenda for Research on the Sustainability of Public Health Programs. *American Journal of Public Health*, 2059–2067.

SENAPLADES. (2008). *Plan Nacional de Desarrollo 2007 - 2010.* Quito.

STECSDI. (2021). *Plan Estratégico Intersectorial para la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil.* Quito.

STECSDI. (2022). *Estrategia de comunicación para el desarrollo para la prevención de la desnutrición crónica infantil (DCI).* Quito.

STECSDI. (2022). *Guía metodológica para incrementar la eficiencia en la entrega del paquete de prestaciones priorizadas como parte de la implementación de la Estrategia de reducción de la desnutrición crónica infantil.* Quito.

STECSDI. (2023). Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil: Avances de la política pública orientada al abordaje de la desnutrición crónica infantil.

STECSDI. (2023). *Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil: Avances de la política pública orientada al abordaje de la desnutrición crónica infantil.* Quito.

STECSDI. (2024). *Evaluación de la articulación intersectorial de la política pública del Ecuador referente a la desnutrición crónica infantil en el marco de la Agenda 2030.* Quito.

UNDP. (2022). *Independent Evaluation Office United Nations Development Programme*. Obtenido de PRIMARY VS. SECONDARY DATA: https://erc.undp.org/methods-center/methods/data-collection-approaches-and-methods/primary-secondary

UNEG. (2020). *Ethical Guidelines for Evaluation.*

UNICEF. (2009). *Sello UNICEF Municipio Aporbado. Elementos para la implementación en otros países latinoamericanos.* Obtenido de https://ciudadesamigas.org/wp-content/uploads/2009/09/sello_unicef_brasil.pdf

UNICEF. (2011). LA DESNUTRICIÓN INFANTIL. Causas, consecuencias y estrategias para. Madrid: UNICEF España.

UNICEF. (2013). *Mejorar la nutrición infantil. El imperativo para el progreso mundial que es posible lograr.* Nueva York.

UNICEF. (2021). *Guía para la gestión local comunitaria para mejorar la salud y nutrición de niños y niñas en la primera infancia y de mujeres gestantes.* Quito.

UNICEF. (2021). *Paso a paso para mejorar el servicio de agua en mi comunidad para el fortalecimiento de capacidades en la administración, operación y mantenimiento de los servicios comunitarios de agua potable.*

UNICEF. (2021). *UNICEF Procedure on Ethical Standards in Research, Evaluation, Data Collection and Analysis.*

UNICEF. (06 de 05 de 2024). *Es hora de romper el círculo de la violencia contra la niñez*. Obtenido de UNICEF: https://www.unicef.org/ecuador/comunicados-prensa/es-hora-de-romper-el-c%C3%ADrculo-de-la-violencia-contra-la-ni%C3%B1ez

10. Anexos

Anexo 1: Políticas públicas implementadas para el abordaje de la DCI en Ecuador

Cuadro N° 14: Políticas públicas implementadas para el abordaje de la DCI en Ecuador

Política nacional	Lineamiento
Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010	Colocó la desnutrición crónica como parte de su objetivo 2, el cual busca "Mejorar las capacidades y potencialidades de la ciudadanía". El plan detalla la implementación de políticas orientadas a garantizar una alimentación saludable y a reducir de manera significativa las deficiencias nutricionales.
Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV) 2009-2013 y Programa de Reducción Acelerada de la Mal Nutrición (PRAMIE)	Enfocado en cinco ejes: acceso a agua potable y saneamiento, servicios de nutrición y salud, desarrollo infantil y educación, producción y consumo de alimentos, y ejercicio de derechos ciudadanos. Incluyó el Programa Desnutrición Cero, liderado por el Ministerio de Salud Pública (MSP), enfocado en recién nacidos y madres en parroquias con mayores índices de DCI. Adicionalmente, se otorgaron bonos de corresponsabilidad a mujeres embarazadas y madres de recién nacidos.
Proyecto Emblemático Acción Nutrición (PAN) 2015-2017	Se diseñó para abordar la problemática desde un enfoque intersectorial. Fue basado en cuatro ejes: salud sexual y reproductiva, hábitos de consumo e higiene, condiciones de hábitat y nivel de ingreso y educación. La falta de monitoreo integral y herramientas de gestión limitó su efectividad, lo que impidió alcanzar la meta de reducir la DCI al 19,2% en 2017
Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador (PIANE) y Misión Ternura (2018-2025)	Se diseñaron como estrategias complementarias para abordar la DCI. El PIANE priorizó los primeros 1000 días de vida, promoviendo un paquete priorizado de servicios como vacunas, controles prenatales y del niño sano, suministro de vitaminas y consejería nutricional. Por su parte, Misión Ternura buscó crear entornos favorables para el desarrollo infantil, con énfasis en las poblaciones más vulnerables.

Política nacional	Lineamiento
Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil (ENECSDI) (2021-actualidad)	La estrategia prioriza un conjunto esencial de servicios que incluye vacunas, controles prenatales, control del niño sano y desarrollo infantil. Además, promueve el uso de Presupuestos por Resultados y herramientas como el Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal (SUUSEN). La STPTV se transformó en la Secretaría Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil (STECSDI), enfocándose en la atención de niños y niñas menores de dos años con DCI. Esta institución coordina la articulación intersectorial con actores territoriales, sociedad civil, academia, sector privado y cooperación internacional, y es responsable de elaborar el Plan Estratégico para la Prevención y Reducción de la DCI. La STECSDI ha fortalecido la coordinación intersectorial a través de mesas intersectoriales cantonales (MIC) y el uso de la plataforma SUUSEN en la lucha contra la DCI. Entre 2022 y 2024, se implementaron dos rondas de la Primera Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI) para hacer seguimiento a la prevalencia de la DCI y al paquete priorizado de prestaciones.

Fuente: SENAPLADES (2008), STECSDI (2023).

Anexo 2: Actividades y subactividades de la estrategia territorial

Cuadro N° 15: Actividades y subactividades de la estrategia territorial

Componente	Actividad	Definición	Objetivo	Actores clave
Componente 1 - Articulación intersectorial local	Mesas intersectoriales parroquiales (MIP)	Espacios de participación y diálogo a nivel parroquial que reúnen a actores del gobierno local, instituciones, comunidades y sociedad civil para diseñar e implementar estrategias coordinadas.	Fortalecer la articulación intersectorial e interinstitucional para una respuesta integral en el territorio.	• Presidente/a del GAD parroquial • Representantes del GAD provincial y cantonal • Funcionarios locales del Gobierno Nacional (MSP, MIES, MINEDUC y MAG) • Representantes de Juntas Administradoras de las Juntas de Agua Potable y Saneamiento (JAAPS) • Organizaciones sociales • Organizaciones no gubernamentales y de cooperación internacional
	Centros interculturales para la promoción de la salud y nutrición (CIPSN)	Espacios comunitarios que fortalecen la corresponsabilidad parental y comunitaria en el cuidado de niñas y niños desde el embarazo, promoviendo entornos saludables y prácticas de crianza y alimentación respetuosas de los saberes ancestrales.	Fomentar el empoderamiento y la corresponsabilidad en la crianza, garantizando prácticas saludables y culturalmente pertinentes en el cuidado infantil.	• Funcionarios locales del MSP • Funcionarios locales del MIES
Componente 2 - Empoderamiento y participación comunitaria	Modelos de vigilancia epidemiológica de base comunitaria	Identificación temprana de gestantes y de factores de riesgo asociados a la DCI por parte de miembros de la comunidad.	Involucrar a la comunidad en la identificación temprana y el reconocimiento de factores de riesgo asociados a la DCI, fortaleciendo la conexión con los centros de salud y mejorando la cobertura de servicios.	• Vigilantes comunitarios • Funcionarios locales del MSP • Equipos de Atención Integral en Salud (EAIS)

Componente	Actividad	Definición	Objetivo	Actores clave
	Estrategias locales de cambio social y de comportamiento	Planes de comunicación comunitaria basados en la metodología de Comunicación para el Desarrollo (C4D), orientados a modificar prácticas de salud, nutrición y cuidado infantil para prevenir la DCI.	Fomentar prácticas saludables y redes de apoyo comunitarias a través del diálogo participativo y el cambio de comportamiento.	• STECSDI • Funcionarios locales del MINEDUC • Funcionarios locales del MSP • Funcionarios locales del MIES
Componente 3 - Mejora de los servicios de salud	Ciclos de mejora continua de los servicios de salud del paquete priorizado	Procesos liderados por Equipos de Mejora Continua (EMC) para identificar barreras y aplicar soluciones operativas en los establecimientos de salud, adaptadas a sus recursos.	Mejorar la calidad y cobertura de los servicios del paquete priorizado mediante acciones sostenibles y contextualizadas.	• Técnicos de Atención Primaria en Salud (TAPS) • Funcionarios locales del MSP
Componente 4 - Mejora continua de los servicios WASH	Fortalecimiento de las juntas de agua	Iniciativa para desarrollar capacidades técnicas y operativas de las juntas de agua locales, optimizando la gestión y sostenibilidad de los sistemas de agua en zonas rurales.	Asegurar el acceso a agua segura mediante modelos de abastecimiento resilientes y sostenibles en comunidades rurales.	• Juntas Administradoras de Agua Potable y Saneamiento (JAAPS)

Fuente: UNICEF (2021); MSP (2023); STECSDI (2022); STECSDI (2022); UNICEF (2021); entrevistas semiestructuradas con informantes clave.

Elaboración propia.

Anexo 3: Socios implementadores por parroquias, fecha y actividades de la estrategia

A continuación, se detallan los socios implementadores de la estrategia, las parroquias intervenidas, las fechas de implementación, las actividades implementadas y las fuentes consultadas.

Cuadro N° 16: Socio implementador según parroquia y estrategia implementada

Provincia	Socio implementador	Parroquias	Fecha	Contribución a actividades de la estrategia	Rol de los socios implementadores	Fuente
Imbabura	Fundación CIMAS del Ecuador	Angochagua, Chugá e Imantag	2015-2016	- Mesas intersectoriales parroquiales - Centros interculturales para la promoción de la salud y nutrición	• Fortalecimiento de las Juntas Parroquiales para liderar procesos de articulación comunitaria, interinstitucional e intersectorial en salud, alimentación y nutrición. • Impulsó la conformación e institucionalización de las Mesas Intersectoriales Parroquiales mediante resoluciones, reglamentos y planes operativos participativos. • Desarrolló procesos participativos de diagnóstico, planificación y microplanificación territorial con enfoque comunitario y enfoque de derechos. • Coordinó la implementación de Centros Interculturales de Promoción de la Salud y Nutrición (CIPSN), vinculando a actores locales y del régimen de gobierno dependiente. • Ejecutó actividades en el marco del Programa Conjunto de Seguridad Alimentaria y Nutrición con acompañamiento técnico y articulación con UNICEF.	*Programme documents*

Provincia	Socio implementador	Parroquias	Fecha	Contribución a actividades de la estrategia	Rol de los socios implementadores	Fuente
		La Esperanza	2016	Mesas intersectoriales parroquiales	• Reconfiguración de las mesas con un enfoque territorial participativo, priorizando el trabajo con juntas parroquiales como actores clave. • Diseñaron las MIPs con base en diagnósticos comunitarios, y se adaptaron a cada parroquia mediante cartografía social y análisis institucional	Entrevista
		Mariano Acosta	-	- Mesas intersectoriales parroquiales - Centros interculturales para la promoción de la salud y nutrición	• Las mesas se diseñaron con base en diagnósticos comunitarios, y se adaptaron a cada parroquia mediante cartografía social y análisis institucional. • En conjunto con la organización de la Sociedad Civil – Tierra Viva, se logró el apoyo de implementación de huertos familiares, en relación a los CIPSN.	Entrevista
	Fundación de Organizaciones Campesinas e Indígenas (FOCI)	San Rafael, Angochagua, Imantag y Miguel Egas Cabezas	2019-2020	- Mesas intersectoriales parroquiales - Centros interculturales para la promoción de la salud y nutrición - Modelo de vigilancia epidemiológica comunitaria - Fortalecimiento de las juntas de agua	• Implementación y fortalecimiento de mesas parroquiales intersectoriales e interinstitucionales en parroquias de Otavalo, Angochagua, La Esperanza, Imantag y Miguel Egas Cabezas, incluyendo acompañamiento en constitución, normatividad, seguimiento y planificación conjunta. • Gestión y operación de Centros Comunitarios Interculturales de Promoción de la Salud y Nutrición (CIPSN) con enfoque intercultural y de género, fortaleciendo el empoderamiento comunitario y las prácticas de crianza y cuidado integral con pertinencia cultural.	*Programme documents*

Provincia	Socio implementador	Parroquias	Fecha	Contribución a actividades de la estrategia	Rol de los socios implementadores	Fuente
					• Implementación y fortalecimiento del modelo de vigilancia epidemiológica comunitaria, con sistemas de alerta temprana, detección de riesgos y respuesta ante emergencias sanitarias en parroquias intervenidas. • Fortalecimiento técnico y organizacional de las juntas parroquiales de agua, mediante mapeo, capacitación, inspección sanitaria y mejora de la cobertura y calidad del servicio de agua segura.	
	Sociedad Ecuatoriana de Salud Pública (SESP)	San Rafael, Angochagua, Imantag y Miguel Egas Cabezas	2020-2023	- Mesas intersectoriales parroquiales - Modelo de vigilancia epidemiológica comunitaria - Estrategias de cambio social y de comportamiento	• SESP ejecutó las actividades de mesas intersectoriales, vigilancia comunitaria y cambio de comportamiento en las parroquias asignadas. • Brindó acompañamiento técnico y capacitación para fortalecer capacidades locales y sostenibilidad. • Facilitó la articulación interinstitucional y la participación comunitaria, promoviendo la corresponsabilidad social.	*Programme documents*
		Chugá	-	Mesas intersectoriales parroquiales	• Implementó y facilitó mesas intersectoriales parroquiales con resultados diversos según el liderazgo local. • En parroquias con articulación sólida, promovió la coordinación entre salud, educación, juntas parroquiales y comunidad. • Identificó como desafío la sostenibilidad de las mesas, ya que no siempre se mantuvieron como espacios activos. • Aunque no implementó directamente los CIPSN, reconoció su valor preventivo y su potencial en la estrategia territorial.	Entrevista
		Imantag	-	Centros interculturales para la promoción de la salud y nutrición		Entrevista
		San Rafael	-	Centros interculturales para la promoción de la salud y nutrición		Entrevista

Provincia	Socio implementador	Parroquias	Fecha	Contribución a actividades de la estrategia	Rol de los socios implementadores	Fuente
	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) – Sede Ecuador	Imantag y San Rafael	2022-2023	- Mesas intersectoriales parroquiales - Centros interculturales para la promoción de la salud y nutrición - Ciclos de mejora continua - Estrategias de cambio social y de comportamiento	• Facilitó la implementación de mesas intersectoriales y centros interculturales, adaptándolos a las necesidades territoriales e incorporando liderazgos locales. • Coordinó la ejecución de los ciclos de mejora continua en servicios de salud, brindando asistencia técnica y acompañamiento a los equipos locales. • Desarrolló estrategias de cambio social y de comportamiento, incluyendo planes de comunicación comunitarios y acciones en kichwa y castellano. • Acompañó técnicamente la vigilancia comunitaria en coordinación con comités locales de salud y universidades.	*Programme documents*
		Chugá	-	Mesas intersectoriales parroquiales	• Reactivación de las mesas y centros, y reubicación según demanda. Además, lo repotenciaron con equipamiento y agendas construidas junto con MSP y MIES, donde se priorizó casas comunitarias como espacios de gestión local	Entrevista
Pichincha	FLACSO	Cangahua	2022-2023	- Mesas intersectoriales parroquiales - Centros interculturales - Ciclos de mejora continua - Estrategias de cambio social y de comportamiento	• Reactivó y articuló mesas y centros comunitarios con el liderazgo del MSP, MIES y gobiernos locales. • Coordinó la implementación de los ciclos de mejora continua, fortaleciendo capacidades técnicas en el personal de salud. • Desarrolló planes de educomunicación participativa, aunque no se ejecutaron por limitaciones de recursos.	*Programme documents*

Provincia	Socio implementador	Parroquias	Fecha	Contribución a actividades de la estrategia	Rol de los socios implementadores	Fuente
					• Promovió la participación comunitaria y la adaptación cultural y lingüística de los contenidos.	
	Agencia Adventista de Desarrollo y Recursos Asistenciales (ADRA)	Cangahua	2022	Fortalecimiento de las juntas de agua	• Aplicación de WASH FIT en 7 centros de salud: diagnóstico, planes e implementación. • Intervención WASH en 30 escuelas y 34 CDI: mejoras, promoción de higiene y entrega de insumos. • Fortalecimiento del servicio comunitario de agua en 11 comunidades rurales. • Coordinación con UNICEF en la mejora de servicios WASH en salud, educación y comunidad.	*Programme documents*
	SESP	Cangahua	-	- Mesas intersectoriales parroquiales - Centros interculturales para la promoción de la salud y nutrición - Modelos de vigilancia comunitaria - Estrategias de cambio social y de comportamiento	• Apoyo al funcionamiento temporal de las mesas intersectoriales parroquiales, pero no hubo empoderamiento de los líderes comunales debido a divisiones políticas en Cayambe. • Brindo financiamiento interinstitucional para materiales de construcción al CIPSN de Pisambilla para el mejoramiento de su infraestructura. • Se diseñó una capacitación en comunicación comunitaria para 25 jóvenes de Cangahua y San Rafael.	Entrevista
Chimborazo	FLACSO	Alausí, Achupallas, Tixán, Sibambe, Licán, Lizarzaburu,	2023-2024	- Mesas intersectoriales parroquiales - Ciclos de mejora continua - Modelos de vigilancia comunitaria	• Implementación y facilitación de mesas intersectoriales parroquiales, promoviendo la coordinación local entre actores clave para la atención integral de la salud y nutrición infantil.	*Programme documents*

Provincia	Socio implementador	Parroquias	Fecha	Contribución a actividades de la estrategia	Rol de los socios implementadores	Fuente
		Maldonado y Veloz		- Estrategias de cambio social y de comportamiento	• Ejecución y monitoreo de los ciclos de mejora continua en establecimientos de salud, contribuyendo a la identificación de barreras y el desarrollo de planes de mejora adaptados. • Desarrollo y acompañamiento en la implementación de modelos de vigilancia comunitaria, capacitando vigilantes comunitarios y fortaleciendo la corresponsabilidad en la detección temprana de factores de riesgo. • Diseño y ejecución de estrategias de cambio social y de comportamiento, fomentando prácticas saludables en la comunidad mediante comunicación para el desarrollo y generación de espacios participativos.	
	PROTOS ANDES	Achupallas, Alausí, Sibambe, Tixán y Licán,	-	Fortalecimiento de las juntas de agua	• Se brindó capacitaciones continuas y monitoreo posterior para asegurar la sostenibilidad del programa. • Ejecutó una intervención directa, asumiendo la compra e instalación de materiales sin obtener margen de ganancia. • Identificó la necesidad de complementar las mejoras técnicas con el fortalecimiento de capacidades de las juntas de agua, especialmente tras cambios de directiva.	Entrevista
	ESPOCH	Alausí, Achupallas, Tixán	2021-2022	Ciclos de mejora continua	• Coordinación y ejecución directa de las actividades de campo en las parroquias de Alausí, Achupallas y Tixán dentro del ciclo de mejora continua. • Acompañamiento y seguimiento activo a los Equipos de Mejora Continua (EMC-DCI) en	*Programme documents*

Provincia	Socio implementador	Parroquias	Fecha	Contribución a actividades de la estrategia	Rol de los socios implementadores	Fuente
					la formulación e implementación de planes de mejora en dichas parroquias. • Participación en la elaboración, ajuste y socialización de la Guía Metodológica basada en aprendizajes del pilotaje en Alausí y Taisha. • Facilitación de espacios de retroalimentación y evaluación junto con socios como MSP, MIES y UNICEF.	

Elaboración propia.

Anexo 4: Entrevistas semiestructuradas realizadas

A continuación, se detalla las entrevistas realizadas a lo largo de la evaluación de la estrategia.

Cuadro N° 17: Entrevistas realizadas según ámbito de influencia, parroquia, modalidad, fecha, sexo del entrevistado y fase del estudio

Ámbito de influencia	Parroquia	Cargo	Modalidad de entrevista	Fecha	Sexo del entrevistado	Fase del estudio
Nacional		Consultora de Salud y Nutrición para UNICEF 2016-2019	Virtual	15/10/2024	Femenino	Exploratoria
Imbabura y Pichincha		UNICEF en Imbabura	Virtual	15/10/2024	Femenino	Exploratoria
Nacional		Oficial de Salud y Nutrición de UNICEF	Virtual	15/10/2024	Masculino	Exploratoria
Nacional		Exconsultora de UNICEF	Virtual	22/10/2024	Femenino	Exploratoria
Chimborazo		UNICEF en Chimborazo	Virtual	22/10/2024	Masculino	Exploratoria
Nacional		Oficial de Monitoreo y Evaluación de UNICEF	Virtual	21/11/2024	Masculino	Exploratoria
Nacional		Oficial de Salud y Nutrición de UNICEF 2014-2015	Virtual	25/11/2024	Femenino	Exploratoria
Chimborazo		FLACSO	Virtual	29/11/2024	Femenino	Exploratoria
Chimborazo	Licán	Actual presidente del GAD parroquial	Presencial	11/11/2024	Masculino	Exploratoria
Chimborazo	Licán	Funcionario del MSP	Presencial	11/11/2024	Masculino	Exploratoria
Chimborazo	Lizarzaburu	Responsable del Comité Local de Salud de Lizarzaburu	Presencial	11/11/2024	Masculino	Exploratoria
Chimborazo	Maldonado	Actual presidente del Comité Local de Salud	Presencial	12/11/2024	Masculino	Exploratoria
Chimborazo	Veloz	Actual presidente del Comité Local de Salud	Presencial	12/11/2024	Masculino	Exploratoria
Chimborazo	Veloz	Funcionario del MSP	Presencial	12/11/2024	Masculino	Exploratoria

Ámbito de influencia	Parroquia	Cargo	Modalidad de entrevista	Fecha	Sexo del entrevistado	Fase del estudio
Chimborazo	Achupallas	Funcionario del MSP	Presencial	12/11/2024	Femenino	Exploratoria
Chimborazo	Sibambe	Actual presidente del GAD parroquial	Presencial	13/11/2024	Masculino	Exploratoria
Chimborazo	Sibambe	Funcionario del MSP	Presencial	12/11/2024	Femenino	Exploratoria
Chimborazo	Achupallas	Actual presidente del GAD parroquial	Presencial	13/11/2024	Masculino	Exploratoria
Chimborazo	Achupallas	Funcionario del MSP	Presencial	12/11/2024	Femenino	Exploratoria
Chimborazo	Achupallas	Técnico 2 de la Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición	Presencial	13/11/2024	Femenino	Exploratoria
Imbabura	Angochagua	Actual presidente del GAD parroquial	Presencial	18/11/2024	Masculino	Exploratoria
Imbabura	Angochagua	Líder del centro de salud de Angochagua	Presencial	18/11/2024	Femenino	Exploratoria
Imbabura	Angochagua	Funcionario local del MSP - TAPS	Presencial	18/11/2024	Masculino	Exploratoria
Imbabura	La Esperanza	Actual presidente del GAD parroquial	Presencial	18/11/2024	Masculino	Exploratoria
Imbabura	La Esperanza	Líder del centro de salud de La Esperanza	Presencial	18/11/2024	Masculino	Exploratoria
Imbabura	Chugá	Actual presidente del GAD parroquial	Presencial	19/11/2024	Masculino	Exploratoria
Imbabura	Imantag	Actual presidente del GAD parroquial	Presencial	19/11/2024	Femenino	Exploratoria
Imbabura	Imantag	Ex presidente de la junta de agua	Presencial	19/11/2024	Masculino	Exploratoria
Imbabura	Imantag	Funcionario local del MSP - TAPS	Presencial	20/11/2024	Femenino	Exploratoria
Imbabura	Miguel Egas Cabezas	Actual presidente del GAD parroquial	Presencial	20/11/2024	Masculino	Exploratoria
Imbabura	Miguel Egas Cabezas	Funcionario local del MSP	Presencial	20/11/2024	Femenino	Exploratoria
Imbabura	San Rafael	Actual presidente del GAD parroquial	Presencial	20/11/2024	Masculino	Exploratoria
Imbabura	San Rafael	Funcionario local del MSP - TAPS	Presencial	20/11/2024	Femenino	Exploratoria
Imbabura y Pichincha		Oficial de UNICEF en Imbabura y Pichincha	Virtual	26/02/2025	Femenino	Evaluación
Imbabura y Pichincha		Coordinador general proyecto SESP - UNICEF	Virtual	27/02/2025	Masculino	Evaluación

Ámbito de influencia	Parroquia	Cargo	Modalidad de entrevista	Fecha	Sexo del entrevistado	Fase del estudio
Imbabura y Pichincha		Coordinadora general proyecto FLACSO - UNICEF (Imbabura y Pichincha)	Virtual	27/02/2025	Femenino	Evaluación
Pichincha		Coordinador general proyecto ADRA - UNICEF	Virtual	28/02/2025	Femenino	Evaluación
Imbabura		Coordinador general proyecto FOCI - UNICEF	Virtual	4/03/2025	Masculino	Evaluación
Imbabura y Pichincha		Oficial de UNICEF en Imbabura y Pichincha	Virtual	5/03/2025	Femenino	Evaluación
Nacional		Subsecretaria de Articulación Intersectorial y Politica Pública	Virtual	5/03/2025	Femenino	Evaluación
Imbabura		Coordinador general proyecto CIMAS - UNICEF	Virtual	7/03/2025	Masculino	Evaluación
Chimborazo		Oficial de UNICEF en Chimborazo	Virtual	10/03/2025	Masculino	Evaluación
Nacional		Oficial de WASH - UNICEF Ecuador	Virtual	13/03/2025	Femenino	Evaluación
Chimborazo		Coordinadora general proyecto FLACSO - UNICEF (Chimborazo)	Virtual	7/04/2025	Femenino	Evaluación
Chimborazo		Socio implementador - PROTOSANDES	Virtual	19/03/2025	Masculino	Evaluación
Nacional		Director del Proyecto PELDIS	Virtual	12/03/2025	Masculino	Evaluación
Nacional		Oficial de Inclusión Social	Virtual	3/04/2025	Femenino	Evaluación
Imbabura	Angochagua	Funcionario local del MSP	Virtual	26/03/2025	Femenino	Evaluación
Pichincha	Cangahua	Funcionario local de las MIP y GAD parroquial	Presencial	25/03/2025	Femenino	Evaluación
Pichincha	Cangahua	Funcionario local del MSP	Presencial	25/03/2025	Masculino	Evaluación
Pichincha	Cangahua	Funcionario local del MIES	Presencial	25/03/2025	Femenino	Evaluación
Pichincha	Cangahua	Funcionario local del MINEDUC	Presencial	25/03/2025	Femenino	Evaluación
Imbabura	San Rafael	Funcionario local del GAD parroquial	Presencial	25/03/2025	Masculino	Evaluación

Ámbito de influencia	Parroquia	Cargo	Modalidad de entrevista	Fecha	Sexo del entrevistado	Fase del estudio
Imbabura	San Rafael	Funcionario local del MIES	Presencial	25/03/2025	Femenino	Evaluación
Imbabura	San Rafael	Funcionario local del MINEDUC	Presencial	25/03/2025	Femenino	Evaluación
Imbabura	San Rafael	Funcionario del MSP - TAPS	Presencial	25/03/2025	Femenino	Evaluación
Imbabura	San Rafael	Miembros de microempresa de agua potable y saneamiento (presidente o miembro de la junta de agua)	Presencial	25/03/2025	Masculino	Evaluación
Imbabura	Angochagua	Funcionario local del MIES	Presencial	26/03/2025	Femenino	Evaluación
Imbabura	Angochagua	Funcionario local del GAD parroquial	Presencial	26/03/2025	Masculino	Evaluación
Imbabura	La Esperanza	Funcionario local del MSP	Presencial	26/03/2025	Masculino	Evaluación
Imbabura	La Esperanza	Funcionario local del MIES	Presencial	26/03/2025	Femenino	Evaluación
Imbabura	La Esperanza	Funcionario local del GAD parroquial	Presencial	26/03/2025	Femenino	Evaluación
Imbabura	Mariano Acosta	Funcionario local del GAD parroquial	Presencial	26/03/2025	Masculino	Evaluación
Imbabura	Mariano Acosta	Funcionario local del MSP	Presencial	26/03/2025	Femenino	Evaluación
Imbabura	Mariano Acosta	Funcionario local del MIES	Presencial	26/03/2025	Femenino	Evaluación
Imbabura	Chugá	Funcionario local del MSP	Presencial	26/03/2025	Femenino y masculino	Evaluación
Imbabura	Chugá	Funcionario local del MIES	Presencial	26/03/2025	Femenino	Evaluación
Imbabura	Chugá	Ex funcionario local del GAD parroquial	Presencial	26/03/2025	Masculino	Evaluación
Imbabura	Imantag	Funcionario local del GAD parroquial	Presencial	27/03/2025	Femenino	Evaluación
Imbabura	Imantag	Funcionario del MSP - TAPS y Tutor en VEC	Presencial	27/03/2025	Femenino	Evaluación
Imbabura	Imantag	Funcionario local del MIES	Presencial	27/03/2025	Femenino	Evaluación
Imbabura	Imantag	Presidente o miembro de la junta de agua	Presencial	27/03/2025	Masculino	Evaluación
Imbabura	Miguel Egas Cabezas	Funcionario local del MSP	Presencial	28/03/2025	Femenino	Evaluación
Imbabura	Miguel Egas Cabezas	Funcionario local del MIES	Presencial	28/03/2025	Femenino	Evaluación

Ámbito de influencia	Parroquia	Cargo	Modalidad de entrevista	Fecha	Sexo del entrevistado	Fase del estudio
Imbabura	Miguel Egas Cabezas	TAPS/ Tutor en VEC	Presencial	28/03/2025	Femenino	Evaluación
Imbabura	Miguel Egas Cabezas	Presidente o miembro de la junta de agua parroquial	Presencial	28/03/2025	Femenino	Evaluación
Imbabura	Miguel Egas Cabezas	Funcionario local del GAD parroquial	Presencial	28/03/2025	Femenino	Evaluación
Pichincha	Cangahua	Presidente o miembro de la junta de agua	Presencial	28/03/2025	Masculino	Evaluación
Chimborazo	Maldonado	Funcionario local del MSP	Presencial	31/03/2025	Femenino	Evaluación
Chimborazo	Maldonado	TAPS/ Tutor en VEC	Presencial	31/10/2025	Femenino	Evaluación
Chimborazo	Maldonado	Presidente del Comité Local de Salud	Presencial	31/03/2025	Masculino	Evaluación
Chimborazo	Veloz	Presidente del Comité Local de Salud	Presencial	31/03/2025	Masculino	Evaluación
Chimborazo	Veloz	TAPS/ Tutor en VEC	Presencial	31/03/2025	Femenino	Evaluación
Chimborazo	Tixán	Funcionario local del MSP	Presencial	1/04/2025	Femenino	Evaluación
Chimborazo	Tixán	Funcionario local del MIES	Presencial	1/04/2025	Femenino	Evaluación
Chimborazo	Tixán	Delegado de la MIP	Presencial	1/04/2025	Masculino	Evaluación
Chimborazo	Tixán	Tutor en VEC	Presencial	1/04/2025	Femenino	Evaluación
Chimborazo	Tixán	Presidente o miembro de la junta de agua	Presencial	1/04/2025	Femenino	Evaluación
Chimborazo	Alausí	Delegado de la MIP	Presencial	1/04/2025	Masculino	Evaluación
Chimborazo	Alausí	Funcionario local del MSP / Tutor VEC	Presencial	1/04/2025	Masculino	Evaluación
Chimborazo	Alausí	Miembro de la unidad de agua potable	Presencial	1/04/2025	Masculino	Evaluación
Chimborazo	Alausí	TAPS / Tutor en VEC	Presencial	1/04/2025	Femenino	Evaluación
Chimborazo	Alausí	Vigilante Comunitario	Presencial	1/04/2025	Femenino	Evaluación
Chimborazo	Sibambe	Funcionario local del GAD parroquial (Coordinadora de la MIP)	Presencial	2/04/2025	Femenino	Evaluación
Chimborazo	Sibambe	Funcionario local del MINEDUC	Presencial	2/04/2025	Femenino	Evaluación
Chimborazo	Sibambe	TAPS/ Tutor en VEC	Presencial	2/04/2025	Femenino	Evaluación
Chimborazo	Sibambe	Junta de agua	Presencial	2/04/2025	Femenino	Evaluación

Ámbito de influencia	Parroquia	Cargo	Modalidad de entrevista	Fecha	Sexo del entrevistado	Fase del estudio
Chimborazo	Achupallas	Coordinador(a) del MIP	Presencial	2/04/2025	Femenino	Evaluación
Chimborazo	Achupallas	Tutor en VEC	Presencial	2/04/2025	Femenino	Evaluación
Chimborazo	Lizarzaburu	Responsable del Comité Local de Salud	Presencial	3/04/2025	Masculino	Evaluación
Chimborazo	Lizarzaburu	TAPS/ Tutor en VEC	Presencial	3/04/2025	Femenino	Evaluación
Chimborazo	Licán	Presidente del GAD parroquial	Presencial	3/04/2025	Masculino	Evaluación
Chimborazo	Licán	TAPS/ Tutor en VEC	Presencial	3/04/2025	Femenino	Evaluación
Chimborazo	Lizarzaburu	Vigilantes Comunitarios	Presencial	3/04/2025	Masculino	Evaluación

Elaboración propia.

Anexo 5: Lugares visitados

A continuación, se presenta una lista de lugares visitados para la evaluación de la estrategia.

Cuadro N° 18: Lugares visitados según provincias, cantones y parroquias

N°	Provincia	Cantón	Parroquia
1	Pichincha	Cayambe	Cangahua
2	Imbabura	Otavalo	San Rafael
3	Imbabura	Ibarra	Angochagua
4	Imbabura	Ibarra	La Esperanza
5	Imbabura	Pimampiro	Mariano Acosta
6	Imbabura	Pimampiro	Chugá
7	Imbabura	Cotacachi	Imantag
8	Imbabura	Otavalo	Miguel Egas Cabezas
9	Chimborazo	Riobamba	Maldonado
10	Chimborazo	Riobamba	Veloz
11	Chimborazo	Alausí	Tixán
12	Chimborazo	Alausí	Alausí
13	Chimborazo	Alausí	Sibambe
14	Chimborazo	Alausí	Achupallas
15	Chimborazo	Riobamba	Lizarzaburu
16	Chimborazo	Riobamba	Licán

Elaboración propia.

Anexo 6: Herramientas de recolección de información

A continuación, se muestran las guías de las entrevistas semiestructuras y los grupos focales aplicados en la evaluación.

Fase de evaluación - Guías de entrevistas virtuales

- **Guía de entrevista – oficial de salud y nutrición de UNICEF**

Componentes por consultar:

- **Componente 1:**
  - Mesas intersectoriales parroquiales (MIP)
  - Centros interculturales
- **Componente 2:**
  - Modelo de vigilancia comunitaria
  - Estrategias locales de cambio social y de comportamiento
- **Componente 3:**
  - Ciclos de mejora continua

Introducción:

Desde 2015, UNICEF implementa en Ecuador una estrategia territorial para prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil (DCI), estructurada en cuatro componentes principales:

- **Articulación intersectorial local:** Fortalece la coordinación entre gobiernos, comunidades y sociedad civil mediante Mesas Intersectoriales Parroquiales (MIP) y promueve prácticas de cuidado infantil en los Centros Interculturales para la Promoción de la Salud y Nutrición (CIPSN).
- **Empoderamiento y participación comunitaria:** Fomenta la detección oportuna de factores de riesgo de DCI mediante la vigilancia comunitaria, y el cambio de prácticas de salud y nutrición ya través de estrategias de comunicación.
- **Mejora de servicios de salud:** Implementa ciclos de mejora continua para optimizar la calidad y cobertura de los servicios del paquete priorizado.
- **Mejora continua de los servicios WASH:** Refuerza las capacidades de juntas de agua para garantizar el acceso sostenible a servicios de agua en comunidades rurales.

Preguntas iniciales

1. ¿Podría indicarnos su nombre completo, cargo actual y desde cuándo lo ejerce?
2. ¿Usted ha tenido algún rol en el diseño, implementación o seguimiento de la estrategia territorial de UNICEF? De ser así, ¿podría contarnos un poco sobre su participación?

Sección 1: Mesas intersectoriales parroquiales y centros interculturales

1. ¿Qué rol han tenido las MIP en la coordinación entre los actores clave para atender a gestantes y niños menores de 24 meses? ¿En qué medida considera que esto ha influido en la entrega de los servicios priorizados?
2. ¿Qué importancia cree que tiene contar con un marco legal que institucionalice la labor de las MIP? ¿Cómo considera que esto podría influir en la participación, la coordinación o la sostenibilidad de las mesas?
3. ¿De qué manera los centros interculturales han influido en el conocimiento de las gestantes, madres y cuidadores sobre el uso de servicios de salud y prácticas de cuidado? ¿Cómo ha impactado este conocimiento en el uso de los servicios y en la adopción de las prácticas?
4. ¿Cómo describiría los resultados obtenidos a través de las MIP y los CIPSN, incluyendo los aspectos que funcionaron bien y los desafíos encontrados? ¿Qué acciones se tomaron para abordar esos desafíos y cómo evaluaría su efectividad?

Sección 3: Modelo de vigilancia comunitaria, Estrategias locales de cambio social y comportamiento

1. ¿De qué manera el modelo de vigilancia comunitaria influyó en la atención de gestantes y niños menores de 24 meses con factores de riesgo? ¿Qué resultados destaca en relación con el uso oportuno de los servicios de salud?
2. ¿Cómo se diseñaron las estrategias locales de cambio social y comportamiento? ¿Se realizaron diagnósticos, monitoreos o evaluaciones para orientarlas?
3. ¿Cómo han influido las estrategias locales de cambio social y de comportamiento en el conocimiento de las gestantes, madres y cuidadores sobre el uso de servicios de salud y prácticas de cuidado?
4. ¿Qué desafíos fueron identificados en la implementación de estas actividades? ¿Qué medidas se tomaron para superar estos desafíos?
5. ¿Cuáles fueron los factores que contribuyeron al éxito o limitaron estas actividades en las parroquias intervenidas?

Sección 4: Ciclos de mejora continua

1. ¿Cómo han influido los ciclos de mejora continua en la disponibilidad de insumos críticos en los establecimientos de salud del primer nivel? ¿Estas mejoras han facilitado un mayor uso de los servicios de salud?
2. ¿Considera que los ciclos de mejora continua fueron exitosos? ¿Cuáles fueron los principales desafíos?
3. ¿Qué acciones fueron tomadas para superar los desafíos observados en la implementación de estas actividades?

Sección 5: Preguntas transversales

<u>Adaptación a contextos y desafíos</u>

1. ¿Considera que la estrategia respondió a las necesidades y oportunidades de las parroquias en Imbabura, Pichincha y Chimborazo? ¿Las características

sociodemográficas y culturales de la población influyeron en la implementación de la estrategia? ¿De qué manera y en qué magnitud?

2. ¿La estrategia se adaptó a cambios contextuales, como la pandemia de COVID-19? ¿Hubo ajustes en algún componente debido a las restricciones de la pandemia? ¿Qué desafíos surgieron y cómo se abordaron?

Enfoques de género, derechos humanos e inclusividad

1. ¿Considera que las actividades de los componentes promueven la participación equitativa de hombres y mujeres en las discusiones y toma de decisiones? En caso afirmativo, ¿qué medidas específicas se implementaron para garantizar esta equidad?
2. ¿Se realizaron acciones para garantizar la inclusión de todas las personas de la comunidad durante la preparación y ejecución de las actividades? Por ejemplo, ¿Se consideraron medios o materiales en kichwa?
3. ¿Considera que la estrategia territorial contempló acciones adecuadas para garantizar la participación de personas con discapacidad? ¿Podría compartir algunos ejemplos específicos?

Recursos, capacidades y coordinación:

1. ¿Cómo cree que los recursos disponibles y la capacidad de los actores locales influyeron en la implementación de la estrategia en las distintas parroquias?
2. ¿Cómo describiría la coordinación entre la oficina central de UNICEF en Quito y el equipo en el territorio durante la implementación de la estrategia? ¿Qué funcionó bien y qué aspectos considera que pudieron mejorar?

Resultados y aprendizajes:

1. ¿Considera que la estrategia se alineó con las principales políticas públicas de Ecuador relacionadas con la prevención y reducción de la DCI? ¿Se realizaron ajustes en la estrategia debido a cambios en las políticas públicas?
2. ¿Cómo ha influido la estrategia territorial en los cambios en normativas, políticas o en la provisión de servicios del Estado (Gobierno nacional y local) en el territorio relacionados con la DCI? ¿Puede identificar cambios específicos?
3. Al diseñar la estrategia, ¿se consideró su escalabilidad a nivel nacional? En caso afirmativo, ¿se contemplaron diferencias entre las áreas urbanas y rurales en el diseño, o la estrategia se basó únicamente en las necesidades observadas en Imbabura? ¿Cómo se pensó en adaptar o escalar las MIP en áreas urbanas?
4. ¿Qué efectos ha tenido el tránsito institucional de un Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social a la Secretaría de Plan Toda una Vida y, más recientemente, a la Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil? ¿Considera que el enfoque exclusivo en la DCI dentro de la política pública ha generado que se descuiden otras problemáticas de la primera infancia?
5. ¿La estrategia generó resultados no previstos? Si es así, ¿qué condiciones cree que serían necesarias para replicarlos en otras áreas geográficas?
6. ¿Qué medidas considera que podrían adoptarse en la institucionalidad pública para mejorar la sostenibilidad a largo plazo de la estrategia?

7. ¿Qué aprendizajes clave y buenas prácticas considera que podrían servir de referencia para futuras implementaciones de esta estrategia?

- **Guía de entrevista – oficial de inclusión social de UNICEF**

Introducción:

Desde 2015, UNICEF implementa en Ecuador una estrategia territorial para prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil (DCI), estructurada en cuatro componentes principales:

- **Articulación intersectorial local:** Fortalece la coordinación entre gobiernos, comunidades y sociedad civil mediante Mesas Intersectoriales Parroquiales (MIP) y promueve prácticas de cuidado infantil en los Centros Interculturales para la Promoción de la Salud y Nutrición (CIPSN).
- **Empoderamiento y participación comunitaria:** Fomenta la detección oportuna de factores de riesgo de DCI mediante la vigilancia comunitaria, y el cambio de prácticas de salud y nutrición ya través de estrategias de comunicación.
- **Mejora de servicios de salud:** Implementa ciclos de mejora continua para optimizar la calidad y cobertura de los servicios del paquete priorizado.
- **Mejora continua de los servicios WASH:** Refuerza las capacidades de juntas de agua para garantizar el acceso sostenible a servicios de agua en comunidades rurales.

Preguntas iniciales

1. ¿Podría indicarnos su nombre completo, cargo actual y desde cuándo lo ejerce?
2. ¿Usted ha tenido algún rol en el diseño, implementación o seguimiento de la estrategia territorial de UNICEF? De ser así, ¿podría contarnos un poco sobre su participación?

Sección 2: Preguntas transversales

Adaptación a contextos y desafíos

1. ¿Considera que la estrategia respondió a las necesidades y oportunidades de las parroquias en Imbabura, Pichincha y Chimborazo? ¿Las características sociodemográficas y culturales de la población influyeron en la implementación de la estrategia? ¿De qué manera y en qué magnitud?
2. ¿La estrategia se adaptó a cambios contextuales, como la pandemia de COVID-19? ¿Hubo ajustes en algún componente debido a las restricciones de la pandemia? ¿Qué desafíos surgieron y cómo se abordaron?

Enfoques de Género, Derechos Humanos e Inclusividad

1. ¿La estrategia promovió la participación equitativa de hombres y mujeres, así como la inclusión de hablantes de kichwa y personas con discapacidad? ¿Qué medidas específicas se implementaron para lograrlo?

Recursos y coordinación:

1. ¿Cómo influyeron los recursos disponibles —en términos de asignación de fondos, insumos y apoyo logístico— en la implementación de la estrategia en Imbabura?

Resultados y aprendizajes:

1. ¿Se generaron sinergias internas dentro de UNICEF entre esta estrategia y otros programas en Ecuador (por ejemplo, en educación, protección infantil u otros)? ¿Qué mecanismos facilitaron esta coordinación?
2. ¿Se han generado sinergias externas entre la estrategia en Imbabura y otras iniciativas nacionales o internacionales en la lucha contra la desnutrición? ¿Cómo se articularon las colaboraciones con el Estado, cooperación internacional o el sector privado?
3. ¿Cómo ha contribuido la experiencia en Imbabura a la planificación y programación presupuestaria a nivel nacional para la reducción de la DCI? ¿Hubo aprendizajes que influyeron en la asignación de recursos o en la priorización de inversiones?

Impacto en políticas, escalabilidad y sostenibilidad

1. ¿La estrategia generó resultados no previstos? Si es así, ¿qué condiciones cree que serían necesarias para replicarlos en otras áreas geográficas?
2. Basándose en su experiencia, ¿qué estrategias considera fundamentales para fomentar alianzas y colaboración intersectorial (salud, educación, protección, etc.) que potencien el impacto de las intervenciones realizadas por UNICEF en Imbabura y Chimborazo?
3. ¿Qué factores facilitaron o limitaron la escalabilidad de la estrategia en Imbabura a otras provincias o a nivel nacional? ¿Qué cambios se hicieron o deberían hacerse para adaptarla mejor a una implementación nacional?
4. ¿Qué medidas deberían adoptarse en la institucionalidad pública para asegurar la sostenibilidad de la estrategia a largo plazo?
5. ¿Cuáles son los principales aprendizajes y buenas prácticas que podrían servir de referencia para futuras intervenciones en este ámbito?

- **Guía de entrevista – representante adjunto de UNICEF**

Introducción:

Desde 2015, UNICEF implementa en Ecuador una estrategia territorial para prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil (DCI), estructurada en cuatro componentes principales:

- **Articulación intersectorial local:** Fortalece la coordinación entre gobiernos, comunidades y sociedad civil mediante Mesas Intersectoriales Parroquiales

(MIP) y promueve prácticas de cuidado infantil en los Centros Interculturales para la Promoción de la Salud y Nutrición (CIPSN).

- **Empoderamiento y participación comunitaria:** Fomenta la detección oportuna de factores de riesgo de DCI mediante la vigilancia comunitaria, y el cambio de prácticas de salud y nutrición ya través de estrategias de comunicación.
- **Mejora de servicios de salud:** Implementa ciclos de mejora continua para optimizar la calidad y cobertura de los servicios del paquete priorizado.
- **Mejora continua de los servicios WASH:** Refuerza las capacidades de juntas de agua para garantizar el acceso sostenible a servicios de agua en comunidades rurales.

Preguntas iniciales

1. 1. ¿Podría indicarnos su nombre completo, cargo actual y desde cuándo lo ejerce?
2. ¿Ha participado en el diseño, implementación o seguimiento de la estrategia territorial de UNICEF? En caso afirmativo, ¿podría describir su rol y principales responsabilidades?

Sección 2: Preguntas transversales

Coordinación intersectorial y articulación territorial:

1. ¿Se han establecido mecanismos para coordinar los programas dentro de UNICEF? En caso afirmativo, ¿cuáles han sido estos mecanismos? ¿alguno se implementó con la estrategia territorial?
2. ¿Cuáles han sido los principales desafíos en la articulación interna y externa de la estrategia? (Considerando actores gubernamentales, cooperación internacional, sociedad civil y sector privado).
3. ¿Cómo ha sido la relación entre UNICEF y el gobierno nacional en el proceso de alineación de la estrategia con las prioridades de política pública en DCI?

Asignación de fondos y recursos:

1. Desde su experiencia, ¿cómo se han definido las prioridades en la asignación de fondos dentro de UNICEF, así como para los distintos componentes de la estrategia territorial?
2. ¿Qué criterios se han utilizado para distribuir los recursos entre las diferentes provincias y componentes de la estrategia?
3. Durante la implementación de la estrategia, ¿hubo limitaciones presupuestarias que hayan impactado la ejecución de la estrategia (por ejemplo, el cese de operaciones en ciertas parroquias)? En caso afirmativo, ¿cómo se han gestionado estas limitaciones?
4. ¿Existen oportunidades para aumentar o diversificar las fuentes de financiamiento de la estrategia en el futuro?

Impacto, escalabilidad y sostenibilidad:

1. ¿La estrategia generó resultados no previstos? Si es así, ¿qué condiciones cree que serían necesarias para replicarlos en otras áreas geográficas?
2. ¿Se han generado sinergias internas dentro de UNICEF entre esta estrategia y otros programas en Ecuador? ¿Cómo han contribuido estas sinergias a la implementación o financiamiento de la estrategia?
3. ¿Qué aprendizajes derivados de la implementación en Imbabura, Pichincha y Chimborazo han sido considerados en la planificación de nuevas intervenciones de UNICEF en el país?
4. Desde su perspectiva, ¿cuáles son los principales factores que podrían facilitar la escalabilidad de la estrategia a otras provincias o a nivel nacional?
5. ¿Qué cambios considera necesarios en la estrategia para hacerla más sostenible en el tiempo, especialmente en términos de financiamiento y apropiación por parte del Estado?
6. ¿Qué medidas recomendaría para fortalecer la institucionalidad pública y garantizar la sostenibilidad financiera de los esfuerzos de reducción de la DCI en Ecuador??

Sección 3: Preguntas de cierre

1. ¿Le gustaría agregar algún otro comentario o recomendación con base en su experiencia en la gestión de programas y recursos en UNICEF?

- **Guía de entrevista – oficial WASH de UNICEF**

Componentes por consultar:

- **Componente 4:**
  - Fortalecimiento de juntas de agua

Introducción:

Desde 2015, UNICEF implementa en Ecuador una estrategia territorial para prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil (DCI), estructurada en cuatro componentes principales:

- **Articulación intersectorial local:** Fortalece la coordinación entre gobiernos, comunidades y sociedad civil mediante Mesas Intersectoriales Parroquiales (MIP) y promueve prácticas de cuidado infantil en los Centros Interculturales para la Promoción de la Salud y Nutrición (CIPSN).
- **Empoderamiento y participación comunitaria:** Fomenta la detección oportuna de factores de riesgo de DCI mediante la vigilancia comunitaria, y el cambio de prácticas de salud y nutrición ya través de estrategias de comunicación.
- **Mejora de servicios de salud:** Implementa ciclos de mejora continua para optimizar la calidad y cobertura de los servicios del paquete priorizado.
- **Mejora continua de los servicios WASH:** Refuerza las capacidades de juntas de agua para garantizar el acceso sostenible a servicios de agua en comunidades rurales.

Pregunta inicial

1. ¿Podría indicarnos su nombre completo, cargo actual y desde cuándo lo ejerce?
2. ¿Qué rol desempeñó en el diseño, implementación o seguimiento de la estrategia territorial de UNICEF?

Sección 1: Fortalecimiento de juntas de agua

1. ¿En qué consistió el componente WASH de la estrategia de UNICEF? ¿Se elaboraron guías para su implementación?
2. ¿Cómo ha impactado el fortalecimiento de las juntas de agua en las condiciones de los sistemas de agua? ¿Ha tenido algún efecto en el acceso a agua segura en los hogares con gestantes y niños menores de 24 meses?
3. ¿Cuáles fueron los principales desafíos y cómo afectaron estos al proceso?
4. ¿Se realizaron acciones para superar estos desafíos? ¿Considera que estas acciones fueron efectivas?

Sección 2: Preguntas transversales

1. ¿De qué manera las políticas públicas de WASH en Ecuador influyeron en el diseño de la estrategia territorial? Si hubo cambios en estas políticas durante la implementación, ¿se ajustó la estrategia para mantener la coherencia?
2. ¿Cómo cree que los recursos disponibles de las juntas de agua y la capacidad de los actores locales influyeron en la implementación del componente WASH?
3. ¿Considera que el componente WASH, en particular el fortalecimiento de las juntas de agua, logró adaptarse a los cambios contextuales como la pandemia de COVID-19? ¿Qué desafíos surgieron en este proceso?
4. ¿Cómo se abordaron los desafíos que surgieron durante la pandemia de COVID-19 dentro del componente WASH? ¿Hubo ajustes debido a las restricciones de la pandemia o los cambios en las necesidades de la comunidad?
5. ¿De qué manera las características sociodemográficas y culturales de las parroquias afectaron la implementación del componente WASH?
6. ¿Cree que la estrategia territorial ha influido en normativas, políticas o en la provisión de servicios del Estado relacionados con la DCI? ¿Puede identificar algunos cambios específicos impulsados por la estrategia?
7. ¿La estrategia generó resultados no previstos en los ámbitos de WASH y nutrición? Si es así, ¿qué condiciones cree que serían necesarias para replicarlos en otras áreas geográficas?
8. ¿Qué aprendizajes clave y buenas prácticas considera que podrían servir de referencia para futuras implementaciones de esta estrategia?

- **Guía de entrevista – personal de UNICEF en Imbabura y Chimborazo**

Componentes por consultar:

- **Componente 1:**
  - Mesas intersectoriales parroquiales
  - Centros interculturales
- **Componente 2:**

    - Modelo de vigilancia comunitaria
    - Estrategias locales de cambio social y de comportamiento
- **Componente 3:**
    - Ciclos de mejora continua
- **Componente 4:**
    - Fortalecimiento de juntas de agua

Introducción:

Desde 2015, UNICEF implementa en Ecuador una estrategia territorial para prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil (DCI), estructurada en cuatro componentes principales:

- **Articulación intersectorial local:** Fortalece la coordinación entre gobiernos, comunidades y sociedad civil mediante Mesas Intersectoriales Parroquiales (MIP) y promueve prácticas de cuidado infantil en los Centros Interculturales para la Promoción de la Salud y Nutrición (CIPSN).
- **Empoderamiento y participación comunitaria:** Fomenta la detección oportuna de factores de riesgo de DCI mediante la vigilancia comunitaria, y el cambio de prácticas de salud y nutrición ya través de estrategias de comunicación.
- **Mejora de servicios de salud:** Implementa ciclos de mejora continua para optimizar la calidad y cobertura de los servicios del paquete priorizado.
- **Mejora continua de los servicios WASH:** Refuerza las capacidades de juntas de agua para garantizar el acceso sostenible a servicios de agua en comunidades rurales.

Preguntas iniciales

1. ¿Podría indicarnos su nombre completo, cargo actual y desde cuándo lo ejerce?
2. ¿Usted ha tenido algún rol en el diseño, implementación o seguimiento de la estrategia territorial de UNICEF? De ser así, ¿podría contarnos un poco sobre su participación?

Sección 1: Mesas intersectoriales parroquiales y centros interculturales

1. ¿Ha participado o acompañado alguna sesión de las MIP o de los centros interculturales? Si es así, ¿podría compartirnos su experiencia y qué percepción tiene sobre su funcionamiento?
2. ¿Qué rol han tenido las MIP en la coordinación entre los actores clave para atender a gestantes y niños menores de 24 meses? ¿En qué medida considera que esto ha influido en la entrega de los servicios priorizados?
3. ¿Qué importancia cree que tiene contar con un marco legal que institucionalice la labor de las mesas? ¿Cómo considera que esto podría influir en la participación, la coordinación o la sostenibilidad de las mesas?
4. ¿De qué manera los centros interculturales han influido en el conocimiento de las gestantes, madres y cuidadores sobre el uso de servicios de salud y prácticas de cuidado? ¿Cómo ha impactado este conocimiento en el uso de los servicios y en la adopción de las prácticas?

5. ¿Cómo describiría los resultados obtenidos a través de las mesas intersectoriales y los centros interculturales? ¿Qué aspectos funcionaron bien y cuáles presentaron desafíos?
6. ¿Qué acciones se tomaron para abordar los desafíos identificados durante la implementación de estas actividades? ¿Cómo evaluaría la efectividad de estas acciones?

Sección 2: Modelo de vigilancia comunitaria y estrategias locales de cambio social y comportamiento

1. ¿De qué manera el modelo de vigilancia comunitaria influyó en la atención de gestantes y niños menores de 24 meses con factores de riesgo? ¿Qué resultados destaca en relación con el uso oportuno de los servicios de salud?
2. ¿Cómo han influido las estrategias locales de cambio social y de comportamiento en el conocimiento de las gestantes, madres y cuidadores sobre el uso de servicios de salud y prácticas de cuidado?
3. ¿Qué desafíos fueron identificados en la implementación de estas actividades? ¿Qué medidas se tomaron para superar estos desafíos?
4. ¿Cuáles fueron los factores que contribuyeron al éxito o limitaron estas actividades en las parroquias intervenidas?

Sección 3: Ciclos de mejora continua

1. ¿Cómo han influido los ciclos de mejora continua en la disponibilidad de insumos críticos en los establecimientos de salud del primer nivel? ¿Estas mejoras han facilitado un mayor uso de los servicios de salud?
2. ¿Qué actividades dentro de los ciclos de mejora continua considera que tuvieron un mayor impacto?
3. ¿Cuáles fueron los principales desafíos en la implementación de los ciclos de mejora continua? ¿Qué medidas se tomaron para abordar los desafíos en este componente?

Sección 4: Fortalecimiento de juntas de agua

1. ¿Qué impacto cree que ha tenido el fortalecimiento de las juntas de agua en las condiciones de los sistemas de agua? ¿En su opinión, esto ha mejorado el acceso a agua segura en los hogares con gestantes y niños menores de 24 meses?
2. ¿Cuáles fueron los principales desafíos y cómo afectaron estos al proceso?
3. ¿Se realizaron acciones para superar estos desafíos? ¿Considera que estas acciones fueron efectivas?

Sección 5: Preguntas transversales

<u>Adaptación a contextos y desafíos</u>

1. ¿Considera que la estrategia respondió a las necesidades y oportunidades de las parroquias en Imbabura, Pichincha y Chimborazo? ¿Las características

sociodemográficas y culturales de la población influyeron en la implementación de la estrategia? ¿De qué manera y en qué magnitud?

2. ¿La estrategia se adaptó a cambios contextuales, como el de la pandemia de COVID-19? Si es afirmativo, ¿cómo fue la adaptación? ¿qué desafíos surgieron?
3. ¿Estos desafíos fueron abordados? ¿Cómo lo hicieron? ¿Hubo ajustes en algún componente de la estrategia debido a las restricciones de la pandemia?

Enfoques de género, derechos humanos e inclusividad

1. ¿Considera que las actividades de los componentes promueven la participación equitativa de hombres y mujeres en las discusiones y toma de decisiones? En caso afirmativo, ¿qué medidas específicas se implementaron para garantizar esta equidad?
2. ¿Se realizaron acciones para garantizar la inclusión de todas las personas de la comunidad durante la preparación y ejecución de las actividades? Por ejemplo, ¿Se consideraron medios o materiales en kichwa?
3. ¿Considera que la estrategia territorial contempló acciones adecuadas para garantizar la participación de personas con discapacidad? ¿Podría compartir algunos ejemplos específicos?

Recursos, capacidades y coordinación:

1. ¿Cómo cree que los recursos disponibles y la capacidad de los actores locales, incluyendo los gobiernos locales, influyeron en la implementación de la estrategia en las distintas parroquias?
2. ¿Cómo describiría la coordinación entre la oficina central de UNICEF en Quito y el equipo en el territorio durante la implementación de la estrategia? ¿Qué funcionó bien y qué aspectos considera que pudieron mejorar?
3. ¿Hubo coordinación entre las actividades de esta estrategia y otras acciones locales de UNICEF en la región? Si la hubo, ¿cómo influyó en los resultados? Si no, ¿qué acciones coordinadas hubieran sido importantes?

Resultados y aprendizajes:

1. ¿Cómo ha influido la estrategia territorial en los cambios en normativas, políticas o en la provisión de servicios del Estado (Gobierno nacional y local) en el territorio relacionados con la DCI? ¿Puede identificar cambios específicos?
2. ¿La estrategia generó resultados no previstos? Si es así, ¿qué condiciones cree que serían necesarias para replicarlos en otras áreas geográficas?
3. Desde su experiencia en el territorio, ¿cómo evalúa la sostenibilidad de la estrategia? ¿Los GADs han adoptado la iniciativa? ¿Qué pasará cuando UNICEF se retire?
4. ¿Qué aprendizajes clave y buenas prácticas considera que podrían servir de referencia para futuras implementaciones de esta estrategia?

- **Guía de entrevista – socios implementadores**

Componentes por consultar:

- **Componente 1:**
  - Mesas intersectoriales parroquiales (MIP)
  - Centros interculturales
- **Componente 2:**
  - Modelo de vigilancia comunitaria
  - Estrategias locales de cambio social y de comportamiento
- **Componente 3:**
  - Ciclos de mejora continua
- **Componente 4:**
  - Fortalecimiento de las juntas de agua

Introducción:

Desde 2015, UNICEF implementa en Ecuador una estrategia territorial para prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil (DCI), estructurada en cuatro componentes principales:

- **Articulación intersectorial local:** Fortalece la coordinación entre gobiernos, comunidades y sociedad civil mediante Mesas Intersectoriales Parroquiales (MIP) y promueve prácticas de cuidado infantil en los Centros Interculturales para la Promoción de la Salud y Nutrición (CIPSN).
- **Empoderamiento y participación comunitaria:** Fomenta la detección oportuna de factores de riesgo de DCI mediante la vigilancia comunitaria, y el cambio de prácticas de salud y nutrición ya través de estrategias de comunicación.
- **Mejora de servicios de salud:** Implementa ciclos de mejora continua para optimizar la calidad y cobertura de los servicios del paquete priorizado.
- **Mejora continua de los servicios WASH:** Refuerza las capacidades de juntas de agua para garantizar el acceso sostenible a servicios de agua en comunidades rurales.

Pregunta inicial

1. ¿Podría indicarnos su nombre completo, cargo actual y desde cuándo lo ejerce?
2. ¿Está familiarizado con la estrategia territorial de UNICEF para prevenir y reducir la DCI? Si es así, ¿quién le proporcionó información sobre ella?
3. ¿En qué provincias y parroquias FLACSO ha participado como socio implementador de UNICEF y en qué componentes específicos de la estrategia ha trabajado?

Sección 1: Preguntas generales

1. ¿Recibió algún modelo o guía de la estrategia a aplicar? ¿Qué tipo de acompañamiento recibió por parte de UNICEF y los actores locales durante el diseño del plan de trabajo y la implementación de la estrategia?
2. ¿Cómo se coordinó la estrategia con otras implementadas por los gobiernos locales, el gobierno nacional u otras instituciones, incluyendo ONGs?
3. ¿En qué medida las guías de implementación fueron útiles para ejecutar las actividades y gestionar recursos?
4. ¿Se tomaron medidas durante la implementación para asegurar un uso eficiente de los recursos?
5. ¿Cómo se adaptó la estrategia a los cambios contextuales, como la pandemia de COVID-19? ¿Qué desafíos surgieron?

6. ¿Considera que existen factores internos o externos (contextuales, sociales, económicos) que influyeron en la implementación de la estrategia? Si es así, ¿cuáles destacaría? ¿Estos factores representaron desafíos, oportunidades o ambos?

Sección 2: Preguntas por componente

Mesas Intersectoriales Parroquiales y CIPSN

1. ¿Cómo se adaptaron las mesas intersectoriales y los CIPSN a las necesidades de las parroquias durante su implementación?
2. ¿Qué lecciones aprendidas y buenas prácticas considera que podrían replicarse en otros contextos?
3. ¿Cómo se coordinaron las mesas intersectoriales y los CIPSN con otras estrategias locales y nacionales?

Modelos de vigilancia epidemiológica comunitaria y estrategias locales de cambio social y de comportamiento

1. ¿Cómo han ayudado los modelos de vigilancia comunitaria a identificar y abordar los factores de riesgo relacionados con la DCI?
2. ¿Qué impactos directos han tenido las estrategias locales de cambio social en las prácticas de cuidado y nutrición infantil?

Ciclos de mejora continua

1. ¿Cómo han contribuido los ciclos de mejora continua a identificar y resolver barreras en la prestación de los servicios del paquete priorizado?
2. ¿Qué recursos considera clave para la implementación de los ciclos de mejora continua?

Fortalecimiento de las juntas de agua

1. ¿Cómo ha influido el fortalecimiento de las juntas de agua en la calidad de los servicios de agua y saneamiento?
2. ¿Qué desafíos enfrentaron durante la implementación del fortalecimiento de las juntas de agua?

Sección 3: Reflexiones finales

<u>Enfoques de género, derechos humanos e inclusividad</u>

1. ¿Considera que las actividades de los componentes promueven la participación equitativa de hombres y mujeres en las discusiones y toma de decisiones? En caso afirmativo, ¿qué medidas específicas se implementaron para garantizar esta equidad?
2. ¿Se realizaron acciones para garantizar la inclusión de todas las personas de la comunidad durante la preparación y ejecución de las actividades? Por ejemplo, ¿Se consideraron medios o materiales en kichwa?
3. ¿Considera que la estrategia territorial contempló acciones adecuadas para garantizar la participación de personas con discapacidad? ¿Podría compartir algunos ejemplos específicos?

Asignación de recursos

1. ¿Considera que los recursos financieros y no financieros asignados fueron suficientes para cumplir con las actividades planificadas? ¿Por qué? *Detalle: los recursos no financieros incluyen el tiempo de intervención, el personal y los recursos físicos, como las guías de implementación.*
2. ¿En qué medida las guías de implementación ayudaron a optimizar el uso de los recursos y a alcanzar los objetivos planificados?
3. En los informes trimestrales de los socios implementadores, se han identificado recomendaciones sobre el camino a seguir, ¿considera que estas recomendaciones fueron tomadas en cuenta e integradas en la implementación de la estrategia?
4. ¿Qué impacto tuvieron los ajustes presupuestarios en la optimización del uso de recursos durante la implementación?

Resultados y aprendizajes

1. ¿Qué actividades dentro de la estrategia tuvieron mayor éxito en términos de resultados alcanzados? ¿Cuáles enfrentaron mayores desafíos? ¿Cómo se superaron estos desafíos durante la implementación?
2. ¿Qué ajustes se realizaron para mejorar la efectividad de las actividades? ¿Cómo se determinaron estos ajustes y lograron ser adoptados? En caso contrario, ¿cuáles fueron las razones para que no se adoptaran?
3. ¿Cuáles son los aprendizajes clave y buenas prácticas que podrían aplicarse en futuras implementaciones de esta estrategia?
4. ¿Qué medidas considera que deberían tomarse para mejorar la sostenibilidad a largo plazo de la estrategia?

- **Guía de entrevista – actor nacional MSP**

Introducción:

Desde 2015, UNICEF implementa en Ecuador una estrategia territorial para prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil (DCI), estructurada en cuatro componentes principales:

- **Articulación intersectorial local:** Fortalece la coordinación entre gobiernos, comunidades y sociedad civil mediante Mesas Intersectoriales Parroquiales (MIP) y promueve prácticas de cuidado infantil en los Centros Interculturales para la Promoción de la Salud y Nutrición (CIPSN).
- **Empoderamiento y participación comunitaria:** Fomenta la detección oportuna de factores de riesgo de DCI mediante la vigilancia comunitaria, y el cambio de prácticas de salud y nutrición ya través de estrategias de comunicación.
- **Mejora de servicios de salud:** Implementa ciclos de mejora continua para optimizar la calidad y cobertura de los servicios del paquete priorizado.
- **Mejora continua de los servicios WASH:** Refuerza las capacidades de juntas de agua para garantizar el acceso sostenible a servicios de agua en comunidades rurales.

Pregunta inicial:

1. ¿Podría indicarnos su nombre completo, cargo actual y desde cuándo lo ejerce?
2. ¿Está familiarizado/a con la estrategia territorial de UNICEF para prevenir y reducir la DCI? Si es así, ¿cómo llegó a conocerla?

Preguntas por actividades de la estrategia:

Mesas intersectoriales parroquiales:

1. ¿Cómo valora el papel de las Mesas Intersectoriales Parroquiales (MIP) en la coordinación intersectorial en los territorios?
2. ¿De qué manera cree que estas mesas han contribuido a la provisión de servicios de salud para gestantes y niñas y niños menores de dos años?

Centros interculturales para la promoción de la salud y nutrición:

3. ¿Qué aspectos de los CIPSN considera más relevantes para complementar los servicios de salud que ofrece el MSP?

Ciclos de mejora continua:

4. ¿Qué resultados ha observado en la calidad y cobertura de los servicios del paquete priorizado como resultado de los ciclos de mejora continua implementados por la estrategia territorial?

Vigilancia comunitaria:

5. ¿Cuál es su opinión sobre el modelo de vigilancia epidemiológica comunitaria implementado por la estrategia?
6. ¿Qué valor le atribuye al involucramiento de las comunidades en la prevención de la DCI y en la detección temprana de riesgos?

Preguntas de cierre:

1. ¿Cómo contribuyen las actividades de la estrategia territorial a las prioridades del MSP en la prevención y reducción de la DCI, y qué potencial tiene para fortalecer las políticas y programas del MSP de salud infantil y nutrición?
2. ¿Existen mecanismos de coordinación, colaboración o retroalimentación entre el MSP y UNICEF para la prevención y reducción de la DCI? ¿Cuáles son? ¿Cómo valora su efectividad?
3. ¿Qué oportunidades identifica para fortalecer la relación entre las acciones del MSP y las actividades de la estrategia territorial?
4. ¿Qué aspectos considera que podrían ajustarse o mejorarse en la estrategia territorial para que responda mejor a las necesidades del MSP tanto a nivel local como nacional?
5. ¿Qué considera necesario para garantizar que los logros de la estrategia territorial sean sostenibles en el tiempo, desde la perspectiva del MSP?
6. ¿Cree que la estrategia territorial podría adaptarse o escalarse a nivel nacional para abordar otras necesidades de la población, además de la DCI?

- **Guía de entrevista – actor nacional MIES**

Introducción:

Desde 2015, UNICEF implementa en Ecuador una estrategia territorial para prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil (DCI), estructurada en cuatro componentes principales:

- **Articulación intersectorial local:** Fortalece la coordinación entre gobiernos, comunidades y sociedad civil mediante Mesas Intersectoriales Parroquiales (MIP) y promueve prácticas de cuidado infantil en los Centros Interculturales para la Promoción de la Salud y Nutrición (CIPSN).
- **Empoderamiento y participación comunitaria:** Fomenta la detección oportuna de factores de riesgo de DCI mediante la vigilancia comunitaria, y el cambio de prácticas de salud y nutrición ya través de estrategias de comunicación.
- **Mejora de servicios de salud:** Implementa ciclos de mejora continua para optimizar la calidad y cobertura de los servicios del paquete priorizado.
- **Mejora continua de los servicios WASH:** Refuerza las capacidades de juntas de agua para garantizar el acceso sostenible a servicios de agua en comunidades rurales.

Pregunta inicial:

1. ¿Podría indicarnos su nombre completo, cargo actual y desde cuándo lo ejerce?
2. ¿Está familiarizado/a con la estrategia territorial de UNICEF para prevenir y reducir la DCI? Si es así, ¿Cómo llegó a conocerla?

Preguntas por actividad de la estrategia:

Mesas intersectoriales parroquiales:

1. ¿Cómo valora el rol de las MIP en la articulación de servicios y programas vinculados al desarrollo infantil integral del MIES?
2. ¿De qué manera cree que estas mesas han contribuido a mejorar la atención a las familias y comunidades con niñas y niños menores de dos años?

Centros interculturales para la promoción de la salud y nutrición:

3. ¿Considera que los CIPSN han complementado los programas de desarrollo infantil que promueve el MIES?

Estrategias de cambio social y de comportamiento:

4. ¿Qué valor atribuye a las estrategias de comunicación y sensibilización comunitaria para promover cambios en las prácticas de cuidado infantil y nutrición?

Preguntas de cierre:

1. ¿Cómo contribuyen las actividades de la estrategia territorial a las prioridades y objetivos del MIES en la prevención y reducción de la DCI?
2. ¿Existen mecanismos de coordinación, colaboración o retroalimentación entre el MIES y UNICEF para implementar actividades relacionadas con la prevención y reducción de la DCI? ¿Cuáles son? ¿Cómo valora su efectividad?
3. ¿Qué oportunidades identifica para fortalecer la relación y la complementariedad entre las acciones del MIES y las actividades de la estrategia territorial?
4. ¿Qué considera que podría ajustarse o mejorarse en la estrategia territorial para que esté más alineada con las necesidades y prioridades del MIES a nivel local y nacional?
5. ¿Qué impacto han tenido las actividades de la estrategia territorial en los servicios y programas gestionados por el MIES, especialmente aquellos dirigidos a la primera infancia, como Creciendo con Nuestros Hijos (CNH) o los Centros de Desarrollo Infantil (CDI)?
6. ¿Qué considera necesario para garantizar que los logros de la estrategia territorial sean sostenibles en el tiempo, desde la perspectiva del MIES?

7. ¿Cree que la estrategia territorial podría adaptarse o escalarse a nivel nacional para abordar otras necesidades de la población, además de la DCI?

- **Guía de entrevista – actor nacional MINEDUC**

Introducción:

Desde 2015, UNICEF implementa en Ecuador una estrategia territorial para prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil (DCI), estructurada en cuatro componentes principales:

- **Articulación intersectorial local:** Fortalece la coordinación entre gobiernos, comunidades y sociedad civil mediante Mesas Intersectoriales Parroquiales (MIP) y promueve prácticas de cuidado infantil en los Centros Interculturales para la Promoción de la Salud y Nutrición (CIPSN).
- **Empoderamiento y participación comunitaria:** Fomenta la detección oportuna de factores de riesgo de DCI mediante la vigilancia comunitaria, y el cambio de prácticas de salud y nutrición ya través de estrategias de comunicación.
- **Mejora de servicios de salud:** Implementa ciclos de mejora continua para optimizar la calidad y cobertura de los servicios del paquete priorizado.
- **Mejora continua de los servicios WASH:** Refuerza las capacidades de juntas de agua para garantizar el acceso sostenible a servicios de agua en comunidades rurales.

Pregunta inicial:

1. ¿Podría indicarnos su nombre completo, cargo actual y desde cuándo lo ejerce?
2. ¿Está familiarizado/a con la estrategia territorial de UNICEF para prevenir y reducir la DCI? Si es así, ¿Cómo llegó a conocerla?

Preguntas por actividad de la estrategia:

Mesas intersectoriales parroquiales:

1. ¿Cómo valora el rol de las MIP en la coordinación de acciones que involucran al sector educativo?
2. ¿Qué beneficios ha observado en la participación del MINEDUC en las MIP, especialmente en relación con la promoción del desarrollo integral de niñas y niños?
3. Desde su perspectiva, ¿qué aspectos podrían mejorarse en las MIP para maximizar su impacto en el ámbito educativo?

Centros interculturales para la promoción de la salud y nutrición:

4. ¿Cómo percibe el rol del MINEDUC en la implementación de las estrategias de cambio social y de comportamiento? ¿Han participado en el diseño de mensajes clave?
5. ¿Qué aportes podría realizar el MINEDUC para fortalecer estas estrategias y su impacto en los territorios?

Preguntas de cierre:

1. ¿Considera que las actividades de la estrategia territorial se alinean con las prioridades y objetivos del MINEDUC, especialmente en lo relacionado con el desarrollo infantil integral? ¿De qué manera?

2. ¿Existen mecanismos formales de coordinación o colaboración entre el MINEDUC y UNICEF para el desarrollo infantil temprano, en especial en la prevención y reducción de la DCI? De ser afirmativo, ¿podría describirlos?
3. ¿Qué impacto han tenido las actividades de la estrategia territorial en las comunidades educativas y en los programas impulsados por el MINEDUC?
4. ¿Qué oportunidades identifica para fortalecer la relación y complementariedad entre las acciones del MINEDUC y la estrategia territorial?
5. ¿Qué ajustes considera necesarios en la estrategia territorial para que responda de manera más efectiva a las necesidades y prioridades del MINEDUC a nivel local y nacional, especialmente en el contexto de la DCI?
6. ¿Qué acciones son necesarias para garantizar que los logros de la estrategia territorial sean sostenibles en el tiempo, considerando el rol del MINEDUC?
7. ¿Cree que la estrategia territorial tiene el potencial de escalarse a nivel nacional y adaptarse para abordar otras necesidades de la población desde el ámbito educativo?

- **Guía de entrevista – actor nacional STECSDI**

Introducción:

Desde 2015, UNICEF implementa en Ecuador una estrategia territorial para prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil (DCI), estructurada en cuatro componentes principales:

- **Articulación intersectorial local:** Fortalece la coordinación entre gobiernos, comunidades y sociedad civil mediante Mesas Intersectoriales Parroquiales (MIP) y promueve prácticas de cuidado infantil en los Centros Interculturales para la Promoción de la Salud y Nutrición (CIPSN).
- **Empoderamiento y participación comunitaria:** Fomenta la detección oportuna de factores de riesgo de DCI mediante la vigilancia comunitaria, y el cambio de prácticas de salud y nutrición ya través de estrategias de comunicación.
- **Mejora de servicios de salud:** Implementa ciclos de mejora continua para optimizar la calidad y cobertura de los servicios del paquete priorizado.
- **Mejora continua de los servicios WASH:** Refuerza las capacidades de juntas de agua para garantizar el acceso sostenible a servicios de agua en comunidades rurales.

Pregunta inicial:

1. ¿Podría indicarnos su nombre completo, cargo actual y desde cuándo lo ejerce?
2. ¿Está familiarizado/a con la estrategia territorial de UNICEF para prevenir y reducir la DCI en Imbabura y Chimborazo? Si es así, ¿Cómo llegó a conocerla?

Preguntas por actividad de la estrategia:

Mesas intersectoriales parroquiales:

1. ¿Cómo evalúa el rol de las MIP en la articulación de servicios y programas para la prevención y reducción de la DCI?
2. ¿Qué ajustes considera necesarios para que las MIP respalden de manera más efectiva los objetivos de la STECSDI?
3. ¿Qué tan importante considera que sería contar con un marco legal que institucionalice la labor de las MIP? ¿Cómo considera que esto podría influir en la participación, la coordinación o la sostenibilidad de las mesas?

Centros Interculturales para la Promoción de la Salud y Nutrición

1. ¿Cómo valora el impacto de los CIPSN en la promoción de prácticas de cuidado infantil y nutrición en las comunidades?
2. ¿Qué aspectos de los CIPSN cree que deben fortalecerse para garantizar su sostenibilidad y alineación con las prioridades de la STECSDI?

Estrategias de empoderamiento y participación comunitaria (vigilancia comunitaria y cambio social):

3. ¿Cómo considera que las estrategias de cambio social y de comportamiento de UNICEF en Imbabura y Chimborazo han sensibilizado a las comunidades sobre la importancia de la salud y la nutrición infantil?
4. ¿Qué importancia atribuye al modelo de vigilancia comunitaria en la detección temprana de riesgos asociados con la DCI?
5. ¿Cómo cree que estas estrategias podrían alinearse mejor con los lineamientos de la STECSDI?

Ciclos de mejora continua:

6. ¿Qué efectos considera que han tenido los ciclos de mejora continua en la calidad y cobertura de los servicios de salud priorizados?
7. ¿Qué elementos considera esenciales para garantizar la sostenibilidad de estos avances en el tiempo?

Preguntas de cierre:

1. ¿Cómo considera que las actividades de la estrategia territorial de UNICEF en Imbabura y Chimborazo contribuyen al cumplimiento de los objetivos de la STECSDI en la prevención y reducción de la DCI?
2. ¿Existen mecanismos de coordinación, colaboración o retroalimentación entre la STECSDI y UNICEF en la prevención y reducción de la DCI? ¿Cuáles son? ¿Cómo valora su efectividad?
3. ¿Qué ajustes considera necesarios en la estrategia territorial para que esté más alineada con las prioridades de la STECSDI a nivel nacional?
4. ¿Cree que la estrategia de UNICEF contribuyó con las políticas nacionales de salud y desarrollo infantil temprano? ¿Qué elementos de la estrategia de UNICEF fueron incluidos o excluidos y por qué?
5. ¿Qué acciones deben priorizarse para garantizar la sostenibilidad de los logros alcanzados por la estrategia territorial?
6. ¿Cree que las actividades de la estrategia territorial tienen el potencial de adaptarse o escalarse a nivel nacional para abordar otras problemáticas relacionadas con la salud y el desarrollo infantil temprano? ¿cuáles sí? ¿cuáles no?

Fase de evaluación - Guías de entrevistas de campo

- **Guía de entrevista – presidentes de GAD parroquiales**

Componentes por consultar:

- **Componente 1:**
  - Mesas intersectoriales parroquiales (MIP)
  - Centros interculturales
- **Componente 2:**
  - Estrategias locales de cambio social y de comportamiento

Introducción:

Desde 2015, UNICEF implementa en Ecuador una estrategia territorial para prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil (DCI), estructurada en cuatro componentes principales:

- **Articulación intersectorial local:** Fortalece la coordinación entre gobiernos, comunidades y sociedad civil mediante Mesas Intersectoriales Parroquiales (MIP) y promueve prácticas de cuidado infantil en los Centros Interculturales para la Promoción de la Salud y Nutrición (CIPSN).
- **Empoderamiento y participación comunitaria:** Fomenta la detección oportuna de factores de riesgo de DCI mediante la vigilancia comunitaria, y el cambio de prácticas de salud y nutrición ya través de estrategias de comunicación.
- **Mejora de servicios de salud:** Implementa ciclos de mejora continua para optimizar la calidad y cobertura de los servicios del paquete priorizado.
- **Mejora continua de los servicios WASH:** Refuerza las capacidades de juntas de agua para garantizar el acceso sostenible a servicios de agua en comunidades rurales.

Preguntas iniciales

1. ¿Podría indicarnos su nombre completo, cargo actual en la parroquia y desde cuándo lo ejerce?
2. ¿Cómo llegó a conocer la estrategia territorial de UNICEF para la reducción de la desnutrición crónica? ¿Recibió información sobre ella de su predecesor o a través de UNICEF?

Sección 1: Mesas intersectoriales parroquiales

1. ¿Usted ha participado en las sesiones de las MIP?
2. ¿Podría indicarnos cuándo se inició la implementación de las Mesas Intersectoriales en su parroquia? ¿Cuándo finalizaron (si aplica)? ¿En qué periodo contaron con el apoyo de UNICEF?
3. En su opinión, ¿en qué medida las MIP han respondido a las necesidades y oportunidades de su territorio? Si es posible, ¿podría compartir cómo se llegaban a los acuerdos en las mesas?
4. ¿Cree que las MIP han respondido efectivamente a las necesidades de articulación y coordinación entre los actores locales de la comunidad? ¿Hubo participación de miembros de la comunidad? Si es así, ¿de qué manera se dio esa participación?

5. ¿Cuáles han sido los principales acuerdos alcanzados en las MIP? ¿Considera que estos acuerdos se cumplieron? A partir de ellos, ¿instituciones como el MSP o el MIES tomaron medidas concretas?
6. ¿Cómo evaluaría la participación de los diferentes sectores en las mesas? ¿Cree que se han logrado coordinar esfuerzos de manera efectiva?
7. ¿Qué importancia cree que tiene contar con un marco legal que institucionalice la labor de las mesas? ¿Cómo considera que esto podría influir en la participación, la coordinación o la sostenibilidad de las mesas?
8. ¿Se han utilizado recursos técnicos o económicos del GAD parroquial para implementar actividades de las MIP? En caso afirmativo, ¿qué tipo de recursos? *En el caso de los recursos económicos, si no se cuenta con un monto exacto, podría estimarse aproximadamente qué porcentaje del presupuesto del GAD parroquial se ha destinado a las mesas.*
9. Desde su perspectiva, ¿estos recursos técnicos y económicos han sido suficientes para asegurar el funcionamiento de las MIP?
10. ¿Qué factores en su parroquia y comunidad considera claves para asegurar la sostenibilidad de las MIP a largo plazo?
11. ¿Qué mejoras cree que serían necesarias para garantizar la continuidad y fortalecimiento de las MIP en el futuro?
12. ¿Considera que existen políticas o directrices dentro de la formación de las MIP que fomentan una participación equitativa entre hombres y mujeres? Si es así, ¿cuáles son?
13. En su opinión, ¿las MIP cuentan con medidas adecuadas para garantizar la participación de personas con discapacidad? ¿Nos podría brindar ejemplos?

Sección 2: Centros interculturales

1. ¿Conoce sobre los Centros Interculturales para la Promoción de la Salud y Nutrición?
2. ¿Podría indicarnos cuándo se inició la implementación de los centros interculturales en su parroquia? ¿Cuándo finalizaron (si aplica)? ¿En qué periodo contaron con el apoyo de UNICEF?
3. ¿Qué actividades se realizan actualmente en el centro intercultural y cómo han evolucionado desde su inicio?
4. ¿Cree que los centros han respondido efectivamente a las necesidades de salud y nutrición de la comunidad, especialmente para niños/as menores de 24 meses y gestantes? Si es así, ¿podría compartir de qué manera?
5. ¿Ha observado cambios en el conocimiento de las gestantes, madres y cuidadores sobre el uso de los servicios de salud y la adopción de prácticas de cuidado? Si es así, ¿considera que los CIPSN contribuyeron a ese resultado?
6. ¿Se han utilizado recursos técnicos o económicos del GAD parroquial para implementar los CIPSN? En caso afirmativo, ¿qué tipo de recursos? *En el caso de los recursos económicos, si no se cuenta con un monto exacto, podría estimarse aproximadamente qué porcentaje del presupuesto del GAD parroquial se ha destinado a los centros interculturales.*
7. Desde su perspectiva, ¿estos recursos técnicos y económicos han sido suficientes para asegurar el funcionamiento de los CIPSN?
8. ¿Qué lecciones aprendidas y buenas prácticas destacaría de la experiencia de la implementación de los CIPSN en su parroquia? En este contexto, ¿cómo considera que participan los miembros de la comunidad?
9. ¿Qué medidas serían necesarias para garantizar la continuidad y efectividad de los CIPSN en el futuro? ¿Considera que estas medidas son prioridad para el GAD?

10. ¿Qué criterios se consideran al producir materiales educativos para garantizar que sean comprensibles y accesibles para toda la comunidad? Por ejemplo, ¿se adaptan los materiales a diferentes idiomas como el kichwa?

Sección 3: Estrategias locales de cambio social y de comportamiento

1. ¿Conoce de las campañas educomunicacionales para la prevención y reducción de DCI realizadas en su parroquia?
2. ¿Cuándo se inició la implementación de las estrategias de cambio social y de comportamiento (diagnóstico, elaboración de planes y ejecución)? ¿Cuándo finalizó (si aplica)? ¿En qué periodos se contó con el apoyo de UNICEF?
3. ¿Qué temas se trataban en las estrategias de comunicación que se han implementado en la parroquia? ¿Se considera la opinión de los miembros de la comunidad en la planificación de temas?
4. ¿Considera que las campañas educomunicacionales han respondido a las necesidades de salud y nutrición en su parroquia? ¿De qué manera? ¿Las considera efectivas para generar cambios en el comportamiento?
5. En su opinión, ¿qué acciones se pueden tomar para asegurar que las campañas tengan un impacto duradero en la comunidad?
6. ¿Las campañas fueron coordinadas con otras estrategias o iniciativas locales (por ejemplo: campañas de vacunación)?
7. ¿Cree que estas campañas destacan la importancia de que hombres y mujeres compartan las tareas del hogar y el cuidado infantil?

Sección 4: Preguntas generales

1. ¿Considera que la DCI es una prioridad para su GAD? De ser así, ¿podría compartir cómo se refleja esta prioridad? Por ejemplo, ¿está incluida en el Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (PDyOT) o en el presupuesto?
2. Desde su perspectiva, ¿cree que la estrategia territorial se coordinó con otras estrategias implementadas en su territorio? Por ejemplo, aquellas desarrolladas por los gobiernos locales y el gobierno nacional. Si es así, ¿podría detallar cómo se dio esa coordinación?
3. De las actividades de la estrategia implementadas en su parroquia, ¿cuáles considera que fueron más exitosas? Por otro lado, ¿hubo actividades que enfrentaron mayores desafíos?
4. ¿Considera que existen factores internos o externos (contextuales, sociales, económicos) que influyeron en la implementación de la estrategia? Si es así, ¿cuáles destacaría? ¿Estos factores representaron desafíos, oportunidades o ambos?

- **Guía de entrevista – coordinador(a) de las MIP**

Componentes por consultar:

- **Componente 1:**
  - Mesas intersectoriales parroquiales (MIP)

Introducción:

Desde 2015, UNICEF implementa en Ecuador una estrategia territorial para prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil (DCI), estructurada en cuatro componentes principales:

- **Articulación intersectorial local:** Fortalece la coordina ción entre gobiernos, comunidades y sociedad civil mediante Mesas Intersectoriales Parroquiales (MIP) y promueve prácticas de cuidado infantil en los Centros Interculturales para la Promoción de la Salud y Nutrición (CIPSN).
- **Empoderamiento y participación comunitaria:** Fomenta la detección oportuna de factores de riesgo de DCI mediante la vigilancia comunitaria, y el cambio de prácticas de salud y nutrición ya través de estrategias de comunicación.
- **Mejora de servicios de salud:** Implementa ciclos de mejora continua para optimizar la calidad y cobertura de los servicios del paquete priorizado.
- **Mejora continua de los servicios WASH:** Refuerza las capacidades de juntas de agua para garantizar el acceso sostenible a servicios de agua en comunidades rurales.

Preguntas iniciales

1. ¿Podría indicarnos su nombre completo, cargo actual en la parroquia y desde cuándo lo ejerce?
2. ¿Está familiarizado con la estrategia territorial de UNICEF? Si es así, ¿quién le proporcionó información sobre ella?

Sección 1: Mesas intersectoriales parroquiales

1. ¿Usted ha participado en las sesiones de las MIP? ¿En qué consiste su rol de coordinador/a de las MIP?
2. ¿Podría indicarnos cuándo se inició la implementación de las Mesas Intersectoriales en su parroquia? ¿Cuándo finalizaron (si aplica)? ¿En qué periodo contaron con el apoyo de UNICEF?
3. En su opinión, ¿en qué medida las MIP han respondido a las necesidades y oportunidades de su territorio? Si es posible, ¿podría compartir cómo se llegaban a los acuerdos en las mesas?
4. ¿Cree que las MIP han respondido efectivamente a las necesidades de articulación y coordinación entre los actores locales de la comunidad? ¿Hubo participación de miembros de la comunidad? Si es así, ¿de qué manera se dio esa participación?
5. ¿Cuáles han sido los principales acuerdos alcanzados en las MIP? ¿Considera que estos acuerdos se cumplieron? A partir de ellos, ¿instituciones como el MSP o el MIES tomaron medidas concretas?
6. ¿Cómo evaluaría la participación de los diferentes sectores en las mesas? ¿Cree que se han logrado coordinar esfuerzos de manera efectiva?
7. ¿Considera que la falta de un marco legal que institucionalice la labor de las mesas perjudica la participación, coordinación o la sostenibilidad de las mesas?
8. ¿Qué recursos del GAD parroquial se han utilizado para implementar las actividades de las mesas? Desde su perspectiva, ¿han sido suficientes estos recursos?
9. ¿Qué factores en su parroquia y comunidad considera claves para asegurar la sostenibilidad de las MIP a largo plazo?
10. ¿Qué mejoras cree que serían necesarias para garantizar la continuidad y fortalecimiento de las MIP en el futuro?
11. ¿Considera que existen políticas o directrices dentro de la formación de las MIP que fomentan una participación equitativa entre hombres y mujeres? Si es así, ¿cuáles son?

12. En su opinión, ¿las MIP cuentan con medidas adecuadas para garantizar la participación de personas con discapacidad? ¿Nos podría brindar ejemplos?

- **Guía de entrevista – representante del GAD cantonal y provincial**

Componentes por consultar:

- **Componente 1:**
  - Mesas intersectoriales parroquiales (MIP)

Introducción:

Desde 2015, UNICEF implementa en Ecuador una estrategia territorial para prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil (DCI), estructurada en cuatro componentes principales:

- **Articulación intersectorial local:** Fortalece la coordinación entre gobiernos, comunidades y sociedad civil mediante Mesas Intersectoriales Parroquiales (MIP) y promueve prácticas de cuidado infantil en los Centros Interculturales para la Promoción de la Salud y Nutrición (CIPSN).
- **Empoderamiento y participación comunitaria:** Fomenta la detección oportuna de factores de riesgo de DCI mediante la vigilancia comunitaria, y el cambio de prácticas de salud y nutrición ya través de estrategias de comunicación.
- **Mejora de servicios de salud:** Implementa ciclos de mejora continua para optimizar la calidad y cobertura de los servicios del paquete priorizado.
- **Mejora continua de los servicios WASH:** Refuerza las capacidades de juntas de agua para garantizar el acceso sostenible a servicios de agua en comunidades rurales.

Preguntas iniciales

1. ¿Podría indicarnos su nombre completo, cargo actual en la parroquia y desde cuándo lo ejerce?
2. ¿Está familiarizado con la estrategia territorial de UNICEF? Si es así, ¿quién le proporcionó información sobre ella?

Sección 1: Mesas intersectoriales parroquiales

1. ¿Ha participado en las sesiones de las MIP? Si es así, ¿cuál ha sido su rol dentro de estas?
2. ¿Cuándo se inició la implementación de las MIP en su ámbito de intervención? ¿Cuándo finalizó (si aplica)? ¿En qué periodo se contó con el apoyo de UNICEF?
3. ¿En qué medida cree que las MIP en su territorio han respondido a las necesidades y oportunidades locales? ¿Cómo se llegaba a acuerdos en las sesiones?
4. ¿Considera que las MIP han favorecido la coordinación entre actores locales y respondido a las necesidades de articulación en la comunidad? ¿Participaron miembros de la comunidad? ¿De qué manera?
5. ¿Cómo evaluaría la coordinación entre las instituciones clave (como el MIES, MSP, MAATE y los GAD parroquiales, cantonales y provinciales) en la

implementación de las MIP? ¿Se lograron coordinar esfuerzos de manera efectiva?

6. ¿Cuáles fueron los principales acuerdos alcanzados en las MIP? ¿Se cumplieron? ¿Qué acciones concretas se ejecutaron a partir de ellos? ¿Se les dio seguimiento?
7. ¿Qué tan importante considera que sería contar con un marco legal que respalde el trabajo de las MIP? ¿Cómo cree que esto influiría en la participación, coordinación o sostenibilidad de las mesas?
8. ¿Se han tomado acciones para institucionalizar las MIP?
9. ¿Qué desafíos surgieron durante la implementación de las MIP en su territorio? ¿Cómo se abordaron para asegurar la continuidad de las actividades?
10. ¿Qué factores considera que son claves para asegurar la sostenibilidad de las MIP a largo plazo?
11. ¿Qué mejoras cree que serían necesarias para garantizar la continuidad y fortalecimiento de las MIP en el futuro?
12. ¿Considera que existen políticas o directrices dentro de la realización de las MIPs que aseguran una participación equitativa de mujeres?
13. En su opinión, ¿las MIP cuentan con medidas adecuadas para garantizar la participación de personas con discapacidad? ¿Nos podría brindar ejemplos?
14. ¿Considera que la estrategia de prevención y reducción de la DCI de UNICEF se alinea con los principales objetivos de las políticas públicas de Ecuador en relación con la prevención y reducción de la DCI? ¿De qué manera?
15. ¿Es la DCI una prioridad en su GAD? Si lo es, ¿cómo se evidencia? ¿Está incluida en el Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (PDyOT) y reflejada en el presupuesto?

- **Guía de entrevista – funcionario local del MSP**

Componentes por consultar:

- **Componente 1:**
  - Mesas intersectoriales parroquiales (MIP)
  - Centros interculturales
- **Componente 2:**
  - Modelo de vigilancia comunitaria epidemiológica
  - Estrategias locales de cambio social y de comportamiento
- **Componente 3:**
  - Ciclos de mejora continua

Introducción:

Desde 2015, UNICEF implementa en Ecuador una estrategia territorial para prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil (DCI), estructurada en cuatro componentes principales:

- **Articulación intersectorial local:** Fortalece la coordinación entre gobiernos, comunidades y sociedad civil mediante Mesas Intersectoriales Parroquiales (MIP) y promueve prácticas de cuidado infantil en los Centros Interculturales para la Promoción de la Salud y Nutrición (CIPSN).
- **Empoderamiento y participación comunitaria:** Fomenta la detección oportuna de factores de riesgo de DCI mediante la vigilancia comunitaria, y el cambio de prácticas de salud y nutrición ya través de estrategias de comunicación.
- **Mejora de servicios de salud:** Implementa ciclos de mejora continua para optimizar la calidad y cobertura de los servicios del paquete priorizado.

- **Mejora continua de los servicios WASH:** Refuerza las capacidades de juntas de agua para garantizar el acceso sostenible a servicios de agua en comunidades rurales.

Preguntas iniciales

1. ¿Podría indicarnos su nombre completo, cargo actual en la parroquia y desde cuándo lo ejerce?
2. ¿Está familiarizado con la estrategia territorial de UNICEF? Si es así, ¿quién le proporcionó información sobre ella?

Sección 1: Mesas intersectoriales parroquiales

1. ¿Ha participado en las sesiones de las MIP? Si es así, ¿cuál ha sido su rol dentro de estas?
2. ¿Considera que las MIP han favorecido la coordinación entre actores locales y respondido a las necesidades de articulación en la comunidad? ¿Qué barreras han enfrentado para coordinar acciones con otros sectores?
3. ¿Cuáles fueron los principales acuerdos alcanzados en las MIP? ¿Cómo se integraban estos acuerdos en las acciones del MSP en territorio? ¿Se hizo seguimiento a los acuerdos?
4. ¿Considera que las MIP facilitan el trabajo del MSP en territorio? ¿De qué manera?
5. ¿Qué factores considera que son clave para asegurar la sostenibilidad de las MIP? ¿Qué mejoras serían necesarias para garantizar su continuidad?

Sección 2: Centros interculturales

1. ¿Cuál es el rol del MSP en las actividades que realizan los Centros interculturales?
2. ¿Considera que los Centros Interculturales han respondido efectivamente a las necesidades de salud y nutrición de la comunidad, especialmente para niños/as menores de 24 meses y gestantes? ¿De qué manera?
3. ¿Qué dificultades se han presentado en la implementación o gestión de los Centros Interculturales?
4. ¿Qué recursos o apoyos adicionales serían necesarios para garantizar la continuidad de las actividades del CIPSN en el futuro?
5. ¿Ha observado cambios en el conocimiento de las gestantes, madres y cuidadores sobre el uso de los servicios de salud y la adopción de prácticas de cuidado? Si es así, ¿considera que los CIPSN contribuyeron a ese resultado?
6. ¿Qué lecciones aprendidas y buenas prácticas destacaría de la experiencia de participar en los Centros Interculturales en su parroquia?

Sección 3: Vigilancia epidemiológica comunitaria

1. ¿Podría explicar cómo funciona el modelo de vigilancia comunitaria en su parroquia? Por ejemplo, ¿los vigilantes notifican al centro de salud sobre las alertas o los centros de salud les solicitan a los vigilantes que visiten los hogares?
2. En su opinión, ¿cómo ha contribuido la vigilancia comunitaria a atender las necesidades de salud y nutrición en su parroquia?
3. ¿Cree que este modelo es eficiente para detectar de manera oportuna casos de riesgo de DCI o mujeres embarazadas en la comunidad? ¿Por qué?
4. ¿Ha observado un mayor involucramiento de la comunidad en temas de salud y un aumento en el uso de los servicios de salud por parte de gestantes y niñas y niños menores de 24 meses? De ser así, ¿cree que el modelo de vigilancia comunitaria ha contribuido a este cambio?
5. ¿Cuáles han sido los principales desafíos que han enfrentado para implementar este modelo de manera efectiva en su comunidad?

6. ¿Qué cambios considera necesarios para garantizar que esta actividad sea sostenible a largo plazo?

Sección 4: Estrategias locales de cambio social y de comportamiento

1. ¿Conoce de las campañas educomunicacionales de UNICEF para la prevención y reducción de DCI realizadas en su parroquia?
2. ¿Qué temas se trataban en las estrategias de comunicación de UNICEF que se han implementado en la parroquia? ¿Cómo se definían los temas a tratar? ¿Se considera la opinión de los miembros de la comunidad en la planificación de temas?
3. ¿Considera que las campañas educomunicacionales de UNICEF han respondido a las necesidades de salud y nutrición en su parroquia? ¿De qué manera? ¿Las considera efectivas para generar cambios en el comportamiento?
4. ¿Considera que se generaron cambios en el comportamiento de la comunidad, especialmente en relación con la salud y nutrición, como resultado de las campañas educomunicacionales de UNICEF?
5. ¿Qué acciones se pueden tomar para asegurar la sostenibilidad de las campañas de UNICEF?
6. ¿Cree que estas campañas de UNICEF destacan la importancia de que hombres y mujeres compartan las tareas del hogar y el cuidado infantil?

Sección 5: Ciclos de Mejora Continua

1. ¿Está familiarizado con la metodología de los ciclos de mejora continua? Si es así, ¿nos podría comentar cómo se da la implementación en los centros de salud?
2. ¿Podría indicarnos cuándo se inició la implementación en su parroquia? ¿Cuándo finalizaron (si aplica)? ¿En qué periodo contaron con el apoyo de UNICEF?
3. ¿Nos podría contar en qué consistían los diagnósticos y planes de mejora elaborados por el personal de los centros de salud?
4. ¿Considera que la implementación de los ciclos de mejora continua es efectiva para mejorar la provisión de los servicios de salud en las parroquias? Si es así, ¿de qué manera?
5. ¿Qué resultados se han obtenido de la implementación de los ciclos de mejora continua en los servicios de salud?
6. ¿Se contó con financiamiento para poner en marcha los planes de mejora? ¿Los planes de mejora están incluidos en la planificación del centro de salud? ¿Se destina tiempo específico para su implementación?
7. ¿Se consideraron medidas para optimizar el uso de esos recursos?
8. ¿Qué acciones se pueden tomar para asegurar la sostenibilidad de los ciclos de mejora continua?

Sección 6: Preguntas generales

1. ¿Considera que la estrategia territorial de UNICEF ha contribuido a abordar las necesidades y oportunidades del territorio identificadas por el MSP sobre la DCI?
2. En caso cuenten con un documento de planificación local, ¿se ha incorporado la estrategia territorial en dichos planes de desarrollo? ¿Se han realizado ajustes o modificaciones en estas planificaciones a raíz de la implementación de la estrategia?
3. En caso cuenten con un documento de planificación local, ¿se ha incorporado la estrategia territorial en dichos planes de desarrollo? ¿Se han realizado ajustes o modificaciones en estas planificaciones a raíz de la implementación de la estrategia?
4. ¿La estrategia se coordinó con otras iniciativas o estrategias implementadas por el MSP en territorio?

5. De las actividades de la estrategia que se implementaron en su parroquia, ¿cuáles considera que se implementaron con mayor éxito? ¿Cuáles presentaron más desafíos?
6. ¿Considera que existen factores internos o externos (contextuales, sociales, económicos) que influyeron en la implementación de la estrategia? Si es así, ¿cuáles destacaría? ¿Estos factores representaron desafíos, oportunidades o ambos?
7. ¿De qué manera las actividades de los componentes promueven la participación equitativa de hombres y mujeres en las discusiones y toma de decisiones? ¿Qué medidas específicas se implementaron para garantizar esta equidad?
8. ¿Qué acciones se llevaron a cabo para garantizar la inclusión de todas las personas de la comunidad durante la preparación y ejecución de las actividades? Por ejemplo, ¿Se consideraron medios o materiales en kichwa?
9. ¿Cómo se asegura que todas las actividades implementadas bajo los diferentes componentes respeten y promuevan los derechos humanos, especialmente para los grupos más vulnerables como mujeres, niños y comunidades indígenas?

- **Guía de entrevista- funcionario local del MIES**

Componentes por consultar:

- **Componente 1**
  - Mesas intersectoriales parroquiales
  - Centros interculturales
- **Componente 2**
  - Cambio social y de comportamiento

Introducción:

Desde 2015, UNICEF implementa en Ecuador una estrategia territorial para prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil (DCI), estructurada en cuatro componentes principales:

- **Articulación intersectorial local:** Fortalece la coordinación entre gobiernos, comunidades y sociedad civil mediante Mesas Intersectoriales Parroquiales (MIP) y promueve prácticas de cuidado infantil en los Centros Interculturales para la Promoción de la Salud y Nutrición (CIPSN).
- **Empoderamiento y participación comunitaria:** Fomenta la detección oportuna de factores de riesgo de DCI mediante la vigilancia comunitaria, y el cambio de prácticas de salud y nutrición ya través de estrategias de comunicación.
- **Mejora de servicios de salud:** Implementa ciclos de mejora continua para optimizar la calidad y cobertura de los servicios del paquete priorizado.
- **Mejora continua de los servicios WASH:** Refuerza las capacidades de juntas de agua para garantizar el acceso sostenible a servicios de agua en comunidades rurales.

Preguntas iniciales

1. ¿Podría indicarnos su nombre completo, cargo actual en la parroquia y desde cuándo lo ejerce?

2. ¿Está familiarizado con la estrategia territorial de UNICEF, particularmente, con las MIP, los centros interculturales y la estrategia de cambio social y de comportamiento? Si es así, ¿quién le proporcionó información sobre estas actividades?

Sección 1: Mesas intersectoriales parroquiales

1. ¿Usted ha participado en sesiones de las MIP? ¿Cuándo se inició la implementación de las mesas en su parroquia? ¿Cuándo finalizó (si aplica)? ¿En qué periodos se contó con el apoyo de UNICEF?
2. ¿Cuál ha sido el rol del MIES en las MIP? ¿Qué acciones ha liderado el MIES y qué aspectos ha coordinado con otros actores?
3. ¿Cómo se han coordinado las acciones del MIES con las de otros sectores y actores locales (como salud y educación)? ¿Se ha logrado una alineación efectiva con los objetivos comunes en relación con la DCI a partir del establecimiento de la mesa?
4. ¿Qué resultados se han alcanzado hasta el momento por la implementación de las MIP? ¿Qué logros considera más relevantes de las mesas intersectoriales?
5. ¿Qué factores considera necesarios para asegurar que los acuerdos y acciones de las MIP continúen funcionando a largo plazo, incluso después de la intervención de UNICEF?

Sección 2: Centros interculturales

1. ¿En su parroquia se han implementado los centros interculturales? ¿Desde cuándo? ¿Cuándo finalizó (si aplica)? ¿En qué periodos se contó con el apoyo de UNICEF?
2. ¿Cuál es el rol del MIES en la convocatoria y promoción de la participación de la población en los talleres y actividades del centro? *Indagar en la relación de usuarios del CNH y CDI.*
3. ¿Qué resultados ha observado hasta ahora en la comunidad a partir de la implementación de los Centros Interculturales? ¿Qué cambios concretos se han notado en la atención y el bienestar infantil desde la implementación de estos centros?
4. ¿Qué medidas se han tomado para optimizar el uso de los recursos en la implementación de los centros interculturales? *Considerar la colaboración entre diferentes actores y la atención a la población en las modalidades CNH y CDI.*
5. ¿Qué factores considera clave para garantizar que las acciones implementadas en los Centros Interculturales sean sostenibles a largo plazo? ¿Qué acciones se están llevando a cabo para asegurar la continuidad de los usuarios, especialmente después de que se termine el apoyo de UNICEF?

Sección 3: Cambio social y de comportamiento

1. ¿En su parroquia se ha implementado la estrategia de UNICEF de cambio social y de comportamiento (SBC)? ¿Cuándo finalizó (si aplica)? ¿En qué periodos se contó con el apoyo de UNICEF?
2. ¿Cuáles son las principales estrategias que el MIES ha implementado en la parroquia para promover el cambio social en relación con la salud, nutrición y desarrollo infantil?
3. ¿Cómo se ha asegurado que los recursos humanos y financieros disponibles se utilicen de manera eficiente en la implementación de las estrategias de cambio social?
4. ¿Qué cambios específicos ha observado en las prácticas de cuidado infantil y nutrición dentro de las familias de menores de 2 años desde la implementación de estas estrategias?

5. ¿Cómo evalúa la efectividad de las estrategias de cambio social y de comportamiento implementadas? ¿Existen mecanismos de retroalimentación que permitan ajustar las intervenciones en función de las necesidades y resultados observados en la comunidad?
6. ¿Qué factores considera clave para garantizar que los cambios sociales y de comportamiento impulsados por esta estrategia sean sostenibles a largo plazo?

Sección 4: Preguntas generales

1. En su conjunto, ¿cree que la estrategia ha contribuido a abordar las necesidades y oportunidades identificadas por el MIES?
2. ¿Considera que la estrategia se alinea con las principales políticas públicas de Ecuador en relación con la prevención y reducción de la DCI?
3. En caso cuenten con un documento de planificación local, ¿se ha incorporado la estrategia territorial en dichos planes de desarrollo? ¿Se han realizado ajustes o modificaciones en estas planificaciones a raíz de la implementación de la estrategia?
4. ¿La estrategia se coordinó con otras implementadas por el MIES? *Indagar en componentes como las mesas intersectoriales, centros interculturales y cambio social*
5. ¿Considera que existen factores internos o externos (contextuales, sociales, económicos) que influyeron en la implementación de la estrategia? Si es así, ¿cuáles destacaría? ¿Estos factores representaron desafíos, oportunidades o ambos?
6. ¿De qué manera las actividades de los componentes promueven la participación equitativa de hombres y mujeres en las discusiones y toma de decisiones? ¿Qué medidas específicas se implementaron para garantizar esta equidad?
7. ¿Qué acciones se llevaron a cabo para garantizar la inclusión de todas las personas de la comunidad durante la preparación y ejecución de las actividades? Por ejemplo, ¿Se consideraron medios o materiales en kichwa?
8. ¿Cómo se asegura que todas las actividades implementadas bajo los diferentes componentes respeten y promuevan los derechos humanos, especialmente para los grupos más vulnerables como mujeres, niños y comunidades indígenas?

- **Guía de entrevista – funcionario local del MINEDUC**

Componentes por consultar:

- **Componente 1**
  - Mesas intersectoriales parroquiales
- **Componente 2**
  - Cambio social y de comportamiento

Introducción:

Desde 2015, UNICEF implementa en Ecuador una estrategia territorial para prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil (DCI), estructurada en cuatro componentes principales:

- **Articulación intersectorial local:** Fortalece la coordinación entre gobiernos, comunidades y sociedad civil mediante Mesas Intersectoriales Parroquiales (MIP) y promueve prácticas de cuidado infantil en los Centros Interculturales para la Promoción de la Salud y Nutrición (CIPSN).

- **Empoderamiento y participación comunitaria:** Fomenta la detección oportuna de factores de riesgo de DCI mediante la vigilancia comunitaria, y el cambio de prácticas de salud y nutrición ya través de estrategias de comunicación.
- **Mejora de servicios de salud:** Implementa ciclos de mejora continua para optimizar la calidad y cobertura de los servicios del paquete priorizado.
- **Mejora continua de los servicios WASH:** Refuerza las capacidades de juntas de agua para garantizar el acceso sostenible a servicios de agua en comunidades rurales.

Preguntas iniciales

1. ¿Podría indicarnos su nombre completo, cargo actual en la parroquia y desde cuándo lo ejerce?
2. ¿Está familiarizado con la estrategia territorial de UNICEF, particularmente, con la estrategia de cambio social y comportamiento (campañas educomunicacionales)? Si es así, ¿quién le proporcionó información sobre ella?

Sección 1: Mesas intersectoriales parroquiales

1. ¿Ha participado en las sesiones de las MIP? Si es así, ¿cuál ha sido su rol dentro de estas?
2. ¿Considera que las MIP han favorecido la coordinación entre actores locales y respondido a las necesidades de articulación en la comunidad? ¿Qué barreras han enfrentado para coordinar acciones con otros sectores?
3. ¿Cuáles fueron los principales acuerdos alcanzados en las MIP? ¿Cómo se integraban estos acuerdos en las acciones del MSP en territorio? ¿Se hizo seguimiento a los acuerdos?
4. ¿Considera que las MIP facilitan el trabajo del MSP en territorio? ¿De qué manera?
5. ¿Qué factores considera que son clave para asegurar la sostenibilidad de las MIP? ¿Qué mejoras serían necesarias para garantizar su continuidad?

Sección 2: Cambio social y de comportamiento

1. ¿Cuándo se inició la implementación de la estrategia de cambio social y comportamiento? ¿Cuándo finalizó (si aplica)? ¿En qué periodos se contó con el apoyo de UNICEF?
2. ¿Cuál ha sido el papel del MINEDUC en la implementación de las estrategias de cambio social y de comportamiento en la parroquia? ¿Qué actividades específicas ha desarrollado el MINEDUC?
3. ¿Cree que la estrategia ha contribuido a abordar las necesidades y oportunidades identificadas por el MINEDUC? ¿Qué temas se han abordado en la difusión de campañas de cambio social y de comportamiento?
4. En las actividades de cambio social, ¿considera que se promueve la participación de diferentes grupos sociales (por ejemplo, población indígena)? ¿cree que se han incluido temas de género que fomentan la corresponsabilidad familiar?
5. ¿Qué resultados se han observado en las prácticas de cuidado infantil y nutrición en las familias de la comunidad*? Indagar en cambios en prácticas como la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, la alimentación complementaria adecuada, la mejora en el entorno doméstico (como acceso a agua segura) o el uso adecuado de servicios de salud.*
6. ¿Considera que hubo coordinación con otros actores como el MSP, el MIES y el GAD parroquial para implementar esta estrategia de cambio social y de

comportamiento? ¿Considera que la estrategia se articula con otras implementadas por el MINEDUC?
7. ¿Qué obstáculos o barreras se presentaron en la implementación de estas estrategias, ya sea a nivel de recursos, capacitación, o aceptación por parte de las familias y comunidades? ¿Qué medidas se tomaron para superarlos?
8. ¿Qué factores considera clave para garantizar que los cambios sociales y de comportamiento impulsados por esta estrategia sean sostenibles a largo plazo?

Sección 3: Preguntas generales

1. ¿Cómo considera que la estrategia se alinea con las principales políticas públicas de Ecuador en relación con la prevención y reducción de la DCI?
2. ¿Considera que existen factores internos o externos (contextuales, sociales, económicos) que influyeron en la implementación de la estrategia? Si es así, ¿cuáles destacaría? ¿Estos factores representaron desafíos, oportunidades o ambos?

- **Guía de entrevista – TAPS**

Componentes por consultar:

- **Componente 2:**
  - Modelos de vigilancia epidemiológica comunitaria
- **Componente 3:**
  - Ciclos de mejora continua

Introducción:

Desde 2015, UNICEF implementa en Ecuador una estrategia territorial para prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil (DCI), estructurada en cuatro componentes principales:

- **Articulación intersectorial local:** Fortalece la coordinación entre gobiernos, comunidades y sociedad civil mediante Mesas Intersectoriales Parroquiales (MIP) y promueve prácticas de cuidado infantil en los Centros Interculturales para la Promoción de la Salud y Nutrición (CIPSN).
- **Empoderamiento y participación comunitaria:** Fomenta la detección oportuna de factores de riesgo de DCI mediante la vigilancia comunitaria, y el cambio de prácticas de salud y nutrición ya través de estrategias de comunicación.
- **Mejora de servicios de salud:** Implementa ciclos de mejora continua para optimizar la calidad y cobertura de los servicios del paquete priorizado.
- **Mejora continua de los servicios WASH:** Refuerza las capacidades de juntas de agua para garantizar el acceso sostenible a servicios de agua en comunidades rurales.

Preguntas iniciales

1. ¿Podría indicarnos su nombre completo, cargo actual en la parroquia y desde cuándo lo ejerce?
2. ¿Está familiarizado con la estrategia territorial de prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil implementada de UNICEF, particularmente, con la

vigilancia comunitaria o los ciclos de mejora continua? Si es así, ¿Quién le presentó estas actividades? ¿Considera que son de apoyo para sus labores?

Sección 1: Modelos de vigilancia epidemiológica comunitaria

1. ¿Considera que la vigilancia comunitaria ha respondido a las necesidades de salud en su comunidad?
2. ¿La vigilancia comunitaria se articula con otras actividades del centro de salud, como las campañas de vacunación y otras intervenciones sanitarias?
3. ¿Los vigilantes comunitarios reciben capacitaciones para identificar de manera temprana los problemas de salud en la comunidad? ¿En estas capacitaciones se abordan aspectos relacionados con la confidencialidad y el manejo ético de la información recolectada?
4. ¿Considera que en los modelos de vigilancia epidemiológica existen medidas para facilitar la participación de mujeres?
5. ¿Cuáles son los principales resultados que ha generado la implementación de la vigilancia comunitaria, especialmente en términos de identificación temprana de riesgos de salud y en temas de nutrición como la DCI?
6. En su opinión, ¿qué factores son clave para asegurar la sostenibilidad de la vigilancia comunitaria a largo plazo?
7. ¿Qué estrategias considera necesarias para mantener la participación de la comunidad en las actividades de vigilancia comunitaria?

Sección 2: Ciclos de mejora continua

1. ¿Considera que se han abordado necesidades específicas del centro de salud a través de los ciclos de mejora continua? Si es así, ¿en qué servicios o áreas se enfocaron principalmente?
2. ¿Cómo se desarrollan los diagnósticos en los establecimientos de salud para los ciclos de mejora continua? ¿Con qué frecuencia se realizan estos diagnósticos?
3. En términos de tiempo, ¿cuánto suele tomar el proceso de elaboración de un diagnóstico y la implementación de su plan de mejora correspondiente?
4. ¿Se han ejecutado todos los planes de mejora que se elaboraron durante los ciclos de mejora continua? Dentro de estos planes, ¿qué medidas se han implementado para garantizar una participación equitativa de hombres y mujeres en su elaboración?
5. ¿Qué impacto ha tenido la implementación de los ciclos de mejora continua en la calidad de los servicios de salud y en temas de nutrición como la DCI en su centro de salud?
6. En su experiencia, ¿la implementación de los ciclos de mejora continua ha influido en la atención al paciente y en la provisión de los servicios del paquete priorizado?
7. ¿Qué medidas considera necesarias para garantizar la sostenibilidad de los ciclos de mejora continua a largo plazo?

Sección 3: Preguntas generales

1. En su conjunto, ¿considera que la estrategia se alinea con las principales políticas públicas de Ecuador en relación con la prevención y reducción de la DCI?
2. ¿Considera que existen factores internos o externos (contextuales, sociales, económicos) que influyeron en la implementación de la estrategia? Si es así, ¿cuáles destacaría? ¿Estos factores representaron desafíos, oportunidades o ambos?

- **Guía de entrevista – tutor de VEC**

Componentes por consultar:

- **Componente 2:**
  - Modelos de vigilancia epidemiológica comunitaria

Introducción:

Desde 2015, UNICEF implementa en Ecuador una estrategia territorial para prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil (DCI), estructurada en cuatro componentes principales:

- **Articulación intersectorial local:** Fortalece la coordinación entre gobiernos, comunidades y sociedad civil mediante Mesas Intersectoriales Parroquiales (MIP) y promueve prácticas de cuidado infantil en los Centros Interculturales para la Promoción de la Salud y Nutrición (CIPSN).
- **Empoderamiento y participación comunitaria:** Fomenta la detección oportuna de factores de riesgo de DCI mediante la vigilancia comunitaria, y el cambio de prácticas de salud y nutrición ya través de estrategias de comunicación.
- **Mejora de servicios de salud:** Implementa ciclos de mejora continua para optimizar la calidad y cobertura de los servicios del paquete priorizado.
- **Mejora continua de los servicios WASH:** Refuerza las capacidades de juntas de agua para garantizar el acceso sostenible a servicios de agua en comunidades rurales.

Preguntas iniciales

1. ¿Podría indicarnos su nombre completo, cargo actual en la parroquia y desde cuándo lo ejerce?
2. ¿Está familiarizado con la estrategia territorial de prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil implementada por UNICEF, particularmente, con el modelo de vigilancia epidemiológica comunitaria? Si es así, ¿Quién se lo presentó?

Sección 2: Modelos de vigilancia epidemiológica comunitaria

1. ¿Usted ha impartido capacitaciones a miembros de la comunidad en su centro de salud para que actúen como vigilantes?
2. Teniendo en cuenta las características de la comunidad, ¿qué temas considera que deberían ser prioridad en la formación de los vigilantes? ¿Considera que los contenidos de la capacitación a los vigilantes comunitarios se han alineado con las necesidades de salud de la comunidad?
3. Durante las capacitaciones, ¿se promueve que los vigilantes comunitarios comprendan y apliquen los enfoques de salud preventiva, detección temprana y promoción de la salud? ¿Los vigilantes reciben formación sobre confidencialidad y manejo ético de la información recolectada?
4. ¿Qué resultados ha observado en los vigilantes comunitarios después de recibir la capacitación? ¿Cuáles considera que han sido los principales logros de la capacitación a los vigilantes?
5. ¿Qué dificultades considera que han enfrentado los vigilantes comunitarios en la implementación de lo aprendido durante la capacitación?
6. ¿Cómo evalúa los recursos disponibles para llevar a cabo las capacitaciones? ¿Existen suficientes materiales, personal o tiempo para impartir una capacitación efectiva?

7. Dentro de los materiales de las capacitaciones, ¿Considera que existen medios o adaptaciones para que todas las personas de la comunidad puedan participar como vigilantes (por ejemplo, material en kichwa)?
8. ¿Se han tomado medidas para que la capacitación sea sostenible a largo plazo, especialmente cuando los vigilantes comunitarios rotan o son reemplazados?
9. ¿Qué mejoras cree que se podrían implementar para fortalecer la capacitación de los vigilantes comunitarios y asegurar que su impacto sea duradero?

Sección 2: Preguntas generales

1. ¿Cómo considera que la estrategia se alinea con las principales políticas públicas de Ecuador en relación con la prevención y reducción de la DCI?
2. ¿Considera que existen factores internos o externos (contextuales, sociales, económicos) que influyeron en la implementación de la estrategia? Si es así, ¿cuáles destacaría? ¿Estos factores representaron desafíos, oportunidades o ambos?

- **Guía de entrevista – responsable del Comité Local de Salud**

Componentes por consultar:

- **Componente 1**
  - Mesas Intersectoriales Parroquias (MIP)
- **Componente 3**
  - Modelo de vigilancia epidemiológica comunitaria

Introducción:

Desde 2015, UNICEF implementa en Ecuador una estrategia territorial para prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil (DCI), estructurada en cuatro componentes principales:

- **Articulación intersectorial local:** Fortalece la coordinación entre gobiernos, comunidades y sociedad civil mediante Mesas Intersectoriales Parroquiales (MIP) y promueve prácticas de cuidado infantil en los Centros Interculturales para la Promoción de la Salud y Nutrición (CIPSN).
- **Empoderamiento y participación comunitaria:** Fomenta la detección oportuna de factores de riesgo de DCI mediante la vigilancia comunitaria, y el cambio de prácticas de salud y nutrición ya través de estrategias de comunicación.
- **Mejora de servicios de salud:** Implementa ciclos de mejora continua para optimizar la calidad y cobertura de los servicios del paquete priorizado.
- **Mejora continua de los servicios WASH:** Refuerza las capacidades de juntas de agua para garantizar el acceso sostenible a servicios de agua en comunidades rurales.

Preguntas iniciales

1. ¿Podría indicarnos su nombre completo, cargo actual en la parroquia y desde cuándo lo ejerce?
2. ¿Está familiarizado con la estrategia territorial de prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil implementada por UNICEF, particularmente, con las MIP y el modelo de vigilancia comunitaria?

Sección 1: Mesas intersectoriales parroquiales

1. ¿Usted ha participado en las sesiones de la mesa intersectorial parroquial? ¿Conoce cuándo se inició la implementación de la mesa en su parroquia? ¿Cuándo finalizó (si aplica)? Durante todo este periodo, ¿se contó con la participación de UNICEF?
2. ¿En qué medida considera que las MIP en su parroquia han respondido a las necesidades y oportunidades del territorio? *Indagar sobre cómo se llegaba a los acuerdos.*
3. ¿Cuáles han sido los principales acuerdos alcanzados en las Mesas Intersectoriales? ¿Estos lograron reflejar preocupaciones de la comunidad? ¿Cómo participaron en la formulación de ellos?
4. ¿Cómo evalúa la participación de los diferentes sectores en la mesa? ¿Se han logrado coordinar esfuerzos de manera efectiva?
5. ¿Qué recursos han sido utilizados para implementar las actividades de las mesas? ¿Han sido suficientes?
6. ¿Qué importancia cree que tiene contar con un marco legal que institucionalice la labor de las MIP? ¿Cómo considera que esto podría influir en la participación, la coordinación o la sostenibilidad de las mesas?
7. ¿Qué factores en la parroquia y la comunidad considera que son clave para asegurar la sostenibilidad de las MIP? ¿Qué mejoras serían necesarias para garantizar su continuidad?
8. ¿Qué acciones específicas se han implementado para promover la participación equitativa de hombres y mujeres en las MIP? ¿Qué resultados se han observado al respecto?
9. ¿De qué manera las MIP promueven la inclusión y participación de personas con discapacidad? Por ejemplo, ¿se han implementado recursos como intérpretes de lenguaje de señas o facilitadores para atender las necesidades de niños, niñas o adultos con discapacidad?

Sección 2: Modelo de vigilancia epidemiológica comunitaria

1. ¿Cómo considera que la vigilancia comunitaria ha respondido a las necesidades de salud en su comunidad?
3. ¿De qué manera se coordina la vigilancia comunitaria con otras actividades del centro de salud, como las campañas de vacunación y otras intervenciones sanitarias?
4. ¿Qué tipo de capacitación reciben los vigilantes comunitarios para identificar de manera temprana los problemas de salud en la comunidad? ¿Se asegura, además, que en estas capacitaciones se aborden aspectos relacionados con la confidencialidad y el manejo ético de la información recolectada?
5. ¿Considera que en los modelos de vigilancia epidemiológica existen medidas para facilitar la participación de mujeres?
6. ¿Cuáles son los principales resultados que ha generado la implementación de la vigilancia comunitaria, especialmente en términos de identificación temprana de riesgos de salud y en temas de nutrición como la DCI?
7. En su opinión, ¿qué factores son clave para asegurar la sostenibilidad de la vigilancia comunitaria a largo plazo, así como la participación de la comunidad?

Sección 3: Preguntas generales

1. En su conjunto, ¿considera que esta estrategia responde a las necesidades sociales, económicas y de salud pública de la parroquia?
2. ¿Cómo considera que la estrategia se alinea con las principales políticas públicas de Ecuador en relación con la prevención y reducción de la DCI?
3. ¿Considera que existen factores internos o externos (contextuales, sociales, económicos) que influyeron en la implementación de la estrategia? Si es así, ¿cuáles destacaría? ¿Estos factores representaron desafíos, oportunidades o ambos?

- **Guía de entrevista – presidente/miembro de la junta de agua**

Componentes por consultar:

- **Componente 4**
  - Fortalecimiento de las juntas de agua

Explicación de la estrategia

Entre 2015 y 2024, UNICEF implementó una estrategia territorial en Ecuador para prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil (DCI). Esta estrategia se basa en un enfoque intersectorial y comunitario, estructurado en cuatro componentes principales. Uno de ellos, el Componente 4: Fortalecimiento de los servicios de agua y saneamiento (WASH), incluyó la capacitación de juntas de agua para garantizar la sostenibilidad y la calidad del suministro de agua segura.

Pregunta inicial

1. ¿Podría indicarnos su nombre completo, cargo actual en la parroquia y desde cuándo lo ejerce?

Sección 1: Fortalecimiento de las juntas de agua

1. ¿Cuándo comenzó la capacitación de UNICEF a las juntas de agua? ¿Cuándo finalizó (si aplica)? Durante todo este tiempo, ¿se contó con el apoyo de UNICEF?
2. ¿Qué temas se han abordado en las capacitaciones? ¿Considera que el apoyo brindado responde a sus necesidades? ¿Qué temas considera que respondieron mejor a las necesidades específicas de la junta de agua y la comunidad?
3. ¿El contenido y la metodología de la capacitación fueron desarrollados en colaboración con ustedes? ¿Tuvieron la oportunidad de brindar retroalimentación sobre estas?
4. ¿Considera que dentro de las capacitaciones se brindaron guías o materiales accesibles y comprensibles para toda la comunidad? Por ejemplo, el uso imágenes y ejemplos en los materiales que reflejen la diversidad de género, cultural y generacional de las comunidades
5. ¿Considera las capacitaciones están o estaban diseñadas para facilitar la participación de mujeres? Por ejemplo, consideraban horarios que respeten sus responsabilidades de cuidado o se brindaba apoyo logístico para el cuidado de menores.
6. ¿Considera que el apoyo de UNICEF ha permitido mejorar el servicio de agua en la comunidad? ¿Qué mejoras (técnicas, operativas o administrativas) se han implementado en los sistemas de agua como resultado de las capacitaciones?
7. ¿Considera que la estrategia ha contribuido de manera complementaria a otras acciones relacionadas con la desnutrición crónica infantil?

8. ¿Qué tan efectiva ha sido la colaboración con otros actores, como el GAD parroquial o las comunidades, para el manejo y mejora de los sistemas de agua?
9. ¿Cómo considera que se han gestionado los recursos financieros y materiales destinados al fortalecimiento de las juntas de agua? ¿Han sido suficientes para cubrir las necesidades identificadas?
10. ¿Qué medidas específicas considera necesarias para garantizar la sostenibilidad de los sistemas de agua y la continuidad de los beneficios a largo plazo?

Sección 2: Preguntas generales

1. ¿Cómo considera que la estrategia se alinea con las principales políticas públicas de Ecuador en relación con la prevención y reducción de la DCI?
2. ¿Considera que existen factores externos (contextuales, sociales, económicos) que influyeron en la implementación de la estrategia? Si es así, ¿cuáles destacaría? ¿Estos factores representaron desafíos, oportunidades o ambos?

Guía de grupos focales

Presentación

Buenos días/tardes y bienvenidas a este grupo focal. Mi nombre es [nombre del moderador/a] y formo parte de Videnza Consultores. En colaboración con UNICEF, estamos llevando a cabo una evaluación formativa sobre la estrategia territorial de prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil (DCI) implementada en su parroquia por parte de UNICEF y sus socios. Agradecemos sinceramente su participación en esta actividad, ya que su experiencia y opinión son fundamentales para la evaluación y retroalimentación de la estrategia.

Objetivo de la actividad

El objetivo de este grupo focal es conocer sus opiniones y percepciones sobre los diferentes aspectos de lo realizado por UNICEF y sus socios. Queremos conocer sus experiencias durante el embarazo, el uso de los servicios de salud tanto durante la gestación como para sus hijos e hijas, sus hábitos de consumo de agua en el hogar, así como su participación en los centros interculturales y su percepción sobre las campañas de comunicación. La información que compartan hoy será fundamental para evaluar la estrategia y proponer mejoras para su implementación futura.

Metodología del trabajo

La duración estimada de la actividad es de entre 1.5 y 2 horas. Para facilitar una mejor participación y asegurar que todas las voces sean escuchadas, se organizarán en grupos pequeños de 6 personas. Durante la sesión, se les presentarán preguntas guía sobre los temas mencionados anteriormente. Sin embargo, queremos enfatizar que las preguntas son solo un punto de partida, y los animamos a que se explayen y compartan sus experiencias y puntos de vista con total libertad. Lo más importante para nosotros es escuchar sus perspectivas y comprender en profundidad sus opiniones sobre la estrategia.

Este es un espacio para el diálogo abierto, y su participación es clave para el éxito de esta evaluación. Les agradecemos nuevamente por estar aquí y por su colaboración.

Presentación

Vamos a presentarnos todos:

1. ¿Podrían decirnos sus nombres?
2. ¿De qué zona/comunidad vienen?
3. ¿Qué es lo que más les gusta de vivir en su comunidad?
4. ¿Cómo es un día típico para ustedes?

Algunos datos generales

5. ¿Cuántos hijos tienen y cuántos son pequeños (menores de 5 años)?
6. ¿Cuánto se demoran en llegar al centro de salud más cercano?
7. ¿Se acuerdan la última vez que fueron a un centro de salud?

Uso de servicios de salud durante el embarazo

8. ¿Asistieron a los controles de salud durante el embarazo?
    - Si asistieron: ¿Cumplieron con los cinco controles recomendados? ¿Tenían conocimiento de que se requerían al menos cinco controles? Si la respuesta es sí, ¿cómo obtuvieron esa información (por ejemplo, del centro de salud, de campañas, de otros recursos)? ¿Cómo describiría el servicio de salud brindado?
    - Si no asistieron: ¿Qué dificultades tuvieron para asistir? ¿Hubo situaciones específicas que les impidieron completar los controles (por ejemplo, falta de tiempo, costos, distancia al centro de salud, falta de información)? *Indagar con mayor profundidad para identificar los cuellos de botella o las razones específicas*
9. ¿Recibieron información sobre los cuidados durante el embarazo, como el consumo de ácido fólico o hierro? ¿Cómo recibieron esta información (en el centro de salud, mediante campañas, etc.)? ¿Les proporcionaron estos insumos (ácido fólico, vitaminas, etc.)?

Uso de servicios de salud de las niños y niños

Vacunación

10. ¿Cuentan con las cartillas de control de sus hijos menores de cinco años?
11. ¿Sus hijos se encuentran al día con los controles del niño sano y el esquema de vacunación? ¿Por qué sí o por qué no?

Controles y consejería

12. ¿Qué tipo de información les brindaron en el centro de salud en los controles? *Comentario: Tomar nota si les dieron información sobre lactancia, alimentación, vacunas y controles del niño.*
13. ¿Cómo describirían las consejerías o las charlas brindadas en los centros de salud? ¿Los mensajes eran claros y fáciles de entender? ¿Eran aplicables a su contexto y situación diaria? ¿Pudieron implementar la información recibida en su día a día?

Vigilancia comunitaria

14. ¿Ha recibido visitas en su hogar por parte de vigilantes comunitarios o personal de centros de salud para identificar factores de riesgo asociados a la desnutrición crónica infantil?[38]
15. ¿Les han solicitado sus cartillas de control de vacunas y controles? ¿Les recomendaron ir al centro de salud?

[38] Para las gestantes, las preguntas de los vigilantes comunitarios se centran en la asistencia a controles prenatales y la administración de suplementos de hierro y ácido fólico. En el caso de niñas y niños menores de 2 años, las preguntas abordan temas como el cumplimiento del esquema de vacunación, la alimentación, la lactancia materna exclusiva (para menores de 6 meses) y la presencia de enfermedades recientes, como diarrea aguda, tos o fiebre en el último mes.

Consumo de agua

16. ¿El agua que tienen en su vivienda es provista por la junta de agua de su parroquia?
17. ¿Cómo calificaría el servicio de agua de su comunidad? ¿Confía en la calidad del agua que recibe en su hogar? ¿Por qué sí o por qué no?
18. ¿Cómo cree que podría mejorarse el servicio?
19. ¿Realiza alguna acción para consumir el agua de manera más segura? Si es así, ¿qué acciones realiza (por ejemplo, hervirla, filtrarla, desinfectarla, entre otros)?

Centros interculturales y campañas de comunicación

Centros interculturales

20. ¿Alguna vez las han invitado a participar en los centros interculturales de su comunidad?
21. ¿Qué tipo de charlas han recibido en los centros interculturales? ¿Considera que estas charlas fueron adaptadas a las necesidades y al contexto local, como las costumbres y el idioma? ¿Por qué sí o por qué no? *Indagar sobre si recibieron charlas o talleres sobre lavado de manos, lactancia o alimentación complementaria.*
22. ¿Cuántas veces han asistido a estas charlas o talleres?
23. ¿Cree que los centros interculturales podrían ofrecer otras actividades que beneficien a usted y a su familia? Si es así, ¿qué tipo de actividades sugeriría?

Campañas educomunicacionales

24. ¿Recuerdan alguna campaña de comunicación de UNICEF que escucharon por la radio o vieron por tv que las haya motivado a ir al centro de salud o a cuidar su salud? ¿Qué mensaje recuerdan de esas campañas?
25. ¿Saben quién es Máximo?
26. ¿Qué opinan sobre las campañas de comunicación? ¿Consideran que se brindan mensajes fáciles de entender? ¿Por qué sí o por qué no? ¿Aplican estos mensajes sus actividades diarias? En caso negativo, ¿qué dificultades encuentran para hacerlo?

Anexo 7: Documentos consultados

Para esta evaluación, se revisaron un total de 312 documentos. A continuación, se presenta una matriz consolidada que organiza la información de manera estructurada.

Cuadro N° 19: Listado de carpetas y documentos revisados

Tipo de documento	Documentos revisados
Country Programme Documents	CPD 2015-2018
	CPD 2019-2023
	CPD 2023-2026
Reportes anuales de UNICEF	COAR 2015
	COAR 2016
	COAR 2017
	COAR 2018
	COAR 2019
	COAR 2020
	COAR 2021
	COAR 2022
	COAR 2023
	RAM 2015
	RAM 2016
	RAM 2017
	RAM 2018
	RAM 2019
	RAM 2020
	RAM 2021
	RAM 2022
	RAM 2023
Material corporativo	Control de calidad GEROS 2020
	Evaluating humanitarian action using OECD-DAC Criteria
	Guidance Document on Integrating a Supply Perspective into Unicef Evaluations (2019)
	Guidance Handbook in L1, L2, and L3 Emergencies (2021)
	Strengthening Unicef's Humanitarian Action - Humanitarian Review (2020)
	Technical Note on Localization in Humanitarian Action for Children (2021)
	UNEG Quality Checklist for Evaluation TORs and Inception Reports (2010)
	UNEG_G_2010_2_Quality_Checklist_for_Evaluation_Reports
	Unicef Emergency Procedures (2021)
	Unicef Guidance on Risk-Informed Programming (2018)
Planes Nacionales de Desarrollo	Plan Nacional de Desarrollo 2024-2025
	Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013
	Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025
	Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021
	Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010

Tipo de documento	Documentos revisados
Estrategias nacionales	Plan intersectorial
	20240906 - Informe final Eval ODS Ecuador v 12 de septiembre
Documentos de la estrategia territorial	Análisis de los Efectos de las Intervenciones Implementadas en Parroquias de las provincias de Imbabura y Chimborazo en Variables como Peso al Nacer, Controles Prenatales
	Versión final del modelo de gestión local comunitario para mejorar la salud y nutrición de niños y niñas en su primera infancia y mujeres gestantes
	Guías de implementación
	Briefing note Imbabura
	Doc Guía para la salud y nutrición - Unicef alta baja
	PASO A PASO PARA MEJORAR EL SERVICIO DE AGUA EN MI COMUNIDAD
Documentos compartidos por socios implementadores	Informes de actividad y resultados de socios implementadores (ADRA, CIMAS, DyA, ESPOCH, FLACSO, FOCI y SESP)
	FLACSO: Actas de las MIC Alausí (octubre-julio)
	FLACSO: Mapeo y propuestas MIC-MIP Alausí
	FLACSO: Herramientas de socialización y conformación MIP Achupallas
	FLACSO: Registros de asistencia MIP Achupallas (octubre-agosto)
	FLACSO: Actas de reuniones MIP Achupallas (octubre-agosto)
	FLACSO: Matrices de seguimiento MIP y POP Achupallas
	FLACSO: Documentos de conformación y seguimiento MIP Sibambe
	FLACSO: Documentos de conformación y seguimiento MIP Tixán
	FLACSO: Documentos de conformación y seguimiento MIP Licán
	FLACSO: Documentos de modelo urbano
	FLACSO: Documentos MIP Lizarzaburu
	FLACSO: Documentos MIP Veloz y Maldonado
	FLACSO: Listados de asistencia formación VEC
	FLACSO: Actas de conformación EMC-DCI
	FLACSO: Planes de Mejora Continua (PMC)
	FLACSO: Informes de implementación PMC
	FLACSO: Nudos críticos otros niveles de gestión
	FLACSO: Informes de retroalimentación PMC
	FLACSO: Informe recomendaciones HECAPP
	FLACSO: Materiales educomunicacionales

Elaboración propia

Anexo 8: Análisis de los efectos de las intervenciones implementadas en las parroquias de las provincias de Imbabura, Pichincha y Chimborazo en variables como peso al nacer, controles prenatales, entre otras de Guzmán (2025)

Este anexo resume los elementos clave de la evaluación realizada por Guzmán (2025). El análisis evalúa los efectos de las intervenciones en parroquias de Imbabura, Pichincha y Chimborazo sobre variables esenciales de la salud de recién nacidos y mujeres gestantes.

1. Diseño de evaluación y enfoque metodológico

Para la estimación de los efectos se utiliza el método de Diferencias en Diferencias (DiD) para intervenciones (tratamientos) en diferentes periodos de tiempo, metodología propuesta por Callaway and Sant'Anna (2020).

Esta técnica permite estimar el efecto promedio de la intervención comparando la evolución de los resultados en parroquias intervenidas respecto a un grupo contrafactual (parroquias no intervenidas) dentro de las mismas provincias, antes y después de la implementación de la estrategia. Además, este método corrige los sesgos que se pueden originar al usar el método clásico de diferencia-en-diferencias con efectos fijos de unidad de análisis y tiempo, conocido como TWFE DD *(two-way fixed effects difference-in-differences).*

El DiD parte de la premisa de que, en ausencia de intervención, la tendencia de los indicadores en ambos grupos habría sido paralela. Por tanto, cualquier desviación significativa en dicha tendencia puede atribuirse, en parte, al efecto de la intervención, siempre que se cumplan los supuestos de validez interna.

2. Fuente de datos y parroquias intervenidas

Fuente de datos

El análisis se realizó a nivel parroquial utilizando los registros estadísticos de nacidos vivos (ENV) para el periodo 2013-2023, así como los censos de población y vivienda de 2010 y 2022, proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Para la evaluación, se definieron dos grupos de análisis:

- Grupo de intervención: Parroquias priorizadas por la estrategia territorial, seleccionadas por UNICEF en coordinación con los gobiernos locales, con base en criterios de vulnerabilidad (altas tasas de DCI, pobreza y brechas en servicios).
- Grupo contrafactual: Parroquias no intervenidas en las mismas provincias, con características estructurales similares.

Parroquias intervenidas

El análisis evalúa el impacto de dos intervenciones principales: el modelo de gestión local comunitario y los ciclos de mejora continua.

Con respecto al modelo de gestión local, este incluye las mesas intersectoriales parroquiales y los centros interculturales de promoción de la salud y nutrición. Los componentes clave de la intervención fueron la coordinación interinstitucional, la mejora de la calidad del agua, y la promoción de la salud y nutrición en la primera infancia y mujeres gestantes. Como grupo de control se utilizaron todas las parroquias rurales no intervenidas de la provincia de Imbabura. Las parroquias del modelo de gestión local comunitario fueron intervenidas en el siguiente orden:

Cuadro N° 20: Parroquias analizadas con el modelo de gestión local comunitario en Imbabura, según cantón, provincia y fecha de inicio de la intervención

Provincia	Cantón	Parroquia	Fecha de Inicio de la Intervención	Grupo
Imbabura	Ibarra	Angochagua	Mediados de 2015	2015
	Pimampiro	Chuga	Mediados de 2015	2015
		Mariano Acosta	Mediados de 2015	2015
	Ibarra	La Esperanza	Inicios 2016	2016
	Cotacachi	Imantag	Inicios 2016	2016
	Otavalo	Miguel Egas Cabezas	Inicios 2018	2018
		San Rafael de la Laguna	Mediados de 2019	2019
Cangahua	Cayambe	Cangahua	Mediados de 2019	2019

Fuente: Guzmán *(2025)*.

Por su parte, los ciclos de mejora continua se implementaron en el primer semestre de 2022 en las parroquias urbanas de Alausí y en las rurales de Achupallas y Tixán, en Chimborazo. Esta estrategia se centró en la identificación y resolución de cuellos de botella en la provisión de servicios de salud, tales como controles prenatales y atención institucional. También se evaluó su impacto en la provisión del paquete priorizado de la Estrategia de Prevención y Reducción de la DCI en el primer nivel de atención (PNA) en estas tres parroquias. Para el grupo de control de Alausí, se usaron otras parroquias urbanas de la provincia de Chimborazo. Para las parroquias de control de Achupallas y Tixán, se utilizaron las otras parroquias rurales no intervenidas dentro de Chimborazo.

Cuadro N° 21: Parroquias analizadas con ciclos de mejora continua en Chimborazo, según cantón, provincia y fecha de inicio de la intervención

Provincia	Cantón	Parroquia	Fecha de Inicio de la Intervención	Grupo
Chimborazo	Alausí	Alausí	Primer semestre de 2022	2022
		Achupallas	Primer semestre de 2022	2022
		Tixán	Primer semestre de 2022	2022

Fuente: Guzmán *(2025)*.

3. Componentes de la estrategia y variables de análisis

El estudio estima los efectos de los dos componentes de la estrategia (el modelo de gestión local comunitario y los ciclos de mejora continua) sobre indicadores clave, definidos a partir de la información disponible en los registros ENV. Así, se evalúa el impacto de las intervenciones en variables como peso y talla al nacer, número de semanas de gestación y parto prematuro, así como variables relacionadas al acceso a controles prenatales, parto asistido por personal calificado y parto institucional.

Es importante destacar las diferencias en los criterios de análisis aplicados en las provincias evaluadas, ya que las intervenciones variaron en naturaleza y duración. En Chimborazo, el estudio se centró en un piloto de corta duración, implementado durante seis meses en 2022, enfocado exclusivamente en la aplicación de ciclos de mejora continua en los servicios de salud de tres parroquias del cantón Alausí. Esta intervención estuvo orientada a resolver cuellos de botella en la atención materno-infantil. En contraste, en Imbabura (y parcialmente en Pichincha), el análisis se basó en una implementación progresiva y sostenida del modelo de gestión local comunitario, iniciado en 2015 y acompañado de un proceso de asistencia técnica prolongada por parte de UNICEF. Esta diferencia en el enfoque temporal y operativo implica que, mientras en Chimborazo se evalúan efectos iniciales de una intervención focalizada, en Imbabura se estima el impacto de una intervención más madura, sistémica y de largo plazo.

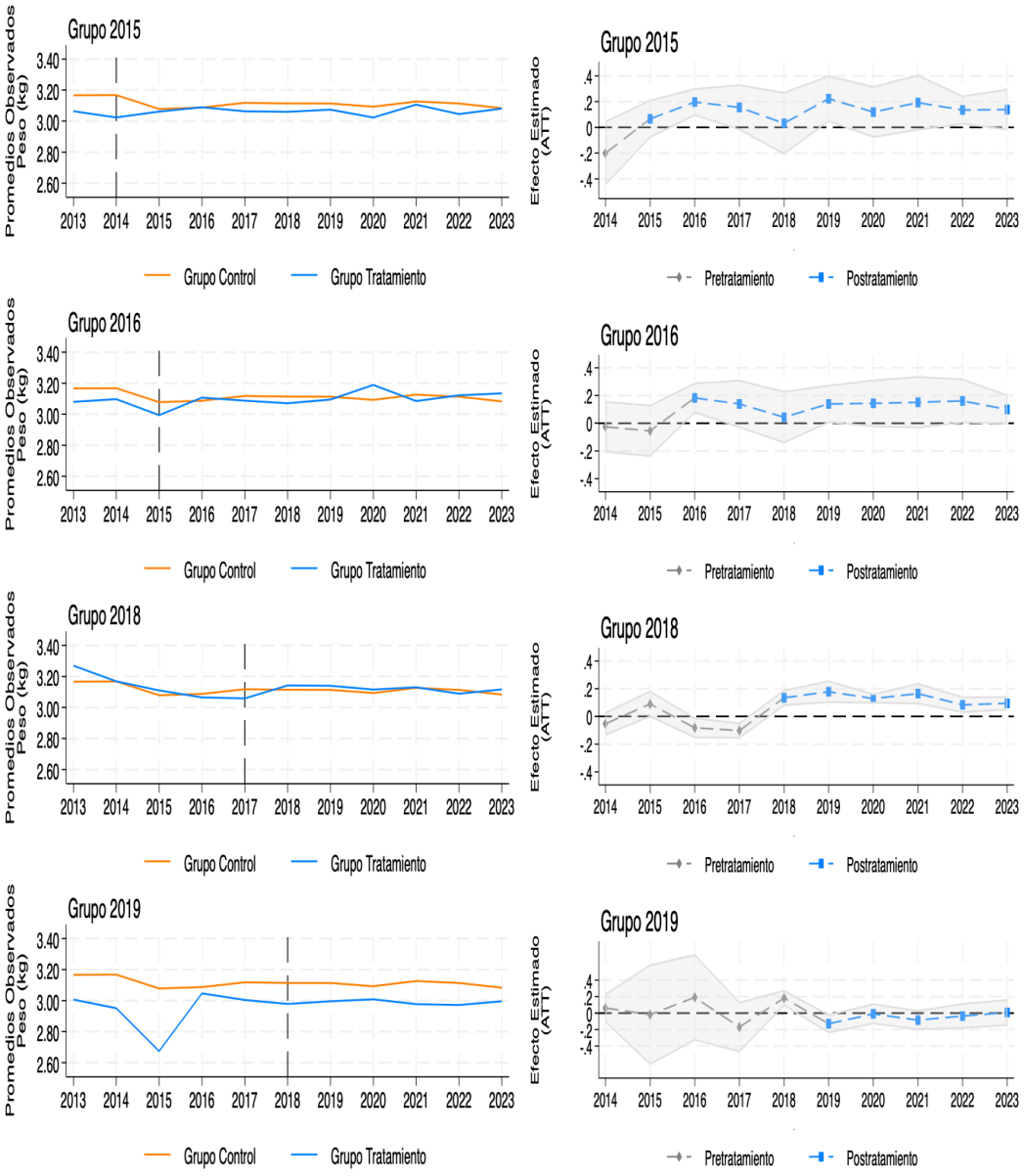
4. Resultados

A continuación, se presenta los efectos de los dos componentes de la estrategia sobre las variables analizadas.

- **Modelo de Gestión Local Comunitario (MGLC) – Imbabura y Pichincha**

En las parroquias intervenidas de Imbabura y Pichincha, se observó un incremento promedio de 105 gramos **en el peso al nacer**. Este efecto fue estadísticamente significativo y sostenido en el tiempo, particularmente en Angochagua, Chuga, Mariano Acosta, La Esperanza, Imantag y Miguel Egas Cabezas. A continuación, se observa este afecto a lo largo de los distintos grupos de parroquias.

Ilustración N° 10: Estimación de diferencia en diferencias del efecto de la estrategia sobre el peso al nacer (kg): promedios observados (izquierda) y efectos promedio estimados sobre los tratados (ATT) (derecha), desagregado por grupo y año

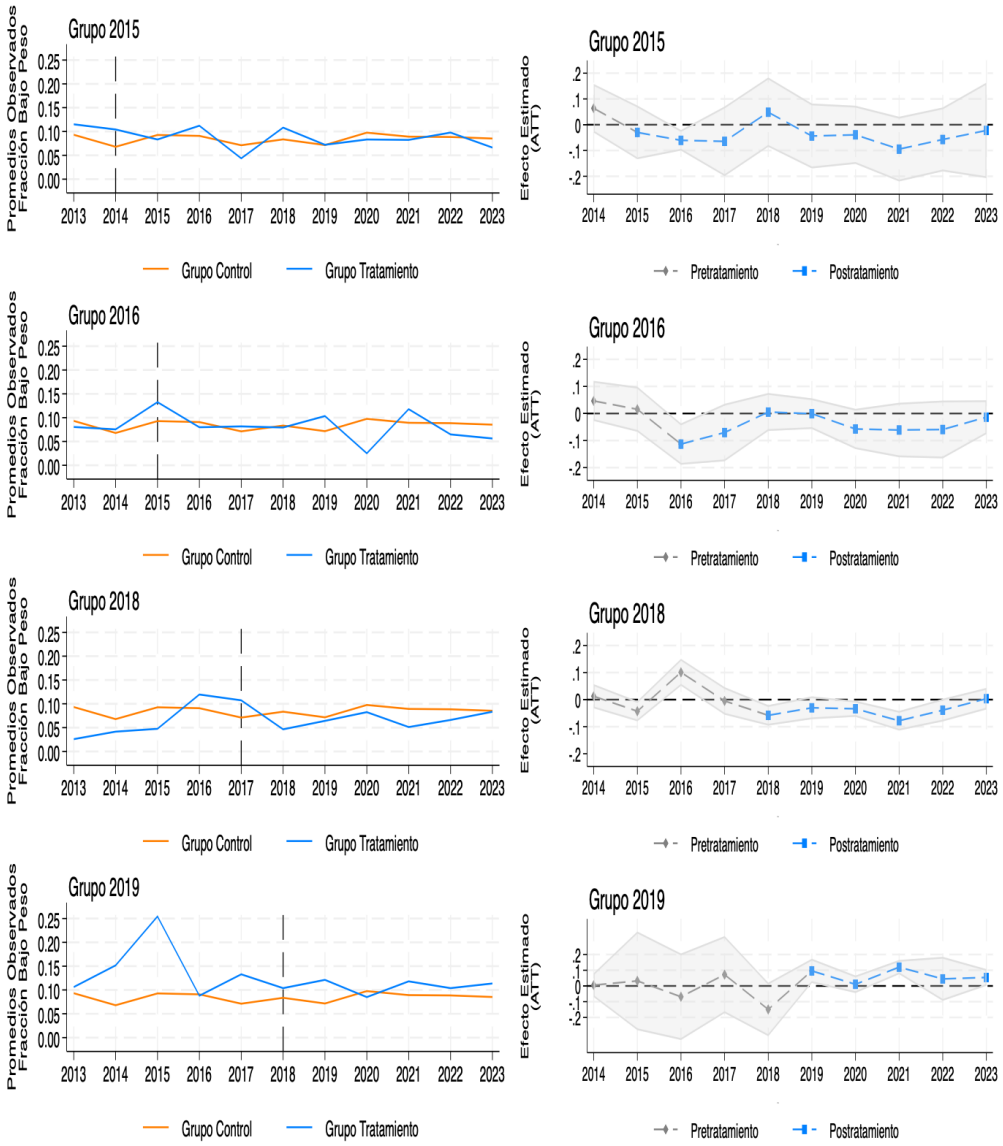


Fuente: Guzmán (2025)

Nota: La parte izquierda muestra los promedios observados de la variable de resultados para los grupos de tratamiento y control. La parte derecha muestra las estimaciones de los efectos promedios en las parroquias tratadas (ATT) en base a la especificación que incluyen como covariables: el número de habitantes, la incidencia de la pobreza por NBI, la fracción de mujeres en edad fértil (MEF), las fracciones de madres con edades entre 15 y 19, 20 y 35, y 35 y más, los porcentajes de madres autoidentificadas como indígenas y mestizas, y los porcentajes de madres con educación: ninguna, primaria, secundaria y superior. Las estimaciones incluyen intervalos de confianza al 95%.

En cuanto al **bajo peso al nacer (<2.5 kg)**, el análisis encontró reducciones importantes, como lo muestra la siguiente ilustración. Por ejemplo, en Angochagua, Chuga y Mariano Acosta, el porcentaje se redujo de 10.4% en 2014 a 6.6% en 2023. En La Esperanza e Imantag bajó de 13.3% a 5.6%, y en Miguel Egas Cabezas, de 10.7% a 8.3%.

Ilustración N° 11: Estimación de diferencia en diferencias del efecto de la estrategia sobre la proporción de niños y niñas con bajo peso al nacer: promedios observados (izquierda) y efectos promedio estimados para los tratados (att) (derecha), por grupo y año.

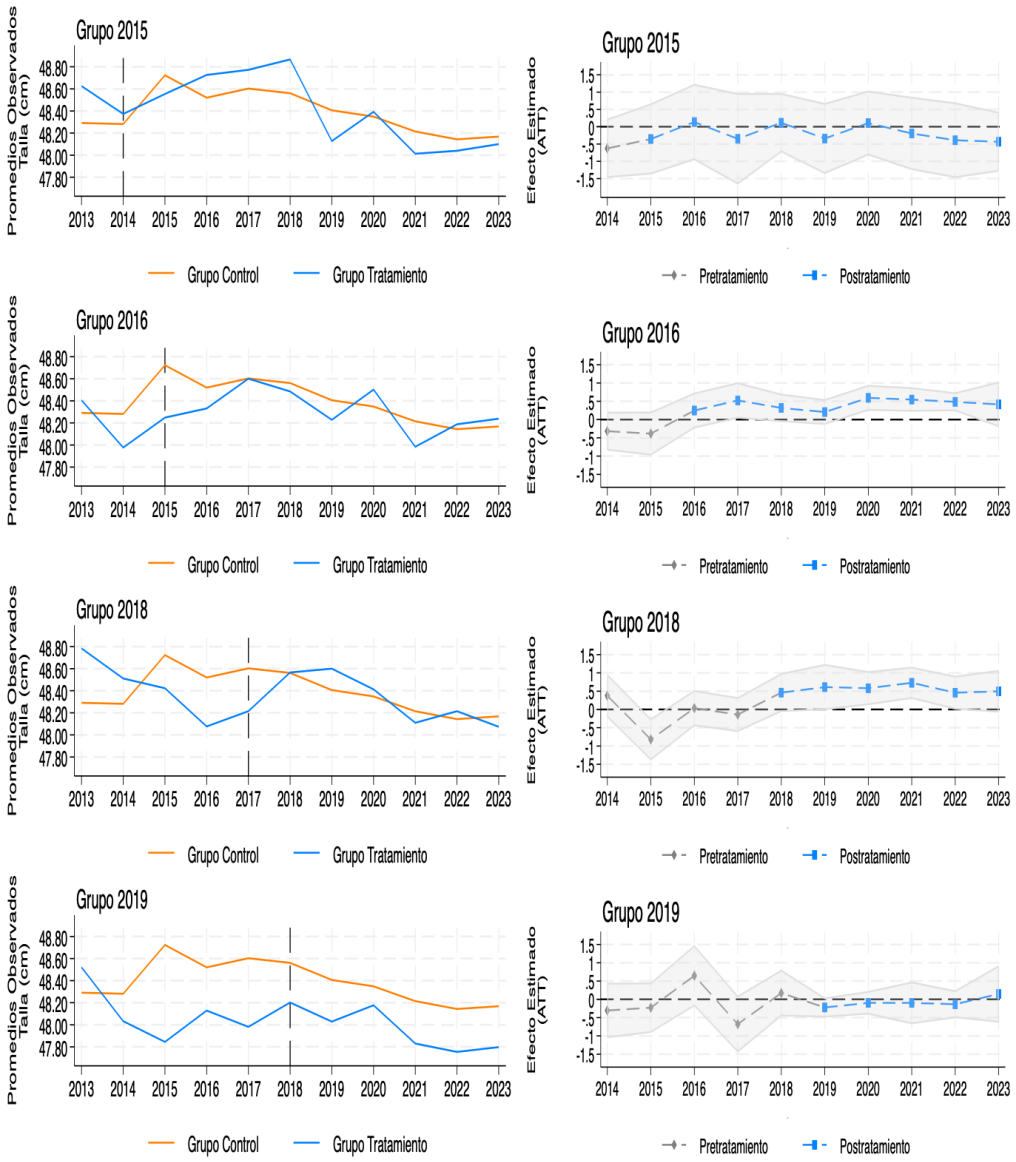


Fuente: Guzmán (2025)

Nota: La parte izquierda muestra los promedios observados de la variable de resultados para los grupos de tratamiento y control. La parte derecha muestra las estimaciones de los efectos promedios en las parroquias tratadas (ATT) en base a la especificación que incluyen como covariables: el número de habitantes, la incidencia de la pobreza por NBI, la fracción de mujeres en edad fértil (MEF), las fracciones de madres con edades entre 15 y 19, 20 y 35, y 35 y más, los porcentajes de madres autoidentificadas como indígenas y mestizas, y los porcentajes de madres con educación: ninguna, primaria, secundaria y superior. Las estimaciones incluyen intervalos de confianza al 95%.

Respecto a la **talla al nacer**, se estimaron efectos positivos y estadísticamente significativos en La Esperanza, Imantag y Miguel Egas Cabezas, con un incremento de aproximadamente medio centímetro. Este efecto se debe más a una caída menos pronunciada frente al grupo de control que a un aumento absoluto. La siguiente ilustración muestra tales efectos en las parroquias.

Ilustración N° 12: Estimación de diferencia en diferencias del efecto de la estrategia sobre la talla al nacer (cm): promedios observados (izquierda) y efectos promedio estimados para los tratados (att) (derecha), por grupo y año.



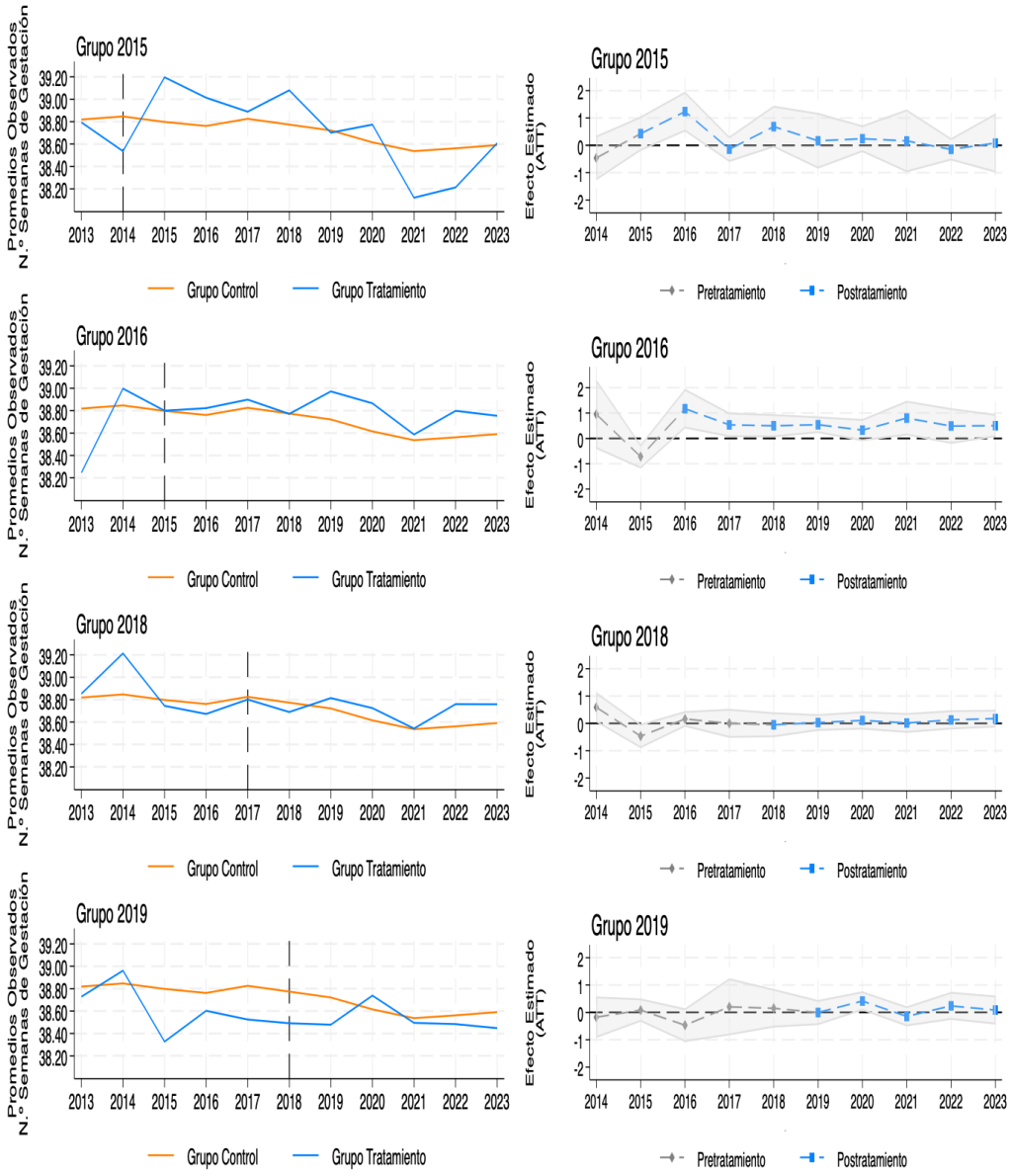
Fuente: Guzmán (2025)

Nota: La parte izquierda muestra los promedios observados de la variable de resultados para los grupos de tratamiento y control. La parte derecha muestra las estimaciones de los efectos promedios en las parroquias tratadas (ATT) en base a la especificación que incluyen como covariables: el número de habitantes, la incidencia de la pobreza por NBI, la fracción de mujeres en edad fértil (MEF), las fracciones de madres con edades entre 15 y 19, 20 y 35, y 35 y más, los porcentajes de madres

autoidentificadas como indígenas y mestizas, y los porcentajes de madres con educación: ninguna, primaria, secundaria y superior. Las estimaciones incluyen intervalos de confianza al 95%.

La intervención también tuvo impacto en las **semanas de gestación y partos prematuros**. En La Esperanza e Imantag, se incrementó el tiempo de gestación en unos 4 días, lo que redujo los partos prematuros de 9.4% en 2015 a 5.0% en 2023. En otras parroquias no se encontraron efectos robustos.

Ilustración N° 13: Estimación de diferencia en diferencias del efecto de la estrategia sobre el número de semanas de gestación: promedios observados (izquierda) y efectos promedio estimados para los tratados (att) (derecha), por grupo y año



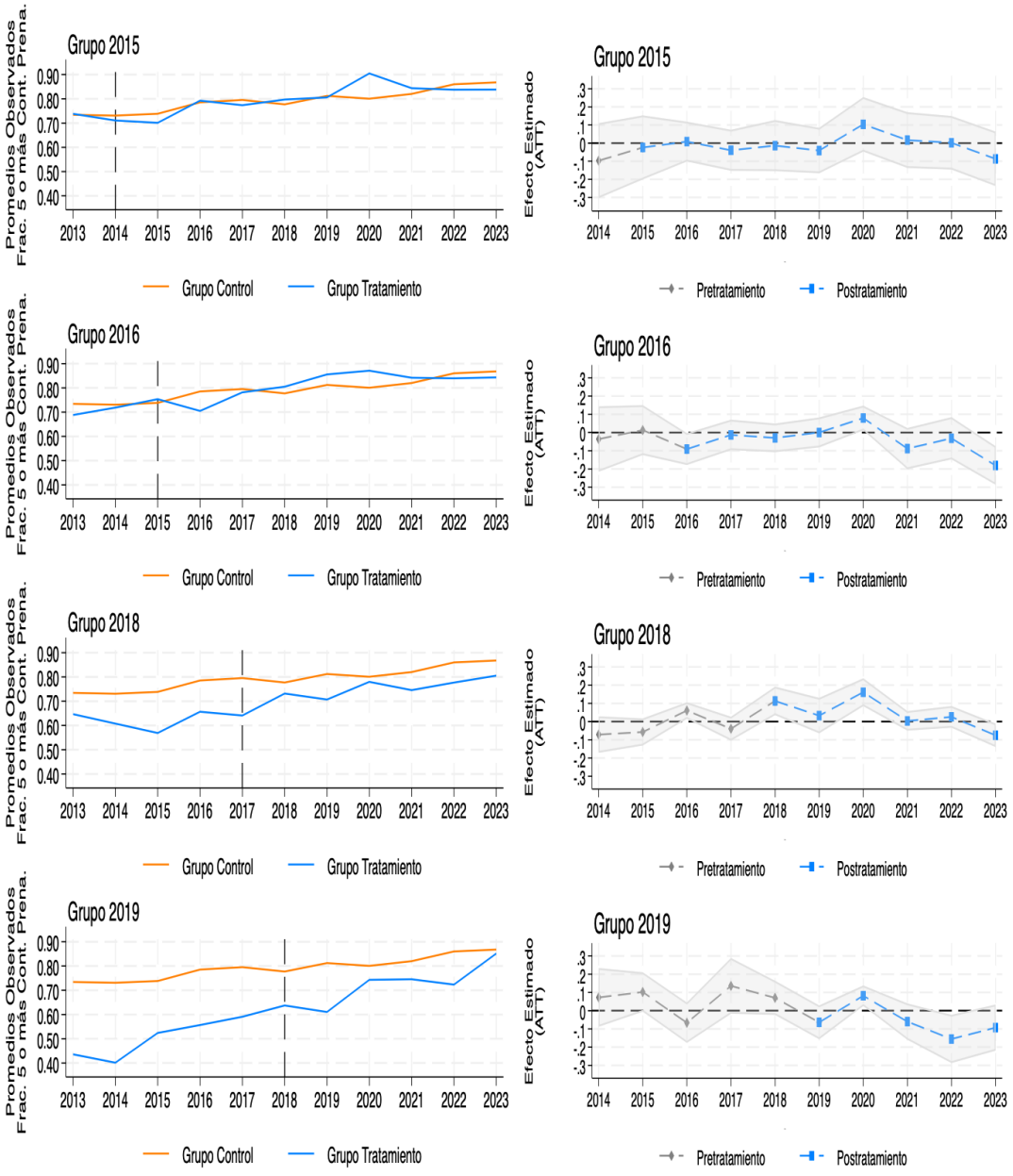
Fuente: Guzmán (2025)

Nota: La parte izquierda muestra los promedios observados de la variable de resultados para los grupos de tratamiento y control. La parte derecha muestra las estimaciones de los efectos promedios en las parroquias tratadas (ATT) en base a la especificación que incluyen como covariables: el número de habitantes, la

incidencia de la pobreza por NBI, la fracción de mujeres en edad fértil (MEF), las fracciones de madres con edades entre 15 y 19, 20 y 35, y 35 y más, los porcentajes de madres

En Miguel Egas Cabezas, el **número promedio de controles prenatales** aumentó en 0.3. Además, la proporción de mujeres con cinco o más controles pasó de 64.1% en 2017 a 80.6% en 2023. En el resto de las parroquias intervenidas, los efectos sobre los controles prenatales fueron débiles o no significativos.

Ilustración N° 14: Estimación de diferencia en diferencias del efecto de la estrategia sobre la fracción de niños y niñas cuyas madres tuvieron al menos 5 controles prenatales: promedios observados (izquierda) y efectos promedio estimados para los tratados (att) (derecha), por grupo y año

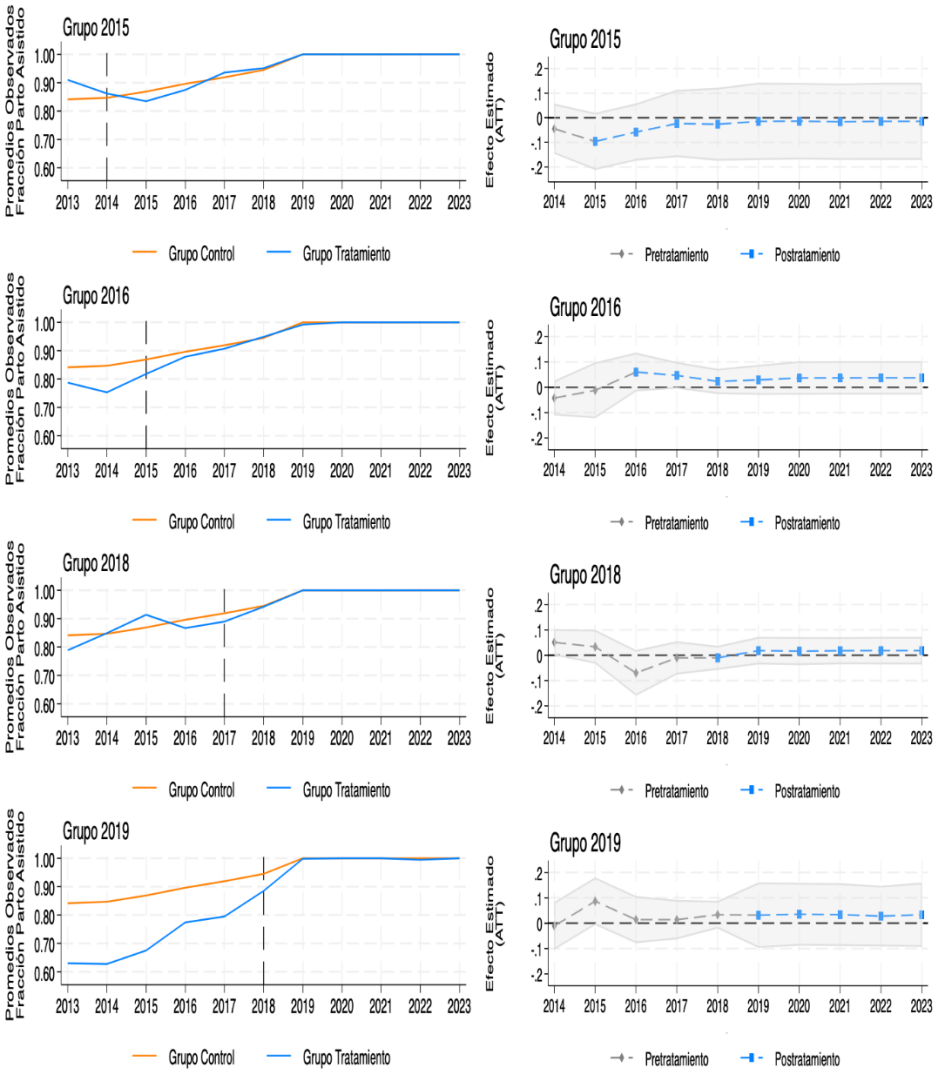


Fuente: Guzmán (2025)

Nota: La parte izquierda muestra los promedios observados de la variable de resultados para los grupos de tratamiento y control. La parte derecha muestra las estimaciones de los efectos promedios en las parroquias tratadas (ATT) en base a la especificación que incluyen como covariables: el número de habitantes, la incidencia de la pobreza por NBI, la fracción de mujeres en edad fértil (MEF), las fracciones de madres con edades entre 15 y 19, 20 y 35, y 35 y más, los porcentajes de madres autoidentificadas como indígenas y mestizas, y los porcentajes de madres con educación: ninguna, primaria, secundaria y superior. Las estimaciones incluyen intervalos de confianza al 95%.

Finalmente, no se hallaron diferencias atribuibles al modelo de gestión local en cuanto al **parto institucional o asistido por personal calificado**, ya que tanto las parroquias tratadas como las de control mostraron una cobertura cercana al 100% desde 2019. A continuación, se muestran las estimaciones para ambas variables con respecto las distintas parroquias analizadas.

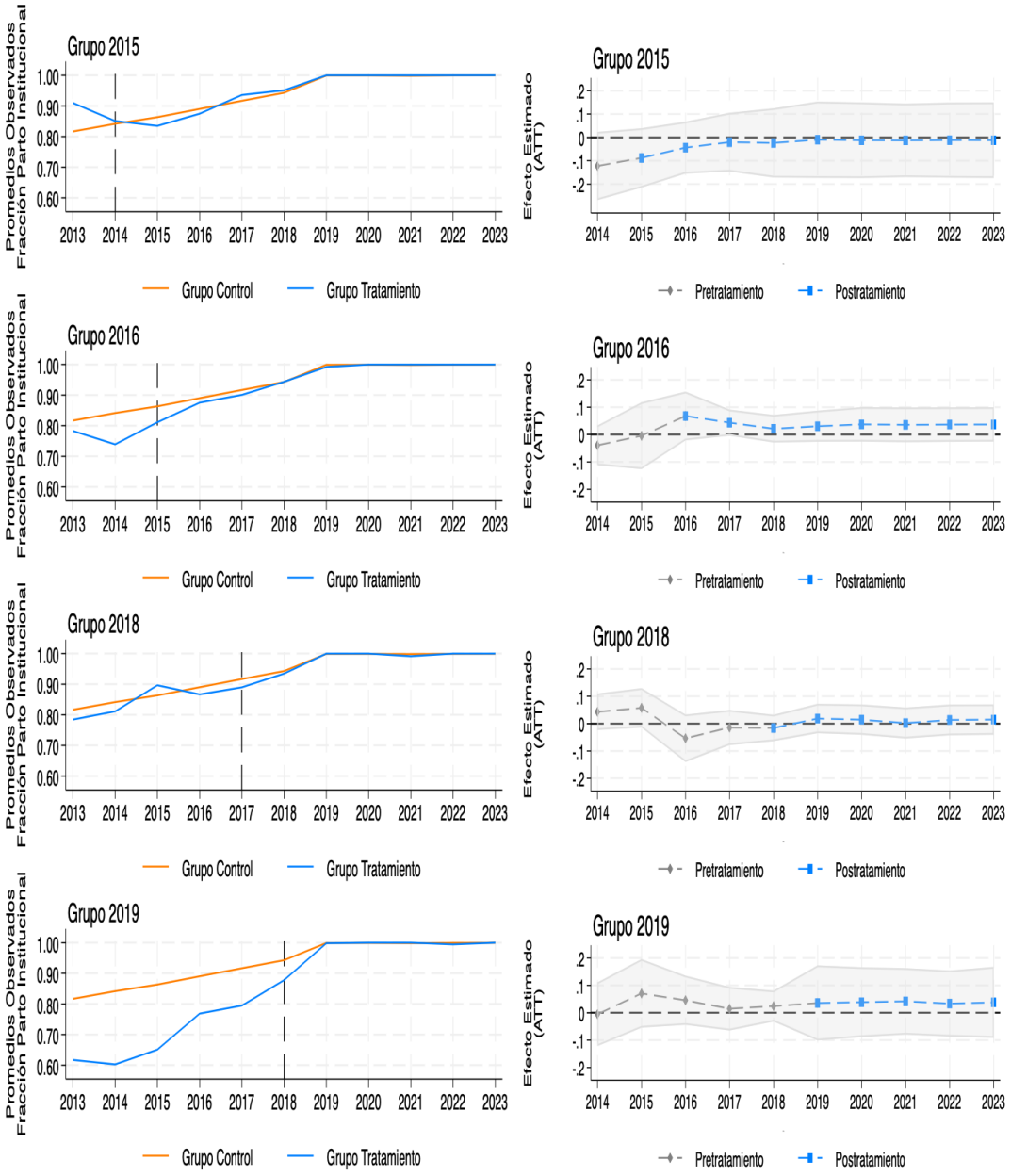
Ilustración N° 15: Estimación de diferencia en diferencias del efecto de la estrategia sobre la fracción de partos asistidos por personal calificado: promedios observados (izquierda) y efectos promedio estimados para los tratados (att) (derecha), por grupo y año



Fuente: Guzmán (2025)

Nota: La parte izquierda muestra los promedios observados de la variable de resultados para los grupos de tratamiento y control. La parte derecha muestra las estimaciones de los efectos promedios en las parroquias tratadas (ATT) en base a la especificación que incluyen como covariables: el número de habitantes, la incidencia de la pobreza por NBI, la fracción de mujeres en edad fértil (MEF), las fracciones de madres con edades entre 15 y 19, 20 y 35, y 35 y más, los porcentajes de madres autoidentificadas como indígenas y mestizas, y los porcentajes de madres con educación: ninguna, primaria, secundaria y superior. Las estimaciones incluyen intervalos de confianza al 95%.

Ilustración N° 16: Estimación de diferencia en diferencias del efecto de la estrategia sobre la fracción de partos realizados en instituciones de salud: promedios observados (izquierda) y efectos promedio estimados para los tratados (att) (derecha), por grupo y año



Fuente: Guzmán (2025)

Nota: La parte izquierda muestra los promedios observados de la variable de resultados para los grupos de tratamiento y control. La parte derecha muestra las estimaciones de los efectos promedios en las

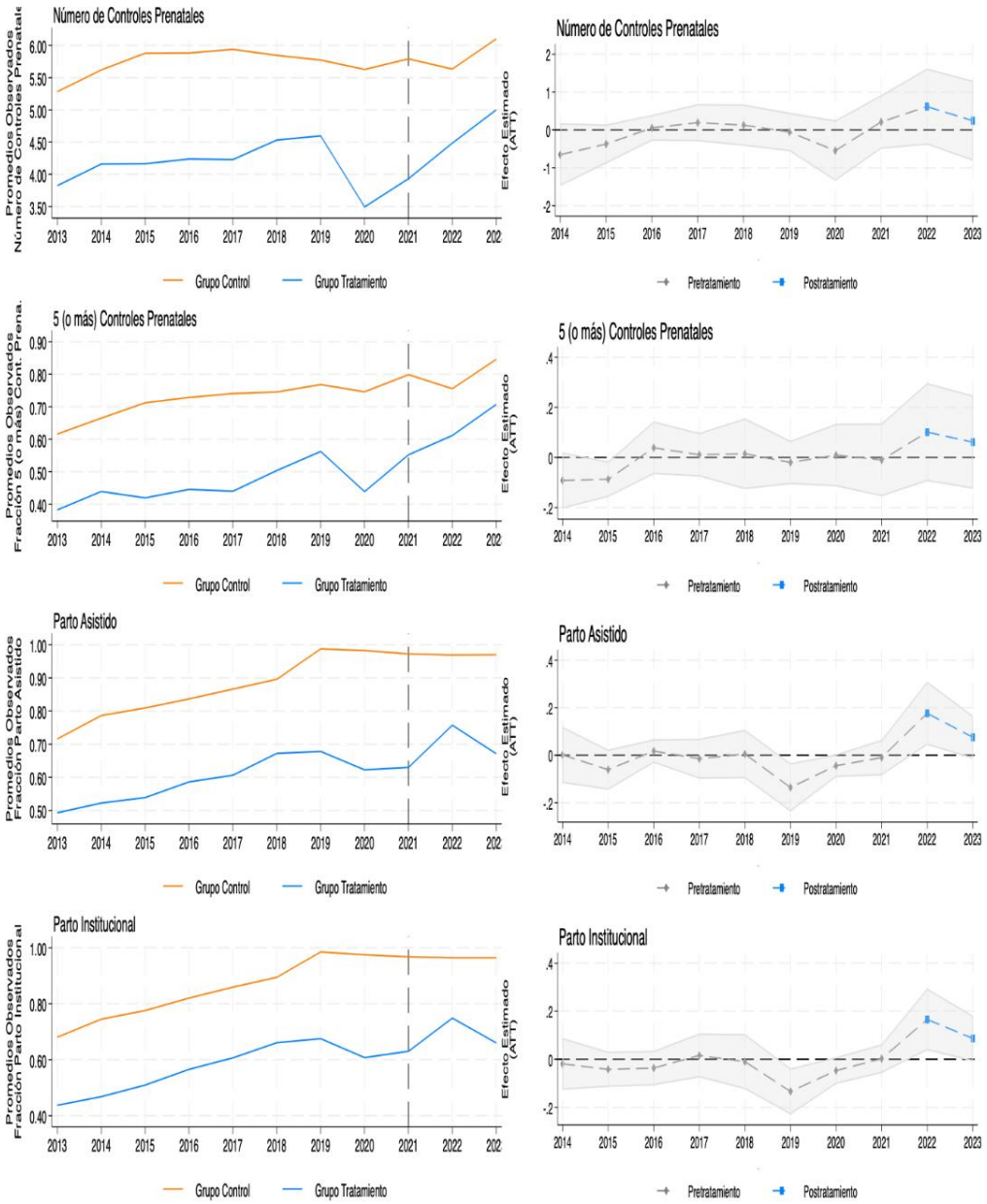
parroquias tratadas (ATT) en base a la especificación que incluyen como covariables: el número de habitantes, la incidencia de la pobreza por NBI, la fracción de mujeres en edad fértil (MEF), las fracciones de madres con edades entre 15 y 19, 20 y 35, y 35 y más, los porcentajes de madres autoidentificadas como indígenas y mestizas, y los porcentajes de madres con educación: ninguna, primaria, secundaria y superior. Las estimaciones incluyen intervalos de confianza al 95%.

- **Ciclos de Mejora Continua (CMC) - Chimborazo**

En las parroquias de Alausí, Achupallas y Tixán (Chimborazo), intervenidas con ciclos de mejora continua en 2022, se evidenció un incremento de 8 a 13 puntos porcentuales en el **porcentaje de partos institucionales y atendidos por personal calificado**.

También se observó un incremento promedio de **0.5 a 0.7 controles prenatales** por gestante, aunque este efecto no fue estadísticamente significativo al controlar por características de la madre. En contraste, no se registraron efectos significativos sobre variables como el peso promedio al nacer, la prevalencia de bajo peso, la talla al nacer, las semanas de gestación o la proporción de partos prematuros. La siguiente ilustración refleja las estimaciones de los ciclos de mejora en las variables de resultado mencionadas.

Ilustración N° 17 Estimación de diferencia en diferencias del efecto de los ciclos de mejora sobre variables de resultados intermedios: promedios observados (izquierda) y efectos promedio estimados para los tratados (att) (derecha), por grupo y año



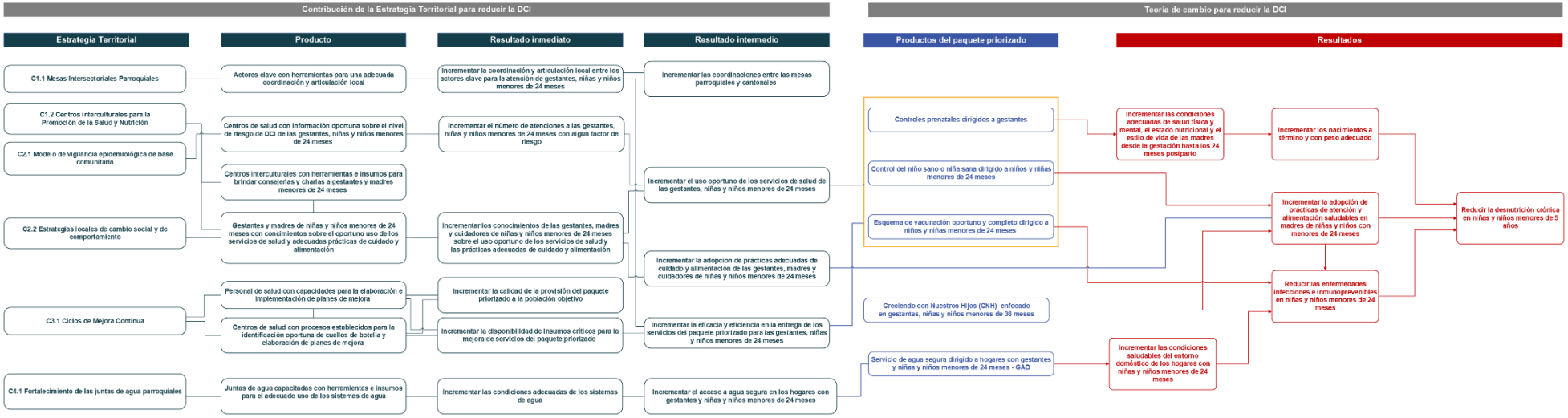
Fuente: Guzmán (2025)

Nota: La parte izquierda muestra los promedios observados de la variable de resultados para los grupos de tratamiento y control. La parte derecha muestra las estimaciones de los efectos promedios en las parroquias tratadas (ATT) en base a la especificación que incluyen como covariables: el número de habitantes, la incidencia de la pobreza por NBI, la fracción de mujeres en edad fértil (MEF), las fracciones de madres con edades entre 15 y 19, 20 y 35, y 35 y más, los porcentajes de madres autoidentificadas como indígenas y mestizas, y los porcentajes de madres con educación: ninguna, primaria, secundaria y superior. Las estimaciones incluyen intervalos de confianza al 95%

Anexo 9: Teoría de cambio de la estrategia

La siguiente ilustración muestra el diagrama de la teoría de cambio de la estrategia territorial.

Ilustración N° 18: Diagrama de la teoría de cambio de la estrategia territorial de UNICEF



Elaboración propia.

Anexo 10: Matrices de evaluación

A continuación, se describen las matrices de evaluación correspondientes a los criterios aplicados en la metodología de evaluación.

Pertinencia

Cuadro N° 22: Matriz de evaluación – Pertinencia

Pregunta de evaluación	Formación del juicio	Indicadores	Fuentes de información	Métodos de recolección
¿En qué medida la estrategia implementada en las parroquias priorizadas en Imbabura, Pichincha y Chimborazo logró responder a las necesidades y oportunidades en esos territorios, a la heterogeneidad entre ellos y a los cambios a través del tiempo? ¿En qué medida la estrategia responde hoy a las necesidades actuales?	- Evidencia sobre si la estrategia abordó los factores causales de la DCI según la evidencia científica - Evidencia sobre la capacidad de la estrategia para adaptarse a la heterogeneidad de las características locales entre parroquias - Evidencia sobre cómo la estrategia ha respondido a los cambios en las necesidades y oportunidades a lo largo del tiempo, manteniendo su alineación con los factores prioritarios de la DCI	- Porcentaje de actividades de la estrategia que consideran el enfoque de los 1000 primeros días de vida - Grado en que los acuerdos en las MIP abordan los factores causales de la DCI y reflejan las necesidades locales - Grado en que los temas abordados en los talleres realizados en los CIPSN se alinean con los factores causales de la DCI y las necesidades y características de los territorios - Porcentaje de preguntas pertinentes en las fichas de riesgo utilizadas por los vigilantes comunitarios - Grado en que los mensajes clave de las campañas	- Guías de implementación de cada actividad de la estrategia - Actas de reunión de las mesas intersectoriales parroquiales - Registro de talleres realizados en los CIPSN - Planes de mejora continua de los establecimientos de salud - Registro de capacitaciones a miembros de las jutas de agua - Notas y transcripciones de las entrevistas con los presidentes de los GAD parroquiales, coordinadores de MIP, funcionarios del MSP,	- Revisión documental - Entrevistas semiestructuradas con informantes clave - Grupos focales con usuarios de los servicios - Revisión de estadísticos oficiales publicados por instituciones gubernamentales de Ecuador

Pregunta de evaluación	Formación del juicio	Indicadores	Fuentes de información	Métodos de recolección
		educomunicacionales abordan los factores causales de la DCI y las necesidades locales - Grado en que las actividades de la estrategia incluyen a todos los niños y niñas menores de 24 meses en las parroquias, evaluando si se han diseñado e implementado acciones que alcancen a toda la población infantil, sin limitarse al registro de atendidos de los centros de salud - Percepción de los actores locales sobre la flexibilidad y adaptación de la estrategia a los cambios del contexto - Porcentaje de actividades de la estrategia que se adaptaron exitosamente al contexto cambiante y permanecieron operativas	funcionarios del MIES, técnicos de atención primaria de salud (TAPS) y tutores de vigilancia epidemiológica comunitaria (VEC) - Notas y transcripciones de las entrevistas con los presidentes de los GAD cantonales y provinciales - Notas y transcripciones de las entrevistas con el personal de UNICEF en territorio - Notas y transcripciones de los grupos focales con los usuarios de los servicios - Estadísticos oficiales	

Pregunta de evaluación	Formación del juicio	Indicadores	Fuentes de información	Métodos de recolección
¿En qué medida la estrategia se alinea con los enfoques de género, derechos humanos e inclusividad en su diseño y ejecución?	- Evidencia de la promoción de la participación equitativa entre mujeres y hombres[39] - Evidencia de la promoción del acceso equitativo y no discriminatorio a los servicios de la estrategia, con un enfoque prioritario en las poblaciones en situación de vulnerabilidad (mujeres, niñas y niños, personas con discapacidad, población indígena y población en situación de pobreza) - Evidencia de la accesibilidad y adaptación de la estrategia para garantizar la participación de personas con diferentes capacidades y orígenes étnicos	- Percepción de los actores clave sobre la equidad en la participación de hombres y mujeres en las actividades de la estrategia - Barreras y facilitadores identificados para el acceso de poblaciones vulnerables a las actividades de la estrategia - Percepción de los actores clave sobre la adecuación de las actividades a las necesidades específicas de personas con diferentes capacidades y orígenes étnicos - Existencia de mecanismos de retroalimentación implementados a nivel institucional y comunitario - Percepción de los actores clave sobre la representación e inclusión de diferentes grupos sociales en las actividades de la estrategia	- Notas y transcripciones de las entrevistas con los presidentes de los GAP o coordinadores de MIP, funcionarios del MSP y MIES, TAPS y tutores VEC - Notas y transcripciones de las entrevistas con el equipo técnico de UNICEF y socios implementadores - Notas y transcripciones de los grupos focales con los usuarios de los servicios - Guías de implementación de cada actividad de la estrategia - Actas de reunión de las mesas intersectoriales parroquiales - Registros de capacitaciones a vigilantes comunitarios - Planes locales de comunicación para el cambio social y de comportamiento	- Revisión documental - Entrevistas semiestructuradas con informantes clave - Grupos focales con usuarios de los servicios

[39] Se toma en cuenta el Plan de Acción para la Igualdad entre los Géneros del UNICEF 2022-2025, particularmente en los objetivos de Salud y Nutrición (acceso equitativo a servicios de calidad para niñas, niños y adolescentes) y WASH (atender las necesidades específicas de niñas y mujeres).

Pregunta de evaluación	Formación del juicio	Indicadores	Fuentes de información	Métodos de recolección
	- Evidencia de la representación diversa y la participación de distintos grupos sociales - Evidencia de la integración explícita de los enfoques de género, derechos humanos e inclusividad en los documentos de diseño y planificación de la estrategia	- Grado de incorporación de los enfoques de género, derechos humanos e inclusividad en las guías de implementación de las actividades de la estrategia	- Planes de mejora continua de los establecimientos de salud - Registro de capacitaciones a los miembros de las juntas de agua	
¿Cómo la estrategia se alinea con las principales políticas públicas de Ecuador en relación con la prevención y reducción de la DCI?	- Evidencia sobre la alineación del diseño de la estrategia con las políticas públicas relevantes de Ecuador - Evidencia sobre la integración de las prioridades, objetivos y enfoques de las políticas públicas en la implementación de la estrategia	- Grado de alineación entre los objetivos de la estrategia y los instrumentos de política pública de DCI - Grado de contribución de las actividades de la estrategia a las metas establecidas en los instrumentos de política pública de DCI - Grado en el que las guías de implementación incorporan los enfoques de los instrumentos de política pública de DCI - Percepción de los actores clave sobre la capacidad de ajuste de la estrategia a las actualizaciones de los	- Instrumentos de política pública del gobierno de Ecuador (ENECSDI, PIANE, PAN, entre otros) - Notas y transcripciones de las entrevistas con el equipo técnico de UNICEF - Notas y transcripciones de las entrevistas con los funcionarios de las sedes centrales del MSP, MIES, STECSDI y MINEDUC - Notas y transcripciones de las entrevistas con los funcionarios locales del MSP y MIES	- Revisión documental - Entrevistas semiestructuradas con informantes clave

Pregunta de evaluación	Formación del juicio	Indicadores	Fuentes de información	Métodos de recolección
		instrumentos de política pública de DCI	- Guías de implementación de cada actividad de la estrategia	

Elaboración propia.

Coherencia

Cuadro N° 23: Matriz de evaluación – Coherencia

Pregunta de evaluación	Formación del juicio	Indicadores	Fuentes de información	Métodos de recolección
¿En qué medida la estrategia se complementó y coordinó con otras estrategias implementadas por UNICEF, gobiernos locales y el gobierno nacional?	- Evidencia de la alineación de la estrategia con otras iniciativas de UNICEF en los territorios y del uso compartido de recursos entre ellas - Evidencia de la coordinación interinstitucional en la implementación de las actividades de la estrategia - Evidencia de cómo la estrategia contribuyó a cerrar brechas no atendidas por otras intervenciones o a fortalecer iniciativas existentes	- Grado de articulación o complementariedad entre la estrategia territorial y otras iniciativas de UNICEF en los territorios - Grado de uso compartido de recursos (humanos, técnicos, financieros) entre la estrategia territorial y otras iniciativas de UNICEF - Grado de coordinación con instituciones clave (MIES, MSP, MAATE y GAD parroquiales, cantonales y provinciales) en la implementación de la estrategia territorial - Percepción de los actores clave sobre la contribución de la estrategia para cerrar brechas no atendidas por otras intervenciones o fortalecer iniciativas existentes en los territorios	- Guías de implementación de cada actividad de la estrategia - Actas de reunión de las MIP - Documentación de sistematización de MIP - Notas y transcripciones de las entrevistas con el equipo técnico de UNICEF y socios implementadores - Notas y transcripciones de las entrevistas con presidentes de los GAD parroquiales o coordinadores de las MIP, funcionarios del MSP, MIES y MINEDUC, presidentes de juntas de agua y TAPS - Notas y transcripciones de las entrevistas con los funcionarios de las sedes centrales del	- Revisión documental - Entrevistas semiestructuradas con informantes clave

Pregunta de evaluación	Formación del juicio	Indicadores	Fuentes de información	Métodos de recolección
			MSP, MIES, STECSDI y MINEDUC - Notas y transcripciones de las entrevistas con los presidentes de los GAD cantonales y provinciales	
¿Cuáles fueron los factores internos y externos que facilitaron o limitaron la coordinación y complementariedad de la estrategia con otras intervenciones?	- Evidencia sobre la efectividad de la comunicación y coordinación interna en UNICEF y con los socios implementadores durante la ejecución de la estrategia - Evidencia sobre el nivel de involucramiento y colaboración con los GADS y el gobierno nacional - Evidencia sobre la participación y	- Grado de efectividad[40] en la comunicación entre el equipo de UNICEF Quito y el personal de UNICEF en Imbabura, Pichincha y Chimborazo - Grado de efectividad[41] en la coordinación y comunicación entre UNICEF y los socios implementadores durante la ejecución de la estrategia - Nivel de involucramiento de entidades gubernamentales (locales y nacionales) en la planificación y ejecución de la estrategia territorial - Nivel de involucramiento de actores comunitarios y	- Actas de reunión y documento de sistematización de las MIP - Informe estándar trimestral sobre los progresos realizados de los socios implementadores - Examen final de la asociación del socio implementador - Evaluación interna del socio implementador - Notas y transcripciones de las entrevistas con el equipo técnico de	- Revisión documental - Entrevistas semiestructuradas con informantes clave

[40] La efectividad en la coordinación y comunicación se define como el grado en que los mecanismos implementados permitieron cumplir los objetivos de la estrategia. Esto incluye: (i) claridad, entendida como la capacidad de proporcionar información comprensible, específica y útil para los actores involucrados; (ii) oportunidad, referida a la comunicación y el apoyo brindados en los momentos adecuados para facilitar la planificación e implementación; (iii) colaboración, basada en el trabajo conjunto fluido, la confianza y el intercambio de información relevante; (iv) resolución de conflictos, medida por la capacidad para abordar y solucionar problemas o desacuerdos de manera efectiva y transparente; y (v) alineación de esfuerzos, reflejada en el cumplimiento de metas comunes y la integración de las acciones entre las partes.
[41] Se utiliza la misma definición que en el indicador anterior.

Pregunta de evaluación	Formación del juicio	Indicadores	Fuentes de información	Métodos de recolección
	compromiso de los actores locales - Evidencia sobre las dinámicas políticas, económicas, geográficas o culturales que pueden facilitar o limitar la coordinación y complementariedad	organizaciones de base en la planificación y ejecución de la estrategia - Número de barreras políticas, económicas, geográficas o culturales identificadas que afectaron la coordinación entre actores	UNICEF y socios implementadores - Notas y transcripciones de las entrevistas con presidentes de los GAD parroquiales, coordinadores de las MIP, funcionarios del MSP, funcionarios del MIES, funcionarios del MINEDUC, presidentes de juntas de agua y TAPS - Notas y transcripciones de las entrevistas con los funcionarios de las sedes centrales del MSP, MIES, STECSDI y MINEDUC - Notas y transcripciones de las entrevistas con los presidentes de los GAD cantonales y provinciales	

Elaboración propia.

Efectividad

Cuadro N° 24: Matriz de evaluación – Efectividad

Pregunta de evaluación	Formación del juicio	Indicadores	Fuentes de información	Métodos de recolección
¿En qué medida la estrategia logró los resultados inmediatos e intermedios previstos en la teoría de cambio en las parroquias de interés?	- Evidencia sobre el nivel de coordinación y articulación entre actores clave - Evidencia sobre la adopción de prácticas adecuadas de cuidado y alimentación, así como el uso oportuno de los servicios de salud - Evidencia sobre la derivación de gestantes y casos con factores de riesgo de DCI a los centros de salud - Evidencia sobre la disponibilidad de insumos críticos y la eficiencia en la entrega del paquete priorizado en los centros de salud - Evidencia sobre la calidad y suficiencia del agua, y el acceso a agua segura	- Percepción de los actores clave sobre la participación y la articulación intersectorial en las MIP para la atención de gestantes, niñas y niños menores de 24 meses - Percepción de los actores clave sobre la efectividad de la coordinación y articulación en las MIPs para la atención de gestantes, niñas y niños menores de 24 meses - Percepción de los actores clave sobre el nivel de seguimiento de las acciones definidas en las MIPs para la atención de gestantes, niñas y niños menores de 24 meses - Percepción de efectividad del proceso de notificación y derivación de alertas por parte de vigilantes comunitarios hacia los centros de salud - Percepción sobre el fortalecimiento de conocimientos y capacidades	- Documento de mapeo de actores clave para las MIP - Actas de creación y de reunión de las MIP - Documentos de sistematización de las MIP - Registros o fichas elaborados por los vigilantes comunitarios - Documentos de sistematización de vigilancia epidemiológica comunitaria - Listado de certificación de vigilantes comunitarios elaborados por los socios implementadores - Listado de establecimientos de salud por parroquia - Registros administrativos del MSP	- Revisión documental sobre la planificación, gestión, seguimiento y evaluación de la estrategia - Revisión documental de las actas de reunión de las mesas intersectoriales parroquiales - Entrevistas semiestructuradas con el equipo técnico de UNICEF, socios implementadores y actores locales - Análisis de registros administrativos - Grupos focales con usuarios de los servicios

Pregunta de evaluación	Formación del juicio	Indicadores	Fuentes de información	Métodos de recolección
		de los vigilantes para identificar y notificar factores de riesgo de DCI - Percepción de las gestantes, madres y cuidadores de niñas y niños menores de 24 meses sobre la adopción de prácticas adecuadas de cuidado y alimentación y el uso oportuno de los servicios de salud - Percepción del personal de salud sobre la disponibilidad de insumos críticos (talento humano, equipamiento y bienes y servicios) para la prestación de cada servicio del paquete priorizado - Percepción de los miembros de la junta de agua y de los usuarios sobre la calidad del tratamiento del agua proporcionado por las juntas de agua [42] - Percepción del personal de salud sobre las mejoras en la	- Planes de mejora continua y reportes elaborados por los equipos de mejora continua a nivel de centro de salud - Sistema Unificado y Universal de Seguimiento Nominal – SUUSEN - Censo Nacional del 2022 - Notas y transcripciones de las entrevistas con los presidentes del GAD parroquial o coordinadores de las MIP, funcionarios del MSP, funcionarios del MIES, funcionarios del MINEDUC, responsables de los comités locales de salud, TAPS y presidentes o miembros de las juntas de agua parroquial - Notas y transcripciones de las entrevistas con el	

[42] Según el INEC, los criterios que determinan si un hogar utiliza suministros seguros de agua para beber son: i) el tipo de suministro, ii) el tratamiento aplicado al agua antes de consumirla, iii) la proximidad del suministro al hogar y iv) la suficiencia de agua disponible. A partir de esta definición, se propone adaptar el enfoque para evaluar las condiciones de los sistemas de agua, utilizando 1 de los 4 criterios definidos por el INEC. De esta manera, para determinar si un sistema de agua cuenta con condiciones adecuadas, se considera el tratamiento aplicado al agua.

Pregunta de evaluación	Formación del juicio	Indicadores	Fuentes de información	Métodos de recolección
		provisión del paquete priorizado	equipo técnico de UNICEF - Notas y transcripciones de los grupos focales con los usuarios de los servicios - Documentos de programa elaborados por los socios implementadores - Informes trimestrales sobre los progresos realizados de los socios implementadores - Documentos de examen final de la asociación elaborados por los socios implementadores - Evaluación interna del socio implementador - Notas y transcripciones de las entrevistas con los socios implementadores (FLACSO, FOCI, SESP, ESPOCH y CIMAS)	
¿La estrategia generó resultados no planificados? Si los hubo, ¿qué condiciones	- Evidencia sobre la capacidad de la estrategia de generar resultados positivos no planificados	- Percepción sobre el nivel de resultados no planificados en las parroquias intervenidas	- Documentos de planificación, gestión, seguimiento y evaluación de la estrategia	- Revisión documental sobre la planificación, gestión, seguimiento y

Pregunta de evaluación	Formación del juicio	Indicadores	Fuentes de información	Métodos de recolección
habilitantes permitirían replicarlos en nuevas áreas geográficas?	- Evidencia sobre la capacidad de la estrategia de gestionar acciones correctivas necesarias ante resultados negativos no planificados - Evidencia sobre las condiciones habilitantes identificadas que podrían facilitar la replicabilidad de los resultados positivos no planificados	- Percepción sobre la replicabilidad y gestión[43] de resultados no planificados. - Número de condiciones habilitantes identificadas para la replicabilidad de los resultados no planificados	- Notas y transcripciones de las entrevistas con el equipo técnico de UNICEF y los actores locales clave	evaluación de la estrategia - Entrevistas semiestructuradas con el equipo técnico de UNICEF y actores locales

Elaboración propia.

[43] La gestión incluye acciones correctivas necesarias para mitigar impactos negativos de resultados no planificados.

Eficiencia

Cuadro N° 25: Matriz de evaluación – Eficiencia

Pregunta de evaluación	Formación del juicio	Indicadores	Fuentes de información	Métodos de recolección
¿Los recursos financieros y no financieros, incluido el tiempo de intervención, contribuyeron al logro de resultados previstos en la teoría de cambio?	- Evidencia sobre la capacidad de la estrategia para utilizar los recursos financieros y no financieros dentro del presupuesto asignado - Evidencia sobre la capacidad de la estrategia para emplear los recursos financieros y no financieros dentro del plazo establecido - Evidencia sobre la cómo la participación de los actores ha influido en el cumplimiento oportuno y eficiente de las actividades programadas - Evidencia sobre la gestión del gasto operativo, considerando un rango	- Porcentaje de fases de ejecución reportadas por los socios implementadores en las que las actividades planificadas se completaron dentro del presupuesto definido - Percepción de los socios implementadores sobre la relación entre los recursos asignados y el nivel de cumplimiento efectivo de las actividades planificadas[44] - Variación del costo unitario de implementación de la estrategia territorial por socio implementador	- Documentos de programa elaborado por los socios implementadores - Informes trimestrales sobre los progresos realizados de los socios implementadores - Documentos trimestrales de autorización de financiación y certificado de gastos de los socios implementadores - Notas y transcripciones de las entrevistas con los socios implementadores (FLACSO, FOCI,	- Revisión documental - Entrevistas semiestructuradas con informantes clave

[44] El uso ineficiente de recursos se refiere a situaciones en las que los recursos asignados (como tiempo, financiamiento o insumos) no logran un impacto proporcional en la implementación efectiva de las actividades. Ejemplos de esto incluyen capacitaciones en las que solo un número reducido de personas aplica los conocimientos adquiridos, talleres o reuniones con una asistencia significativamente menor a la esperada, o convocatorias a mesas intersectoriales donde la participación de actores clave es insuficiente o inexistente.

Pregunta de evaluación	Formación del juicio	Indicadores	Fuentes de información	Métodos de recolección
	eficiente y adecuado al contexto del programa	durante el primer periodo operativo - Porcentaje del gasto operativo sobre el gasto total del programa[45]	SESP, ESPOCH y CIMAS)	
¿En qué medida las acciones adoptadas durante la planificación e implementación de la estrategia contribuyeron a mejorar la eficiencia en el uso de recursos?	- Evidencia sobre la capacidad de las guías de implementación de la estrategia para maximizar la eficiencia en el uso de recursos - Evidencia sobre los ajustes realizados en la asignación presupuestaria o la reorientación de recursos, con el fin de optimizar la gestión de recursos - Evidencia sobre la capacidad de la estrategia para incorporar recomendaciones de los socios implementadores en basados en las lecciones aprendidas	- Percepción de los socios implementadores sobre la efectividad de las guías de implementación de la estrategia como herramientas para optimizar el uso de recursos y alcanzar los objetivos planificados - Percepción del equipo técnico de UNICEF sobre la integración de las recomendaciones de los socios implementadores en la implementación de la estrategia - Percepción de los socios implementadores sobre cómo los ajustes	- Informes trimestrales sobre los progresos y otros documentos realizados de los socios implementadores - Formularios de modificación de los documentos de programa - Evaluaciones internas de los socios implementadores - Notas y transcripciones de las entrevistas con los socios implementadores (FLACSO, FOCI, SESP, ESPOCH y CIMAS) - Notas y transcripciones de las entrevistas con	- Revisión documental - Entrevistas semiestructuradas con informantes clave

[45] Se establece que el gasto operativo no debe exceder el 15% del gasto total del programa. Este indicador se mide según lo reportado por cada socio implementador.

Pregunta de evaluación	Formación del juicio	Indicadores	Fuentes de información	Métodos de recolección
		presupuestarios[46] contribuyeron a la optimización del uso de recursos	el equipo técnico de UNICEF	

Elaboración propia.

[46] Los ajustes presupuestarios se refieren a la diferencia entre el presupuesto aprobado mediante adenda y el monto total ejecutado por los socios implementadores durante un periodo determinado.

Impacto

Cuadro N° 26: Matriz de evaluación - Impacto

Pregunta de evaluación	Formación del juicio	Indicadores	Fuentes de información	Métodos de recolección
¿Qué cambios específicos generó la implementación de la estrategia en las parroquias intervenidas, en contraste con aquellas donde no se llevó a cabo?	- Evidencia de cambios significativos en las variables analizadas entre las parroquias intervenidas y las no intervenidas - Evidencia de la magnitud del cambio en las variables analizadas	- Proporción de variables analizadas (DCI, control del niño sano, vacunación, control prenatal, bajo peso al nacer, talla al nacer y prematuridad) que muestran cambios positivos y estadísticamente significativos - Magnitud del cambio en cada variable analizada	- Documento “Actualización del análisis de los efectos de las intervenciones implementadas en parroquias de las provincias de Imbabura, Pichincha y Chimborazo en variables como peso al nacer, controles prenatales, entre otras” de Guzmán, W. (2025)	- Revisión documental
¿Qué factores relacionados con las características de las parroquias y la implementación de la estrategia explican la heterogeneidad observada en los impactos y cómo estás fueron incorporadas en la estrategia?	- Evidencia sobre la heterogeneidad en la implementación de las actividades de la estrategia entre parroquias - Evidencia sobre el nivel de participación y compromiso de los actores locales clave y la población - Evidencia sobre las barreras y	- Porcentaje de actividades de la estrategia implementadas por parroquia - Duración promedio de la implementación de cada actividad de la estrategia el apoyo de UNICEF por parroquia - Grado de participación y compromiso de las autoridades locales en cada parroquia durante la	- Documentos del programa elaborado por los socios implementadores - Informes trimestrales sobre los progresos realizados de los socios implementadores - Evaluaciones internas de los socios implementadores - Notas y transcripciones de las entrevistas con los presidentes del GAD parroquial o coordinadores	- Revisión documental - Entrevistas semiestructuradas con informantes clave - Grupos focales con usuarios de los servicios

Pregunta de evaluación	Formación del juicio	Indicadores	Fuentes de información	Métodos de recolección
	facilitadores en la implementación identificados por parroquia	implementación de la estrategia - Grado de participación de la población en las actividades de la estrategia por parroquia - Número de barreras y facilitadores identificados en cada parroquia que afectaron la implementación de las actividades de la estrategia	de las MIP, funcionarios del MSP y MIES, responsables de los comités locales de salud, TAPS y presidentes o miembros de las juntas de agua parroquial - Notas y transcripciones de las entrevistas con los presidentes de los GAD cantonales y provinciales - Notas y transcripciones de las entrevistas con el personal de UNICEF en territorio y socios implementadores - Notas y transcripciones de los grupos focales con los usuarios de los servicios	
¿Cómo la estrategia territorial generó cambios en normativas, políticas o en la provisión y ampliación de servicios del Estado relacionados con la prevención y reducción de la DCI?	- Evidencia sobre los cambios promovidos por la estrategia en normativas, políticas públicas y mecanismos de provisión o ampliación de servicios del Estado, derivados de las acciones de abogacía y	- Número de actividades de la estrategia adoptadas e institucionalizadas por el gobierno - Número de normativas o políticas locales adoptadas o modificadas como resultado de la estrategia local - Percepción de actores clave sobre la influencia de	- Normativas, resoluciones, políticas locales y nacionales adoptadas o modificadas durante el período de implementación de la estrategia - Notas y transcripciones de las entrevistas con el equipo técnico de UNICEF - Notas y transcripciones de las entrevistas con los	- Revisión documental - Entrevistas semiestructuradas con informantes clave

Pregunta de evaluación	Formación del juicio	Indicadores	Fuentes de información	Métodos de recolección
	coordinación intersectorial	la estrategia en decisiones políticas o en la provisión de servicios públicos	presidentes del GAD parroquial, funcionarios del MSP, funcionarios del MIES y responsables de los comités locales de salud - Notas y transcripciones de las entrevistas con los funcionarios de las sedes centrales del MSP, MIES, STECSDI y MINEDUC - Notas y transcripciones de las entrevistas con los presidentes de los GAD cantonales y provinciales	

Elaboración propia.

Sostenibilidad

Cuadro N° 27: Matriz de evaluación – Sosteniblidad

Pregunta de evaluación	Formación del juicio	Indicadores	Fuentes de información	Métodos de recolección
¿Qué factores habilitantes y limitantes, presentes en las parroquias y comunidades, determinan la sostenibilidad de los resultados de la estrategia tras el cese de operaciones de UNICEF, y de qué manera han sido abordados por la estrategia local?	- Evidencia sobre la continuidad institucional de las actividades de la estrategia - Evidencia sobre la apropiación local de las actividades de la estrategia por parte de las comunidades - Evidencia de cómo se abordaron, durante la implementación, los factores limitantes que afectan la continuidad de la estrategia	- Porcentaje de actividades de la estrategia que continúan implementándose después del retiro del apoyo de UNICEF - Presencia y funcionamiento de mecanismos financieros, sociales e institucionales establecidos para la continuidad de los resultados por actividad - Percepción de los actores clave sobre cómo se gestionaron los factores limitantes identificados para garantizar la sostenibilidad de los resultados - Nivel de consolidación de las actividades de la estrategia, según respaldo político formal, participación comunitaria activa y recursos locales asignados - Existencia de medidas orientadas a la sostenibilidad en las guías de implementación de la estrategia	- Documentos del programa elaborado por los socios implementadores - Informes trimestrales sobre los progresos realizados de los socios implementadores - Evaluaciones internas de los socios implementadores - Documento de sistematización de las MIP - Notas y transcripciones de las entrevistas con los presidentes del GAD parroquial o coordinadores de las MIP, funcionarios del MSP, funcionarios del MIES, responsables de los comités locales de salud, TAPS y presidentes o miembros de las juntas de agua parroquial - Notas y transcripciones de las entrevistas con los socios implementadores - Notas y transcripciones de las entrevistas con el personal de UNICEF en territorio	- Revisión documental - Entrevistas semiestructuradas con informantes clave - Grupos focales con usuarios de los servicios

Pregunta de evaluación	Formación del juicio	Indicadores	Fuentes de información	Métodos de recolección
			- Notas y transcripciones de los grupos focales con los usuarios de los servicios	
¿Cuáles son las principales lecciones aprendidas y buenas prácticas relacionadas con la sostenibilidad programática, financiera y de gestión de la estrategia?	- Evidencia de buenas prácticas documentadas y su relevancia para la sostenibilidad - Evidencia de recomendaciones implementadas con éxito a partir de las lecciones aprendidas - Evidencia de ajustes en guías y herramientas operativas basados en lecciones aprendidas - Evidencia de espacios creados para compartir buenas prácticas y lecciones entre parroquias	- Número de buenas prácticas identificadas durante la implementación de la estrategia - Grado de adopción de las recomendaciones basadas en las lecciones aprendidas en las actividades y herramientas operativas - Percepción de los actores clave sobre la utilidad de los espacios de intercambio para fortalecer la implementación de la estrategia	- Documentos del programa elaborado por los socios implementadores - Informes trimestrales sobre los progresos realizados de los socios implementadores - Evaluaciones internas de los socios implementadores - Documentos de examen final de la asociación con los socios implementadores - Guías de implementación de los componentes de la estrategia territorial - Notas y transcripciones de las entrevistas con los presidentes del GAD parroquial o coordinadores de las MIP, responsables de los comités locales de salud, TAPS y presidentes o miembros de la junta de agua - Notas y transcripciones de las entrevistas con los socios implementadores	- Revisión documental - Entrevistas semiestructuradas con informantes clave - Grupos focales con usuarios de los servicios

Pregunta de evaluación	Formación del juicio	Indicadores	Fuentes de información	Métodos de recolección
			- Notas y transcripciones de los grupos focales con los usuarios de los servicios	

Elaboración propia.

Anexo 11: Reformulación y ajuste de indicadores

Cuadro N° 28: Reformulación y ajuste de indicadores de evaluación

Criterio de evaluación	Indicador planteado en inception report	Nuevo indicador	Justificación
Pertinencia	Percepción de los actores locales sobre si la estrategia ha sido adecuada a las particularidades de sus territorios		El tema de adecuación territorial ya se aborda de manera suficiente en otros indicadores de pertinencia, por lo que este resultaría redundante.
	Número de mecanismos implementados para la retroalimentación para los usuarios	Existencia de mecanismos de retroalimentación implementados a nivel institucional y comunitario	Se amplía el enfoque para distinguir entre mecanismos a nivel institucional (socios–UNICEF) y comunitario (usuarios), dado que su existencia y funcionamiento no necesariamente es homogéneo.
	Grado de incorporación de los enfoques de género, derechos humanos e inclusividad en las guías de implementación y documentos de ejecución de las actividades de la estrategia	Grado de incorporación de los enfoques de género, derechos humanos e inclusividad en las guías de implementación de las actividades de la estrategia	Se acota el análisis únicamente a las guías de implementación, dado que no se identificaron documentos de ejecución con información sobre los enfoques de género, derechos humanos e inclusividad.
Coherencia	Grado de participación de los gobiernos locales y gobierno nacional en las actividades de planificación y ejecución de la estrategia	Nivel de involucramiento de entidades gubernamentales (locales y nacionales) en la planificación y ejecución de la estrategia territorial	Se reformula para enfatizar el "nivel de involucramiento", capturando no solo la presencia, sino también la calidad de la participación de los actores gubernamentales.
	Grado de participación de los actores locales en las actividades de planificación y ejecución de la estrategia	Nivel de involucramiento de actores comunitarios y organizaciones de base en la planificación y ejecución de la estrategia	Se reformula para enfatizar el "nivel de involucramiento", capturando no solo la

Criterio de evaluación	Indicador planteado en inception report	Nuevo indicador	Justificación
			presencia, sino también la calidad de la participación de los actores.
Efectividad	Porcentaje de actores clave que coordinan y articulan para la atención de gestantes, niñas y niños menores de 24 meses	Percepción de los actores clave sobre la participación y la articulación intersectorial en las MIP para la atención de gestantes, niñas y niños menores de 24 meses	Se reformula este indicador debido a que no existe un registro sistemático de participación en las MIP. En su lugar, se captura la percepción cualitativa sobre la participación y la articulación intersectorial, lo que permite evaluar la efectividad de la coordinación interinstitucional según las experiencias y opiniones de los actores clave involucrados.
	Número de gestantes, niñas y niños menores de 24 meses derivados al centro de salud por presentar algún factor de riesgo	Percepción de efectividad del proceso de notificación y derivación de alertas por parte de vigilantes comunitarios hacia los centros de salud Percepción sobre el fortalecimiento de conocimientos y capacidades de los vigilantes para identificar y notificar factores de riesgo de DCI	Se reformula dado que no existe un registro formal y sistemático de derivaciones; se evalúa en base a la percepción del funcionamiento del proceso de notificación y derivación, así como el fortalecimiento de capacidades de los vigilantes para identificar y notificar factores de riesgo relacionados con la DCI.
	Percepción de los miembros de la junta de agua y de los usuarios sobre la calidad del tratamiento del agua y la suficiencia del suministro proporcionado por las juntas de agua	Percepción de los miembros de la junta de agua y de los usuarios sobre la calidad del tratamiento del agua proporcionado por las juntas de agua	Este indicador se enfoca exclusivamente en la calidad del tratamiento del agua, que es el objeto directo de intervención de la estrategia. Al centrar el indicador en este aspecto específico, se asegura que la medición refleje la efectividad de las acciones de mejora implementadas en el marco de la estrategia.

Criterio de evaluación	Indicador planteado en inception report	Nuevo indicador	Justificación
	Porcentaje de gestantes, niñas y niños menores de 24 meses que acuden oportunamente al centro de salud	Proporción de mujeres embarazadas que completaron al menos cinco controles prenatales durante la gestación	Se cuenta con información administrativa para el cálculo de los indicadores propuestos.
		Proporción de partos atendidos por personal de salud calificado	
		Proporción de partos ocurridos en establecimientos de salud	
	Porcentaje de gestantes, madres y cuidadores de niñas y niños menores de 24 meses que adoptan prácticas adecuadas de cuidado y alimentación	Reporte de gestantes, madres y cuidadores de haber recibido consejería durante los talleres del CIPSN y controles prenatales y del niño sano	Se utiliza como fuente de información lo reportado en los grupos focales, lo que permite evaluar la percepción de las gestantes, madres y cuidadores.
		Reporte de gestantes, madres y cuidadores sobre su conocimiento de prácticas de alimentación y cuidado adecuadas	
		Reporte de gestantes, madres y cuidadores sobre el reconocimiento de la importancia de acudir a los controles prenatales y del niño sano como parte del cuidado infantil	
		Reporte de aplicación de prácticas de cuidado y alimentación por parte de las gestantes, madres y cuidadores.	

Criterio de evaluación	Indicador planteado en inception report	Nuevo indicador	Justificación
	Porcentaje de hogares con gestantes y niñas y niños menores de 24 meses que acceden a agua segura	Cercanía del suministro de agua a la vivienda Tratamiento que da el hogar al agua antes de beberla	La única fuente de datos administrativos que cuenta con información a nivel parroquial sobre el acceso a agua es el censo nacional. Ambos indicadores propuestos están disponibles para los años 2010 y 2022.
	Porcentaje de centros de salud que mejoran la eficiencia en la entrega del paquete priorizado		La medición de este indicador no fue posible debido a la falta de registros sistemáticos sobre las mejoras implementadas en los centros de salud. No se encontró información administrativa suficiente para evaluar el porcentaje de centros que mejoraron la eficiencia en la entrega del paquete priorizado.
Eficiencia	Porcentaje de actividades planificadas por los socios implementadores que se completaron dentro del plazo y presupuesto definidos.	Porcentaje de fases de ejecución reportadas por los socios implementadores en las que las actividades planificadas se completaron dentro del presupuesto definido	Ajuste para considerar el avance por fases reportadas y no actividades individuales, adaptándose a la estructura de información
	Grado de variación trimestral del gasto ejecutado por actividad, considerando el costo unitario de implementación	Variación del costo unitario de implementación de la estrategia territorial por socio implementador durante el primer periodo operativo	Se ajusta al primer periodo de ejecución para poder comparar la eficiencia de gasto entre socios implementadores.
Sostenibilidad	Número de barreras y facilitadores identificados en cada parroquia que afectaron la implementación de las actividades de la estrategia	Percepción de las barreras y facilitadores identificados en cada parroquia que afectaron la implementación de las actividades de la estrategia.	Se opta por un enfoque cualitativo para profundizar en cómo los actores clave perciben la influencia de la estrategia, qué

Criterio de evaluación	Indicador planteado en inception report	Nuevo indicador	Justificación
			factores consideran relevantes y cómo interpretan sus efectos en el contexto local.
	Proporción de actores clave que perciben que la estrategia influyó en decisiones políticas o en la provisión de servicios públicos	Percepción de los actores clave sobre la influencia de la estrategia en decisiones políticas o en la provisión de servicios públicos.	Se reformula mediante un enfoque cualitativo para obtener una visión más completa de las barreras y facilitadores, explorando cómo los actores interpretan y explican los desafíos y apoyos en la implementación.
Sostenibilidad	Número de mecanismos financieros, sociales e institucionales establecidos para la continuidad de los resultados por actividad	Presencia y funcionamiento de mecanismos financieros, sociales e institucionales establecidos para la continuidad de los resultados por actividad	Se amplía el análisis: no solo se contabiliza el número de mecanismos, sino también su funcionamiento efectivo.
	Número de actividades de la estrategia con respaldo político formal, participación comunitaria activa y recursos locales asignados	Nivel de consolidación de las actividades de la estrategia, según respaldo político formal, participación comunitaria activa y recursos locales asignados	Se reformula para evaluar no solo la cantidad de actividades, sino el grado en que están consolidadas en términos de apoyo político, participación y financiamiento local, proporcionando un análisis más cualitativo y robusto.
	Percepción de los actores clave sobre la utilidad y efectividad de las guías de implementación como herramientas prácticas para su uso autónomo	Existencia de medidas orientadas a la sostenibilidad en las guías de implementación de la estrategia	Se ajusta el foco del indicador: se prioriza identificar si las guías contemplan medidas que favorezcan la sostenibilidad de las acciones en el territorio, más allá de su utilidad operativa inmediata, que es analizada en eficiencia.

Criterio de evaluación	Indicador planteado en inception report	Nuevo indicador	Justificación
	Grado de utilización de los espacios de intercambio creados para compartir buenas prácticas y lecciones aprendidas entre las parroquias intervenidas		Se responde mediante el indicador de "Percepción de los actores clave sobre la utilidad de los espacios de intercambio para fortalecer la implementación de la estrategia".

Elaboración propia.

Anexo 12: Ejecución financiera por fase de implementación y socio implementador

El siguiente cuadro detalla monto autorizado, el gasto real ejecutado y el gasto operativo, así como los indicadores de ejecución presupuestal y la proporción de gasto operativo respecto al gasto real, según socio implementador y documento de reporte.

Cuadro N° 29: Gasto operativo y gasto real según socio implementador y documentos

Socio implementador	Documento	Monto autorizado	Gasto real	Gasto operativo	Ejecución Presupuestal (%)	Proporción de Gasto Operativo sobre Gasto Real (%)
ESPOCH	FACE 4	15,360.36	15,269.58	0.00	99.41%	0.00%
FLACSO IMBABURA	FACE FINAL	49,261.50	49,261.50	0.00	100.00%	0.00%
FLACSO IMBABURA	FACE 3	101,234.40	51,972.90	80.37	51.34%	0.15%
FLACSO IMBABURA	FACE 5	101,234.40	51,972.90	80.37	51.34%	0.15%
ESPOCH	FACE 3	40,276.59	24,916.23	41.56	61.86%	0.17%
SESP 3	FACE SESP	46,387.17	46,369.37	108.26	99.96%	0.23%
ADRA	FACE FINAL	242,519.00	244,149.60	600.00	100.67%	0.25%
SESP 2	FACE 5	67,827.00	29,282.03	119.93	43.17%	0.41%
FOCI	FACE 4	75,990.01	74,689.38	374.00	98.29%	0.50%
FLACSO CHIMBORAZO	FACE 7	61,819.47	27,210.91	211.39	44.02%	0.78%
FLACSO CHIMBORAZO	FACE 6	84,296.40	22,669.47	233.50	26.89%	1.03%
FLACSO CHIMBORAZO	FACE 9	79,048.55	41,070.54	458.93	51.96%	1.12%
FOCI	FACE 2	55,175.73	43,078.94	561.00	78.08%	1.30%
SESP 3	FACE LIQ 1	128,368.67	82,003.28	1,108.26	63.88%	1.35%
FOCI	FACE 3	53,561.69	25,483.97	374.00	47.58%	1.47%
ADRA	FACE LIQ	264,356.69	158,640.44	2,406.80	60.03%	1.52%
SESP 2	FACE LIQ 3 DCT 3	47,399.94	23,710.74	359.72	50.02%	1.52%
FLACSO IMBABURA	FACE 2	89,152.00	70,025.60	1,393.84	78.55%	1.99%
SESP	FACE 4	82,985.69	82,985.69	1,823.68	100.00%	2.20%

Socio implementador	Documento	Monto autorizado	Gasto real	Gasto operativo	Ejecución Presupuestal (%)	Proporción de Gasto Operativo sobre Gasto Real (%)
SESP 2	FACE LIQ SESP VIGILANCIA	38,545.29	35,253.17	810.63	91.46%	2.30%
FLACSO CHIMBORAZO	FACE 3	100,024.63	70,394.21	1,688.50	70.38%	2.40%
SESP 2	FACE LIQ DCT 1	105,113.99	79,628.98	1,976.15	75.75%	2.48%
FLACSO CHIMBORAZO	FACE 2	68,496.00	49,161.38	1,342.21	71.77%	2.73%
SESP 2	FACE 3	95,351.34	48,212.45	1,413.66	50.56%	2.93%
ESPOCH	FACE 2	39,553.64	29,529.87	964.82	74.66%	3.27%
FLACSO CHIMBORAZO	FACE 5	162,865.73	45,135.38	1,688.50	27.71%	3.74%
SESP	FACE 2	154,276.40	127,739.58	7,861.87	82.80%	6.15%
SESP 3	FACE 2 LIQ 1	120,000.00	40,242.15	2,898.81	33.54%	7.20%
ADRA	FACE 1	0.00	0.00	0.00	-	-
ESPOCH	FACE 1	0.00	0.00	0.00	-	-
FLACSO CHIMBORAZO	FACE 1	0.00	0.00	0.00	-	-
FLACSO IMBABURA	FACE 1	0.00	0.00	0.00	-	-
FOCI	FACE 1	0.00	0.00	0.00	-	-
SESP	FACE 1	0.00	0.00	0.00	-	-
SESP 2	FACE 1	0.00	0.00	0.00	-	-
SESP 3	FACE 1	0.00	0.00	0.00	-	-

Elaboración propia.

Anexo 13: Costo unitario de implementación de la estrategia territorial por socio implementador durante el primer periodo operativo

A continuación, se presenta el detalle del gasto unitario mensual por actividad, asociado al socio implementador, el periodo de implementación, y cantidades.

Cuadro N° 30: Costo unitario de la implementación de la estrategia, según actividades y socio implementador

Actividad	Unidad de comparación	Socio implementador	Actividad relacionada	Periodo de inicio de implementación	Gastos reales del proyecto por actividad	Cantidad	Gasto unitario	Gasto unitario por actividad mensual
Mesas intersectoriales parroquiales	Mesas intersectoriales parroquiales	FLACSO - Chimborazo	R1. Mesas Intersectoriales	Setiembre/2023 - Noviembre/2023	17,767.54	4	4,441.89	1,480.63
		FOCI	Resultado 1: Mesas cantonales intersectoriales e interinstitucionales de Otavalo y Cotacachi implementadas como modelos de gestión local, cuentan con instrumentos jurídicos y de planificación conjunta, para el abordaje de la	Octubre/2019 - Diciembre/2019	10,396.80	2	5,198.40	1,732.80

Actividad	Unidad de comparación	Socio implementador	Actividad relacionada	Periodo de inicio de implementación	Gastos reales del proyecto por actividad	Cantidad	Gasto unitario	Gasto unitario por actividad mensual
			desnutrición infantil.					
			Resultado 2: Mesas parroquiales intersectoriales e interinstitucionales de 2 parroquias de Otavalo (por definirse) implementadas con instrumentos jurídicos y de planificación conjunta, y seguimiento a las mesas intersectoriales constituidas en las parroquias de Angochagua, La Esperanza, Imantag y Miguel Egas Cabezas, para el abordaje de la desnutrición infantil.	Octubre/2019 - Diciembre/2019				
		SESP	Producto 1: Gobiernos y Mesas Intersectoriales Parroquiales con	Noviembre/2021 - Diciembre/2021	2,684.94	5	536.99	107.40

Actividad	Unidad de comparación	Socio implementador	Actividad relacionada	Periodo de inicio de implementación	Gastos reales del proyecto por actividad	Cantidad	Gasto unitario	Gasto unitario por actividad mensual
			modelos de gestión fortalecidos					
Modelos de vigilancia epidemiológica de base comunitaria	Vigilantes comunitarios capacitados	SESP	Resultado 2: Sistemas de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria COVID 19 y de Monitoreo de Servicios Esenciales de Salud organizados en las parroquias rurales de Angochagua (Cantón Ibarra), Imantag (Cantón Cotacachi), Miguel Egas Cabeza, González Suárez y San Rafael de Laguna (Cantón Otavalo) de la Provincia de Imbabura; y, Olmedo y Cangahua (Cantón Cayambe) de la Provincia de Pichincha	Septiembre 2020 - Enero 2021	93,567.98	277	337.79	67.56

Actividad	Unidad de comparación	Socio implementador	Actividad relacionada	Periodo de inicio de implementación	Gastos reales del proyecto por actividad	Cantidad	Gasto unitario	Gasto unitario por actividad mensual
			Resultado 3: Sistemas de de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria covid-19 y Monitoreo de Servicios Esenciales de Salud implementados	Septiembre 2020 - Enero 2021				
		FLACSO - Chimborazo/Imbabura	Resultado 2: Vigilantes epidemiológicos comunitarios	Setiembre/2023 - Noviembre/2023	9,256.13	39	237.34	79.11
Ciclos de mejora continua de los servicios de salud del paquete priorizado	Centros de salud en los que se aplicó los ciclos de mejora continua	FLACSO - Imbabura	Resultado 2: Implementación de la guía metodológica	Octubre/2022 - Enero/2023	16,185.20	4	4,046.30	1,011.58
		ESPOCH	Producto 1: Documento con criterios técnicos para la selección de unidades prestadoras de servicios (salud y desarrollo infantil) definido y aprobado.	Diciembre/2021 - Febrero/2022	26,217.95	3	8,739.32	2,913.11
			Producto 2: Documento con Cronograma para la aplicación de la	Diciembre/2021 - Febrero/2022				

Actividad	Unidad de comparación	Socio implementador	Actividad relacionada	Periodo de inicio de implementación	Gastos reales del proyecto por actividad	Cantidad	Gasto unitario	Gasto unitario por actividad mensual
			metodología, definido y aprobado.					
			Producto 3: Número de visitas para el levantamiento de rutas del paciente, del personal y del equipamiento e insumos, levantadas (ES+CNH)	Diciembre/2021 - Febrero/2022				
			Producto 4: Documento de análisis de la implementación de la GM, retroalimentado	Diciembre/2021 - Febrero/2022				

Elaboración propia.

Anexo 14: Continuidad de los componentes de la estrategia territorial al 2025 a nivel parroquial

Cuadro N° 31: Continuidad de la implementación de actividades de la estrategia a nivel parroquial

	Implementación 2015-2024						Continuación 2025						Número de actividades implementadas	Número de actividades que continúan	Porcentaje de actividades que continúan implementándose
	MIP	CIPSN	VEC	SBC	CMC	WASH	MIP	CIPSN	VEC	SBC	CMC	WASH			
Imbabura															
Mariano Acosta	Sí	Sí					Sí	No					2	1	**50%**
Chugá	Sí						Sí						1	1	**100%**
Angochagua	Sí	Sí					Sí	Sí					2	2	**100%**
La Esperanza	Sí	Sí					Sí	No					2	1	**50%**
Imantag	Sí	Sí	Sí		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		No	No	5	3	**60%**
San Rafael	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	6	4	**67%**
Miguel Egas Cabezas	Sí	Sí	Sí			Sí	Sí	Sí	Sí			No	4	3	**75%**
Cangahua	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	No	No	6	2	**33%**
Chimborazo															
Achupallas	Sí		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí	No	No	Sí	5	3	**60%**
Alausí	Sí		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí	No	Sí	No	5	3	**60%**
Sibambe	Sí		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí	No	No	No	5	2	**40%**
Tixán	Sí		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí	No	No	No	5	2	**40%**
Licán	Sí		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí	No	Sí	Sí	5	4	**80%**
Lizarzaburu	Sí		Sí	Sí	Sí		Sí		Sí	No	Sí		4	3	**75%**
Maldonado	Sí		Sí	Sí			Sí		Sí	No			3	2	**67%**
Veloz	Sí		Sí	Sí	Sí		No		Sí	No	No		4	1	**25%**

Elaboración propia

Anexo 15: Aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación

Anexo 16: Términos de Referencia

Implementación de una evaluación formativa de la Estrategia territorial de prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil de UNICEF en Imbabura y Chimborazo entre 2015 y 2024

1. ANTECEDENTES

1.1. Contexto

La desnutrición crónica en niñas y niños menores de 2 años ha sido un reto pendiente para el país. Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC, en 2004 esta problemática afectaba al 21.3% de las niñas y los niños menores de 2 años; dieciocho años después este indicador se ubicó en 20.1%[47]. Adicionalmente, en el 2022, las brechas continúan desfavoreciendo a ciertos grupos; por ejemplo, la desnutrición crónica en niños y niñas indígenas menores de dos años llega al 33.4%, mientras que en los mestizos al 19.2%[48].

Como respuesta a esta problemática el Ecuador ha tenido varias estrategias para la prevención de la desnutrición crónica infantil en los últimos 20 años. Sin embargo, a partir del 2010, el país reconoce la multicausalidad de la problemática y plantea políticas intersectoriales para abordar los determinantes de la malnutrición. En 2014 el Gobierno del Ecuador empieza a construir la Estrategia Nacional Intersectorial de Primera Infancia (Infancia Plena), iniciativa que buscaba fomentar el desarrollo integral de los y las niñas menores de cinco años a través del involucramiento de los ministerios de salud, educación e inclusión económica y social, además de los gobiernos municipales y parroquiales, y de la comunidad en general. Al momento el Ecuador cuenta con el Plan Estratégico Intersectorial para la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil[49].

Por otro lado, en noviembre del 2015, en coordinación con la Organización Panamericana de Salud, UNICEF, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Ministerio de Agricultura, en el marco de un programa multiagencial, las instituciones participantes realizaron un análisis sobre la situación de la nutrición en el país. Entre los resultados encontrados se puede destacar que el enfoque de la desnutrición crónica era restringido al componente alimentario y curativo, sin tener en cuenta otros determinantes como condiciones de la vivienda, agua, saneamiento e higiene, educación de la madre, etc.; faltaba pertinencia cultural y contextualización territorial de las intervenciones diseñadas a nivel central; hubo esfuerzos institucionales dispersos, duplicidad de acciones y la inexistente participación

[47] Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC. Disponible en: Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil - ENDI (ecuadorencifras.gob.ec)
[48] Ibid.
[49] https://www.infancia.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-Intersectorial.pdf

de los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD) en la ejecución de acciones contra la desnutrición.

UNICEF en Ecuador inició en 2015 su intervención en Imbabura, territorio priorizado para este programa multiagencial, para contribuir con la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil y ha permanecido en ese territorio desde el 2015 hasta la actualidad. El objetivo de las intervenciones ha sido fortalecer las capacidades, empoderamiento y corresponsabilidad de los diferentes niveles del gobierno, comunidad y familia para una gestión compartida a favor del cuidado integral de salud y nutrición de las niñas, niños y mujeres gestantes.

Algunos ejercicios econométricos realizados con la utilización de los registros de nacimientos publicados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos, a través de la implementación de la metodología de diferencias en diferencias, muestran ciertos impactos en algunos indicadores como el número de controles prenatales, bajo peso al nacer, semanas de gestación, entre otros. A continuación, algunos gráficos que muestran los efectos en el número de control prenatales en tres grupos de parroquias dependiendo del año en que inició el programa:

Gráfico 1: Número de controles prenatales para las parroquias intervenidas desde el 2015 (Angochagua, Chuga, Mariano Acosta)

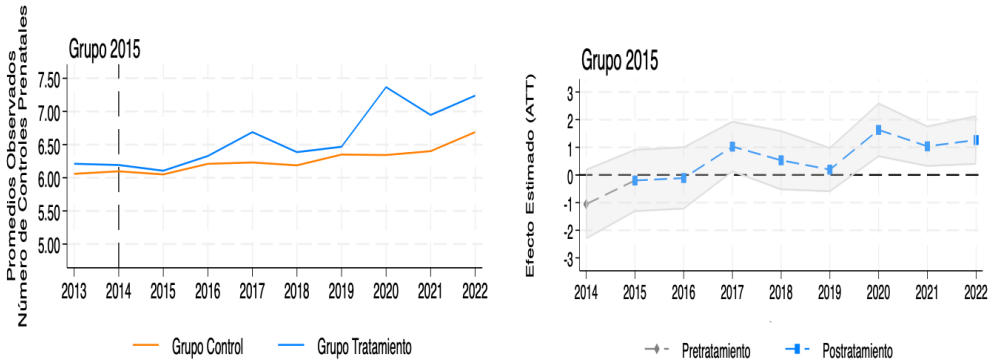


Gráfico 2: Número de controles prenatales para las parroquias intervenidas desde el 2016 (La Esperanza e Imantag)

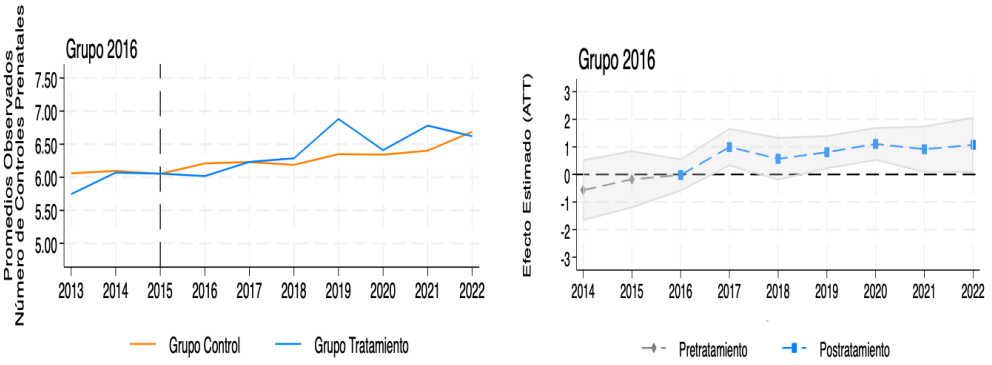
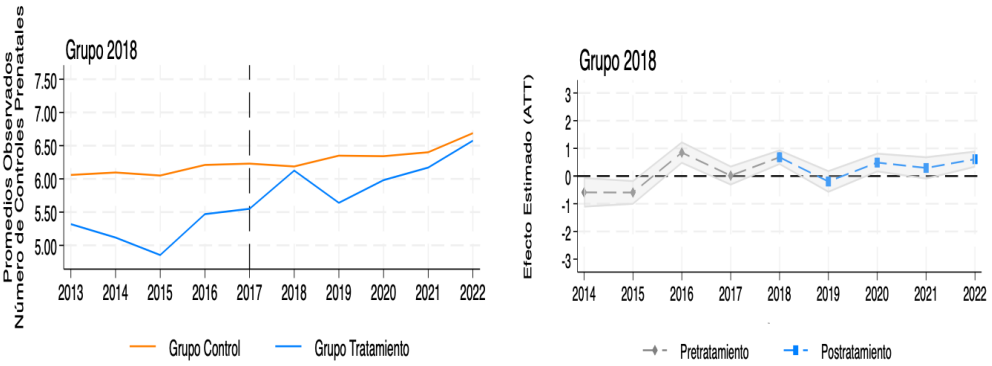


Gráfico 3: Número de controles prenatales para las parroquias intervenidas desde el 2018 (Miguel Egas Cabezas)



En los gráficos de la izquierda se observa el número de controles prenatales promedio de las parroquias donde se implementó el modelo (grupo de tratamiento) y el mismo indicador, pero para otras parroquias donde no se implementó el modelo (grupo control). En los gráficos de la derecha se observa la diferencia entre ambos grupos con el intervalo de confianza que permite determinar si el efecto es o no estadísticamente significativo.

Las intervenciones de UNICEF, tanto en el marco del programa multiagencial que terminó en 2017 como en su accionar en el marco del programa de cooperación de UNICEF con el Ecuador se han ejecutado con el propósito de contribuir con el país para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, especialmente los 2 y 3 referente a Hambre Cero y Salud y Bienestar, y a las metas nacionales planteadas en los diferentes planes nacionales de desarrollo.

1.2. Objeto de la evaluación

El modelo de trabajo implementado en las parroquias seleccionadas en las provincias de Imbabura (Mariano Acosta, Chuga, Angochagua, La Esperanza, Imantag, San Rafael

de la Laguna, Miguel Egas Cabeza, Cangahua), donde participaron 38 comunidades con alrededor de 6,000 familias, se basa en cuatro estrategias:

I. **Articulación intersectorial local**

- **Mesas intersectoriales parroquiales para fortalecer la coordinación intersectorial e interinstitucional, con la participación de representantes de gobiernos nacionales, locales y comunitarios, sociedad civil, ONGs y de pueblos y nacionalidades.**
- **Centros interculturales para la Promoción de la Salud y Nutrición, fomentan el empoderamiento y la corresponsabilidad parental y comunitaria en la crianza y el cuidado de los niños y niñas, mediante la promoción de prácticas saludables.**

II. **Empoderamiento y participación comunitaria**

- **Estrategias locales de cambio social y de comportamiento para promover la adopción de prácticas y cambios individuales, familiares y en las comunidades para fortalecer las prácticas de cuidado de las niñas y niños, en particular, de su salud y nutrición. Además, impulsa la conformación de redes de apoyo y mecanismos locales participativos y de diálogo social para la prevención de la desnutrición crónica infantil.**
- **Modelos de vigilancia epidemiológica de base comunitaria para movilizar a la comunidad en la detección temprana y la identificación de factores de riesgo de la desnutrición crónica infantil y generar los vínculos con los servicios de salud.**

III. **Mejora de los servicios de salud para mujeres embarazadas y niños**

- **Ciclos de mejora continua de los servicios de salud del paquete priorizado para apoyar a los equipos de los establecimientos de primer nivel a identificar cuellos de botella en la atención e identificar acciones para mejorar la atención en los servicios con los recursos disponibles en el establecimiento de salud con el fin de mejorar la calidad y cobertura de los servicios.**

IV. **Mejora continua de los servicios de WASH**

- **Fortalecimiento de las juntas de agua parroquiales para asegurar calidad y sostenibilidad de sus servicios. También se desarrollan e implementan modelos alternativos de abastecimiento de agua resilientes.**
- **Promoción de prácticas de higiene para aportar a cambios de comportamiento a nivel comunitario ante el consumo de agua segura y el lavado de manos.**
- **Fortalecimiento de servicios de agua en centros de salud mediante la implementación de la metodología WASH-fit.**

El modelo que inició con los dos primeros componentes previamente descritos fue adaptado a lo largo de los años para responder al contexto cambiante del territorio y a los determinantes de la desnutrición. En ese sentido, la estrategia incluyó elementos de agua y saneamiento, reconociendo los retos de las comunidades para asegurar la calidad de estos servicios, en particular en comunidades rurales e indígenas. Por otro lado, a raíz de la pandemia de la COVID-19, se incluyó un componente de vigilancia epidemiológica comunitaria con el fin de apoyar los esfuerzos de identificación de COVID-19 en la comunidad, pero también monitorear el acceso a los servicios esenciales de salud y nutrición de niños y niñas menores de 5 años y mujeres gestantes.

Como parte de los esfuerzos del gobierno para combatir la desnutrición crónica infantil se incluyó la metodología de ciclos de mejora continua de la calidad de los servicios de salud con el fin de mejorar la calidad y cobertura del paquete priorizado de servicios de la mujer gestante y de los y las niñas menores de 2 años.

Adicionalmente además se incluyó el aterrizaje de la estrategia nacional de cambio social y de comportamiento a nivel local, con el fin de promover cambios de comportamientos alrededor de los determinantes de la nutrición infantil.

En el siguiente gráfico se presenta la línea de tiempo del modelo de gestión local para prevenir y reducir la desnutrición crónica infantil.

Para el caso de las parroquias Achupallas, Alausí, Sibambe, Tixán, Licán, Lizarzaburu, Maldonado y Veloz en la provincia de Chimborazo, la intervención inició a finales del año 2023 con los componentes: a) mesas intersectoriales, b) vigilancia epidemiológica comunitaria, c) ciclos de mejora continua de la calidad del paquete priorizado y d) aterrizaje local de la Estrategia para el cambio social y de comportamiento para la prevención y reducción de la DCI.

2. PROPÓSITO, OBJETIVOS, ALCANCE DE LA EVALUACIÓN EN TIEMPO REAL

2.1. Propósito

El propósito de esta evaluación es proveer evidencia oportuna para mejorar la efectividad de la intervención, aprendizaje institucional y generar elementos para la abogacía para la incorporación de mejoras al modelo en su implementación nacional.

Luego de casi diez años en la implementación del programa en algunas parroquias de la provincia de Imbabura, y recientemente en Chimborazo, es necesario, además de los ejercicios econométricos realizados, contar con una evaluación más comprensiva que permita responder a las necesidades expresadas en el párrafo anterior.

El uso esperado de esta evaluación se puede observar en el siguiente cuadro:

Tabla 1. Usuarios y usos esperados de la evaluación en tiempo real	
Usuarios esperados	**Usos esperados**

UNICEF Ecuador	• **Mejora del modelo y su implementación** • **Rendición de cuentas** • **Abogacía para la incorporación de la evidencia en las estrategias que implementa el Gobierno; continuar con la desnutrición crónica como una prioridad para el país, entre otros** • **Generación de propuestas para recaudación de fondos** • **Generación de evidencia para la retroalimentación de la política pública**
Gobiernos parroquiales y cantonales	• **Instrumento para mejorar su gestión a favor de la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil**
Gobierno central	• **Mejora de su estrategia de reducción de la desnutrición crónica infantil, especialmente en su implementación en territorio. Al momento el Gobierno iniciará el proceso de revisión de la estrategia con lo que resultados de la evaluación alimentarán este proceso**
Otras instituciones	• **Formulación de recomendaciones a ONGs u otras instituciones que trabajen en temas de malnutrición infantil**

2.2. Objetivos

Esta evaluación proveerá una valoración comprensiva de lo logrado por estrategia territorial para la reducción y prevención de la desnutrición crónica infantil en algunas parroquias en Imbabura y Chimborazo entre el 2015 y junio de 2024. Esto con el propósito de retroalimentar el programa y su implementación, además de generar evidencia para la abogacía.

Esta evaluación busca, especialmente determinar:

1. **El nivel de pertinencia de la estrategia en los territorios donde se ha implementado.**
2. **Las razones la heterogeneidad de los impactos observados a través de los ejercicios econométricos desarrollados.**
3. **Encontrar el grado de articulación de la estrategia con otras iniciativas de UNICEF en Ecuador, de los GADs y gobierno nacional para niñas y niños**

menores de 5 años; y los elementos que contribuyeron o dificultaron esta articulación.

4. **Identificación de buenas prácticas para mejorar la recientemente iniciada intervención en Chimborazo o futuras estrategias similares.**

2.3. Alcance

Esta evaluación tiene por alcance temporal desde el 2015 hasta junio de 2024, considerando con especial énfasis los cuatro últimos años.

Respecto al alcance geográfico, esta evaluación deberá considerar las parroquias donde se implementó el programa en las provincias de Imbabura y Chimborazo. Sin embargo, esta evaluación deberá considerar también la conexión de lo realizado en los territorios y la estrategia de reducción de la desnutrición crónica a nivel nacional. Adicionalmente se deberá considerar que la estrategia inició su implementación en Chimborazo recientemente.

Esta evaluación deberá incorporar los enfoques de género, derechos humanos e inclusión.

3. PREGUNTAS DE EVALUACIÓN

Las preguntas que esta evaluación busca responder, a partir los criterios de evaluación, son las siguientes:

Tabla 2. Criterios y preguntas de evaluación

Criterio	**Preguntas de evaluación**
Pertinencia	¿En qué medida la estrategia implementada en las parroquias priorizadas en Imbabura y Chimborazo logró responder a las necesidades y oportunidades en esos territorios, a la heterogeneidad entre ellos y a los cambios a través del tiempo? ¿En qué medida la estrategia responde hoy a las necesidades actuales? ¿Hasta qué punto la estrategia implementada se ha alineado a través del tiempo con los enfoques de género, derechos humanos e inclusividad[50]? ¿Hasta qué punto la estrategia se alinea hoy a dichos enfoques?
Coherencia	¿En qué medida la estrategia de prevención y reducción de la malnutrición estuvo articulada a otras estrategias implementadas por UNICEF, gobiernos locales, gobierno nacional u otras instituciones? ¿Cuáles fueron los factores externos e internos

[50] UNEG (2014) Integrating Human Rights and Gender Equality in Evaluations; UNEG (2018) UN-SWAP Evaluation Performance Indicator on Gender Equality and the Empowerment of Women (GEEW); UNICEF (2019) UNICEF Guidance on Gender Integration in Evaluation; UNICEF (2022) Disability-inclusive evaluations in UNICEF: Guideline for achieving UNDIS standards.

	que facilitaron o debilitaron dicha articulación? ¿Qué factores impiden hoy una mayor articulación? ¿En qué medida la estrategia pudo adaptarse ante cambios en el contexto, por ejemplo, por la pandemia de COVID 19?
Efectividad	¿Hasta qué punto la estrategia alcanzó los resultados planteados en las parroquias intervenidas y a nivel nacional en la política pública? ¿Hubo resultados no planificados que la estrategia provocó? Si los hubo, ¿Algunos de ellos se replicarían al implementar la estrategia en una nueva área geográfica?
Eficiencia	¿Los recursos financieros y no financieros, incluido el tiempo de intervención, contribuyeron al mayor número y mejor calidad de resultados? Si no fue así, ¿Qué cambios son necesarios para que la inversión contribuya a producir más y/o mejores resultados?
Impacto	¿Qué cambios en las parroquias priorizadas coinciden con la implementación de la estrategia y no se encuentran presentes en las parroquias no priorizadas?[51] ¿Existen factores que caracterizan a las parroquias y a las estrategias que contribuyeron a la heterogeneidad en el impacto?
Sostenibilidad	¿Qué factores han adoptado las parroquias y comunidades que hacen suponer que los cambios persistirán después del cese de operaciones de UNICEF? ¿Qué factores caracterizan a las parroquias y comunidades que hacen suponer que los cambios desaparecerán después del cese de operaciones de UNICEF? ¿Cuál grupo de factores de los antes mencionados es más probable que resulte dominante?

Las preguntas de evaluación podrán ser ajustas durante el periodo del reporte inicial (inception report). Asimismo, durante esa etapa de evaluación se podrá desarrollar subpreguntas, de ser necesarias. Adicionalmente se debe considerar que en la provincia de Chimborazo la implementación de la estrategia es bastante reciente por lo que el análisis de la información para contestar las preguntas de evaluación deben considerarlo.

4. METODOLOGÍA

[51] Para esta pregunta de evaluación, se espera que el equipo consultor realice la actualización del ejercicio realizado a partir de los registros de nacimientos y con la implementación de la metodología de diferencia de diferencias. Toda la documentación de los ejercicios realizados será compartida con el equipo evaluador seleccionado para esta consultoría.

4.1. Diseño metodológico

Basados en los objetivos de la evaluación en tiempo real, esta sección indica posibles aproximaciones, métodos y procesos para el ejercicio. Al momento de la valoración de las propuestas, se considerará la robustez de las metodologías que estas contengan. Por tal motivo se espera que los equipos evaluadores propongan mejoras o cambios a lo expuesto en esta sección. Adicionalmente, se sugiere que las instituciones demuestren experticia metodológica en evaluaciones similares.

En consonancia con los objetivos de la evaluación, se prevé un enfoque basado en la utilización que se base en la teoría del cambio que será reconstruida para comprender la pertinencia, coherencia, eficacia, eficiencia, impacto y sostenibilidad de la estrategia local para la reducción y prevención de la desnutrición crónica infantil, y garantizar el uso máximo de los resultados de la evaluación. La evaluación debe ser transparente, inclusiva y sensible al género, los derechos humanos e inclusividad.

Los elementos principales de la metodología se perfeccionarán y desarrollarán durante la etapa inicial de acuerdo con los hallazgos iniciales del equipo de evaluación y en estrecha colaboración con el equipo de UNICEF Ecuador y con la orientación de la sección de evaluación de la oficina regional de UNICEF LACRO.

Con un fuerte enfoque en la utilización, la evaluación se concentrará en la participación de los principales y potenciales usuarios del proceso de evaluación y el informe: UNICEF Ecuador, la oficina regional, Gobiernos Autónomos Descentralizados, Ministerios y Secretarías que trabajan en el tema, además de otras organizaciones.

Se adoptarán enfoques participativos en el proceso de evaluación con la participación y consulta de las partes interesadas clave en el Gobierno (niveles nacional y local), Agencias de Naciones Unidas y organizaciones de la sociedad civil durante el proceso.

Para responder a las preguntas de la evaluación se espera la utilización de métodos mixtos. El equipo de evaluación deberá basarse en los datos cuantitativos disponibles de los ejercicios econométricos realizados recientemente – y actualizarlos con la información que el INEC pone a disposición del uso del público –, informes de progreso y otras fuentes. Se alentará al equipo consultor a proponer cualquier enfoque factible de encuestas a los actores relevantes que podrían generar datos cuantitativos útiles sobre cuestiones clave y alimentar el levantamiento de información de corte cualitativa.

En la Tabla 3 se sugiere las posibles estrategias según los criterios en los cuales se encuentran agrupadas las preguntas de la evaluación. Las metodologías sugeridas en este cuadro son un marco de referencia a partir del cual se espera que la evaluación pueda ser enriquecida con metodologías adicionales que contribuyan a dar respuesta a las preguntas planteadas en la sección anterior.

Las metodologías deberán permitir obtener las opiniones, percepciones y declaraciones de los funcionarios gubernamentales, del ámbito local y nacional vinculados a la implementación de la estrategia, así como a líderes comunitarios, de la sociedad civil,

academia, y familias en territorio, y de otros actores relevantes según sea pertinente para cada pregunta de la evaluación.

El equipo evaluador deberá proponer el número de entrevistas y personas de instituciones y entidades gubernamentales, actores de la sociedad civil, academia, familias y otros relevantes de los cuales se obtendrá la información. Esta propuesta de selección y cantidad de muestras deberá tener el sustento metodológico respectivo para cada caso y puede complementarse de otras formas de recolección de información proporcionada por otros actores si los investigadores lo consideran relevante. UNICEF facilitará el contacto (listados, teléfonos y correos, y según sea necesario enviará cartas o correos) de las personas seleccionadas. Esta selección de personas se consensuará con UNICEF en el marco del reporte inicial (inception report).

El equipo de evaluación también debe considerar una revisión documental, incluida la revisión de la literatura, así como revisión de mejores prácticas. Las metodologías a utilizarse, cuestionarios, guías u otros instrumentos que serán utilizados para la recolección de información debe ser desarrollados en estrecha coordinación con el equipo de UNICEF, y serán definidas en la fase inicial de la evaluación. Estas deben ser sensibles al género, basadas en derechos y enfocadas en la equidad e inclusividad. Siempre que sea posible, los datos se desglosarán según los criterios pertinentes, incluidos: género, edad, grupos marginados y vulnerables, discapacidad, etc.

Se espera que el Equipo de Evaluación cumpla con las directrices y estándares establecidos por la ONU y UNICEF. El equipo se guiará por los siguientes documentos: a) 2023-27-Revised-evaluation-policy-ES-ODS.pdf (unicef.org) (2023); b) the United Nations Evaluation Group (UNEG) Norms and Standards for Evaluation (2016); c) UNEG Code of Conduct for Evaluation in the UN system (2008); d) UNEG Guidance on Integrating Human Rights and Gender Equality in Evaluation (2014); e) UNICEF-Adapted UNEG Evaluation Report Standards (2017).

Tabla 3. Métodos sugeridos para abordar las preguntas de la evaluación

Criterios	Metodologías sugeridas
Pertinencia	• Revisión y análisis del Programa de País (CPD, por sus siglas en inglés) 2015–2018, 2019–2023 y 2023–2026. • Revisión y análisis del Plan Estratégico Global de UNICEF 2022-2025. • Revisión de las estadísticas oficiales producidas sobre el tema. • Revisión de investigaciones y evaluaciones relevantes. • Entrevistas a profundidad con el equipo técnico de UNICEF responsable de la implementación de la estrategia. • Entrevistas con padres, madres, adolescentes, líderes comunitarios y sociedad civil y la academia, según sea pertinente.

Tabla 3. Métodos sugeridos para abordar las preguntas de la evaluación	
Criterios	Metodologías sugeridas
Coherencia	• Entrevistas a profundidad con funcionarios del Gobierno nacional y locales según sea pertinente. • Entrevistas a profundidad con funcionarios de otras agencias de Naciones Unidas y organizaciones de la sociedad civil que trabajan en la temática.
Efectividad	• Revisión de los reportes del Results Assessment Module (RAM), de los Country Office Annual Report (COAR), de los reportes a donantes y otros documentos de gestión generados por UNICEF (esta información será proporcionada por UNICEF al equipo evaluador que resulte seleccionado). • Revisión de las estadísticas oficiales producidas. • Revisión de investigaciones y evaluaciones relevantes. • Entrevistas con funcionarios del Gobierno nacional y locales según sea pertinente. • Entrevistas y/o grupos focales (en tanto sea posible) con padres, madres, líderes comunitarios y sociedad civil y la academia según sea pertinente. • Entrevistas con el equipo técnico y gerencial de UNICEF Ecuador a nivel nacional y local. • Entrevistas con el equipo técnico y gerencial de los socios implementadores de UNICEF Ecuador en la implementación de la estrategia. • Entrevistas con miembros de la sociedad civil y academia que sean pertinentes.
Eficiencia	• Revisión de los reportes del Results Assessment Module (RAM), de los Country Office Annual Report (COAR), de los reportes a donantes y otros documentos de gestión generados por UNICEF sobre la temática. • Revisión de la ejecución financiera del proyecto. • Entrevistas con el equipo técnico y gerencial de UNICEF Ecuador.
Impacto	• Revisión de los ejercicios econométricos realizados a partir de los registros de nacimientos publicados por el Instituto Nacional de

Tabla 3. Métodos sugeridos para abordar las preguntas de la evaluación	
Criterios	Metodologías sugeridas
	Estadística y Censos y de la aplicación de la metodología de diferencia de diferencias. • Réplica de los ejercicios econométricos cuando los datos se encuentren disponibles para análisis secundarios. • Entrevistas en profundidad con actores nacionales y locales relevantes para determinar la heterogeneidad de los resultados encontrados.
Sostenibilidad	• Entrevistas con funcionarios del Gobierno nacional y locales según sea pertinente. • Entrevistas con el equipo técnico y gerencial de UNICEF Ecuador. • Entrevistas con líderes comunitarios, de la sociedad civil o la academia según sea pertinente. • Revisión de normas generadas por el Estado ecuatoriano en sus diferentes niveles de Gobierno sobre esta temática.

El equipo de evaluación desarrollará una matriz de evaluación, explicando cómo se responderá y medirá cada pregunta de evaluación y cómo se recopilará la información. Esta matriz servirá como marco de orientación para garantizar la coherencia de la recopilación de datos, facilitar la triangulación de datos (preferiblemente con análisis de datos tanto cuantitativos como cualitativos y con una variedad de partes interesadas cubiertas por el método de recopilación de datos) y análisis sistemático. Esto debería permitir al equipo desarrollar vínculos lógicos y explícitos entre las fuentes de datos, los métodos de recopilación de datos y los métodos de análisis. Un ejemplo de esta matriz se la puede encontrar en el Anexo 1.

Dadas las características de la evaluación de en tiempo real, se espera que los resultados preliminares de la evaluación sean compartidos con los actores relevantes, acordados con UNICEF, luego de terminar la recolección de información. Este proceso de socialización de los resultados permitirá que exista ya una respuesta a lo encontrado, además de facilitar un espacio de retroalimentación sobre los hallazgos.

4.2. Normas de evaluación y consideraciones éticas

Los aspectos éticos de la evaluación son parte de los Estándares de Calidad del UNEG. En este sentido, la evaluación debe llevarse a cabo con los más altos estándares de integridad y respeto por las creencias, usos y costumbres del entorno social y cultural; los derechos humanos y la igualdad de género; y por el principio de "no hacer daño" para la asistencia humanitaria.

Los evaluadores deberán respetar los derechos de las instituciones e individuos a proporcionar información de manera confidencial, deberán asegurarse de que los datos sensibles estén protegidos y que no se puedan rastrear hasta su origen; y deben validar las declaraciones contenidas en el informe final con quienes proporcionaron la información relevante. Los evaluadores deben obtener el consentimiento o asentimiento informado (según corresponda) para el uso de la información privada de aquellos que la brindaron.

A efectos de la participación de niñas, niños y adolescentes en la presente evaluación, se deberá seguir los estándares éticos propuesto por UNICEF en el documento conocido como ERIC (Ethical Research Involving Children) que pude ser consultado en el siguiente vínculo https://childethics.com/

El proyecto de evaluación deberá contar con la revisión y aprobación de un comité de ética independiente antes del inicio de la recolección de información. El equipo evaluador deberá asegurar las gestiones y pagos para esta revisión y aprobación. Sin esta aprobación no se puede proceder a la etapa de recolección de información.

5. PLAN DE TRABAJO, ENTREGABLES Y PAGOS

5.1. Fases, actividades claves y fechas de entrega

La evaluación incluirá las siguientes etapas:

Una etapa inicial que incluirá una revisión documental preliminar y discusiones con las partes interesadas clave que conducirán a una breve valoración de evaluabilidad. Esto permitirá que el equipo de evaluación comprenda y complemente los criterios de evaluación, los objetivos de la evaluación, metodología, así como las limitaciones de la evaluación. Esto contribuirá a refinar el propósito, el alcance y las preguntas de la evaluación. Un breve informe inicial capturará todos los cambios e incluirá herramientas para la recopilación de datos, una matriz de evaluación y un cronograma de evaluación más detallado y actualizado.

La etapa de recopilación de datos implicará una revisión documental más profunda. UNICEF apoyará al equipo de evaluación para identificar y contactar a los actores clave identificados.

Finalmente, una etapa de análisis y reporte donde los datos recolectados serán sistematizados, triangulados y analizados. Se presentará, entre otros productos:

a. **Informe de Inicio de la Evaluación (inception report). Máximo de 25 páginas con anexos.**
b. **Informe Preliminar de la Evaluación. Máximo 40 páginas más anexos.**
c. **Informe Final de la Evaluación. Máximo 50 páginas más anexos.**
d. **Resumen ejecutivo de máximo 5 páginas y una presentación diagramada en versión ppt.**

El **Informe de Inicio de la Evaluación** debe incluir como mínimo:

- **Presentación del contexto y objeto de evaluación**
- **Propósito, objetivos y alcance de la evaluación**
- **Teoría del cambio**
- **Marco de evaluación (criterios y preguntas de evaluación), con una matriz de evaluación (desglosando cada criterio de evaluación, con preguntas de evaluación, indicadores, fuentes de información y métodos de recolección de la información)**
- **Una metodología completa con: a) explicación y justificación del diseño metodológico; b) muestreo y lista de personas a entrevistar y sitios a visitar; c) instrumentos de recolección de información (cuestionario, pautas de entrevistas, etc.); d) limitaciones y medidas de mitigación; e) consideraciones éticas; f) análisis de los datos (cómo se analizarán los datos, qué técnica se utilizará, etc.)**
- **Un cronograma y descripción del rol y responsabilidades de cada miembro del equipo**
- **Listado de entregables**

El **Informe Preliminar e Informe Final** deberán cubrir los siguientes elementos:

i. **Resumen Ejecutivo (max. 5 páginas)**
ii. **Contexto y presentación del objeto de evaluación**
iii. **Propósito, Objetivos y Alcance de la Evaluación**
iv. **Criterios y Preguntas de Evaluación**
v. **Metodología**
vi. **Limitaciones de la evaluación**
vii. **Consideraciones éticas**
viii. **Hallazgos (por criterio de evaluación)**
ix. **Conclusiones**
x. **Lecciones aprendidas**
xi. **Recomendaciones**
xii. **Anexos:**
    a. **TdR**
    b. **Teoría de cambio**
    c. **Matriz de evaluación**
    d. **Herramientas de recolección de la información**
    e. **Lista de lugares visitados y lista de entrevistados**
    f. **Lista de documentos consultados**
    g. **Otros documentos pertinentes**

UNICEF ha desarrollado un sistema de supervisión para sus informes de evaluación desde 2009, denominado "Sistema de supervisión de informes de evaluación global" (GEROS) que evalúa la calidad de todos los informes de evaluación según los criterios de calidad estándar. Todas las calificaciones e informes de evaluación están disponibles para el público en el sitio web de UNICEF. Por lo tanto, el Informe de Inicio de la Evaluación y el Informes Final deben cumplir con los estándares de UNICEF:

- Informe de Inicio (la lista de verificación de los TDR se emplea para los Informes de Inicio):

https://www.unicef.org/media/54786/file

- Informe Final:

https://www.unicef.org/evaluation/media/816/file/UNICEF-Adapted-UNEG-Evaluation-Report-Standards.pdf

La evaluación será supervisada por el equipo de Monitoreo y Evaluación de UNICEF Ecuador con el apoyo de la sección de evaluación de la Oficina Regional de UNICEF LACRO, con apoyo del Comité Técnico de UNICEF el cual apoyará y dará seguimiento al proceso de evaluación y proporcionará comentarios a los productos de la consultoría. Cada informe entregado será revisado por UNICEF Ecuador y otros actores relevantes, así como por un control de calidad de la Oficina Regional UNICEF LACRO. El equipo de evaluación deberá integrar y responder a los comentarios recibidos y entregar una versión revisada de cada informe. El equipo de evaluación deberá integrar, reflejar y/o responder a los comentarios recibidos y entregar una versión revisada de cada informe que incorpore o refleje estos comentarios, siempre y cuando estos no tengan impacto en su independencia. El pago de cada producto se hará una vez aprobada la versión revisada del informe incorporando los comentarios recibidos por el gestor de la evaluación.

Los daños liquidados estándar y/o la rescisión se aplicarán según los términos y condiciones generales de UNICEF(traducción simple para referencia).

En la siguiente tabla se puede mirar las fases de la evaluación, las actividades mínimas a ser realizadas y las fechas de entrega de los productos:

Los productos se recibirán en idioma español. Lista las directrices para la presentación de informes y de los informes que deben prepararse durante la tarea, así como los plazos de presentación; Incluye requisitos como el contenido, el número de copias, el idioma, quién debe recibir los informes y si deben presentarse electrónicamente (especificar el formato de archivo; por ejemplo, "PDF"), en copia impresa o ambos.

Tabla 4. Fases, actividades clave y fechas de entrega			

Fase inicial	Producto 1: Informe de inicio de la evaluación (inception report)	• **Reunión de arranque** • **Reuniones iniciales con los informantes clave en UNICEF Ecuador** • **Revisión de la literatura** • **Reconstrucción de la teoría de cambio** • **Desarrollo del marco de evaluación, matriz de evaluación, metodología, instrumentos y plan de trabajo** • **Desarrollo y presentación del informe de inicio de la evaluación** • **Incorporación de comentarios para el desarrollo del informe final**	A los 30 días de firmado el contrato
Fase de recolección de información	Producto 2: Informe del levantamiento de información	• **Continuar con la revisión de la documentación y literatura.** • **Aprobación del proyecto de revisión por parte de un Comité de ética reconocido** • **Levantamiento de la información de acuerdo con lo aprobado en el producto anterior** • **Análisis de la información** • **Desarrollo de las conclusiones, hallazgos y recomendaciones** • **Desarrollo de una presentación (ppt) con los resultados preliminares** • **Desarrollo de un taller de devolución de los resultados preliminares** • **Desarrollo de un breve informe del levantamiento de información y taller de socialización de los resultados**	A los 90 días de firmado el contrato
	Producto 3: Informe	• **Desarrollo del reporte borrador siguiendo el contenido descrito anteriormente**	A los 105 días de

Fase de análisis y reporte	Preliminar de la Evaluación	• **Incorporación de las recomendaciones del taller de validación de los resultados preliminares en el informe final**	firmado el contrato
	Producto 4: Informe Final de la Evaluación	• **Desarrollo del documento final, siguiendo el índice acordado, e incorporando las recomendaciones y solicitudes realizadas al documento borrador.** • **Desarrollo de un resumen ejecutivo de máximo 5 hojas** • **Desarrollo de una presentación (ppt) con los resultados de la evaluación**	A los 120 días de firmado el contrato

5.2. Entregables y calendario de pagos

Los entregables y el calendario de pagos es el siguiente:
Producto 1: 20% del monto del contrato
Producto 2: 20% del monto del contrato
Producto 3: 25% del monto del contrato
Producto 4: 35% del monto del contrato

6. PERFIL DE LA INSTITUCIÓN Y EQUIPO EVALUADOR

La convocatoria está abierta para organizaciones, fundaciones, academia, corporaciones o empresas legalmente constituidas que acrediten experiencia de trabajo en evaluaciones, especialmente en el área social.

El equipo de evaluación debe contar con profesionales con amplia experiencia en la evaluación de programas y políticas, especialmente en temas de malnutrición infantil y que, conjuntamente, presenten el conocimiento necesario para la implementación de la evaluación en cada una de las dimensiones consideradas en ella. Se requiere que el equipo evaluador se conforme como mínimo por tres profesionales: una será la evaluadora(or) principal/jefe de equipo, quien será responsable técnica del equipo, y las otras dos Investigadoras(es) asociadas(os), con experiencia comprobada en el diseño y selección de instrumentos y en desarrollo de evaluaciones en temas relevantes para esta consultoría.

Perfil de la institución

- **Institución con al menos cinco años de experiencia en la implementación de evaluaciones**

- **Experiencia en la realización de este tipo de evaluaciones es una ventaja**

Evaluador/a principal / jefe de equipo, deberá cumplir con el siguiente perfil:

- **Profesional de las ciencias sociales, salud, nutrición o áreas afines. Estudios de postgrado en salud pública, economía, nutrición u otras áreas similares.**
- **Experiencia en evaluaciones a la gestión pública, específicamente en áreas de salud pública, nutrición, desarrollo infantil integral; esto será respaldado por los contratos, certificados o similares.**
- **Publicaciones de artículos o libros de investigación o evaluaciones referidos a políticas sociales especialmente en temas de malnutrición será una ventaja.**
- **Experiencia en evaluaciones desarrolladas para UNICEF y otras agencias del Sistema de Naciones Unidas es deseable.**
- **Conocimientos y experiencia en la incorporación del enfoque de derechos humanos, género e inclusividad en evaluaciones o investigaciones.**
- **Experiencia en la realización de este tipo de evaluaciones es una ventaja.**

A efectos de verificar las publicaciones y la experiencia con metodologías de investigación, se debe utilizar el siguiente formato (según ejemplo):

Nombre de la publicación	Año	Metodología aplicada	Autoría	Referencia (link, adjunta copia, etc.)
A diez años de intervención: Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008 en zonas rurales (1997-2007)	2010	Cuantitativa	Autor Principal	
Honduras. Escuela amiga de Los niños y Las niñas: Informe final de evaluación externa	2013	Cualitativa Cuantitativa	Coautor	

Evaluador/a asociado/a, deberá cumplir con el siguiente perfil:

- **Profesional de las ciencias sociales, salud o áreas afines.**
- **Experiencia en evaluaciones a la gestión pública, específicamente en áreas de salud pública, nutrición, desarrollo infantil integral; esto será respaldado por los contratos, certificados o similares.**

- **Experiencia en metodologías de recolección de información cualitativa y su análisis.**
- **Experiencia en el desarrollo de teorías de cambio.**
- **Experiencia en la realización de este tipo de evaluaciones es una ventaja.**

A efectos de verificar las publicaciones y la experiencia con metodologías de investigación, se debe utilizar el siguiente formato (según ejemplo):

Nombre de la publicación	**Año**	**Metodología aplicada**	**Autoría**	**Referencia (link, adjunta copia, etc.)**
A diez años de intervención: Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008 en zonas rurales (1997-2007)	2010	Cuantitativa	Autor Principal	
Honduras. Escuela amiga de los niños y las niñas: Informe final de evaluación externa	2013	Cualitativa Cuantitativa	Coautor	

Investigador/a asociado/a: deberá cumplir con el siguiente perfil:

- **Profesional de las ciencias sociales, salud, nutrición o áreas afines.**
- **Experiencia en apoyar evaluaciones a la gestión pública, específicamente en áreas de salud pública, nutrición, desarrollo infantil integral; esto será respaldado por los contratos, certificados o similares.**
- **Experiencia en procesamiento de información cuantitativa.**
- **Experiencia en análisis de información.**

A efectos de verificar las publicaciones y la experiencia con metodologías de investigación, se debe utilizar el siguiente formato (según ejemplo):

Nombre de la publicación	**Año**	**Metodología aplicada**	**Autoría**	**Referencia (link, adjunta copia, etc.)**
A diez años de intervención: Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008 en	2010	Cuantitativa	Autor Principal	

zonas rurales (1997-2007)				
Honduras. Escuela amiga de los niños y las niñas: Informe final de evaluación externa	2013	Cualitativa Cuantitativa	Coautor	

7. LUGAR

Para alcanzar los objetivos planteados en esta consultoría se requerirá, al menor, desplazamientos a las parroquias donde el programa se implementó en Imbabura y Chimborazo. Esto además del trabajo que se deberá realizar en la ciudad de Quito.

8. CONDICIONES DE TRABAJO

UNICEF no proveerá ningún espacio físico para el trabajo de los consultores. Tampoco proveerá de equipos tecnológicos, software u otros insumos necesarios para llevar a cabo esta consultoría.

Los costos de viajes y cualquier otro gasto necesario para llevar a cabo esta consultoría deberán ser incluidos en la propuesta económica.

9. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA PROPUESTA

El proveedor de servicios deberá proporcionar todos los documentos justificativos que demuestren respuesta a los requisitos del UNICEF y reflejen la experiencia de la institución. Esto incluye, entre otros, el perfil y la estructura de la empresa, la experiencia de la empresa, los documentos de registro legal, el personal clave (Hojas de vida/CV). El incumplimiento de esto afectará negativamente la evaluación técnica del proveedor de servicios.

9.1. Proceso de evaluación

La selección se realizará mediante concurso competitivo con base al cumplimiento de los requisitos establecidos.

Según el procedimiento estándar de UNICEF, el Comité de Evaluación primero revisa el aspecto técnico de la propuesta, seguida de la revisión de la propuesta financiera de los proponentes técnicamente conformes. La decisión del comité de evaluación de UNICEF será definitiva.

Requisitos obligatorios: UNICEF evaluará primero las propuestas para verificar el cumplimiento de los requisitos obligatorios.

La propuesta DEBE cumplir con todos los requisitos obligatorios. Documentos que respalden estos requisitos deben presentarse junto con la propuesta.

Los requisitos obligatorios son Pasar o Fallar. Cualquier proponente que no pueda cumplir con los requisitos obligatorios será descalificado por ser técnicamente inaceptable y rechazado en esta etapa sin mayor consideración.

Sin embargo, UNICEF también se reserva el derecho de renunciar a los requisitos obligatorios en los siguientes casos:

9.2. En caso de que ninguna de las propuestas presentadas cumpla con todos los requisitos obligatorios, UNICEF se reserva el derecho de permitir pasar al siguiente paso de evaluación las propuestas que a su exclusivo criterio cumplen más estrechamente con los requisitos. UNICEF también se reserva el derecho de renunciar a los requisitos obligatorios siempre que todas las propuestas que de otra manera respondieran no cumplieran con los mismos requisitos obligatorios y/o hacerlo no afecta materialmente la adquisición. Este derecho queda a exclusivo criterio de UNICEF.Propuesta Técnica

La propuesta técnica se evalúa sobre un máximo de 70 puntos; sobre lo cual el puntaje mínimo para avanzar a la evaluación económica es 49/70 puntos. Los 70 puntos están distribuidos de la siguiente forma:

Evaluador/a principal	Hojas de vida detallas, copias simples de las constancias, certificados, contratos, y otros	10 puntos
Evaluador/a asociado/a		6 puntos
Investigador/a asociado/a		5 puntos
Perfil y experiencia de la empresa	Copia de contratos firmados, certificados oficiales, actas de entrega recepción y/o similares debidamente firmados	4 puntos
Metodología de trabajo	Propuesta técnica deberá demostrar el grado de adecuación con relación a los términos de referencia	45 puntos
Total		**70 puntos**

Las propuestas técnicas que no alcancen el puntaje mínimo de 49 serán descalificadas y el sobre de propuesta económica no será abierto.

Los factores de calificación para la propuesta técnica son los siguientes:

1. **Evaluador/a principal (máximo 10 puntos)**

Para otorgar las puntuaciones respectivas es necesario que la documentación presentada contenga la hoja de vida/CV y copias simples de las constancias, certificados, contratos, y otros, que den sustento a cada criterio evaluado.

Rubro	Puntuación por criterio

a. Profesional de las ciencias sociales, salud o áreas afines. Estudios de postgrado en salud pública, economía, nutrición u otras áreas similares.	Grado de maestría: 2 puntos Grado de doctorado: 3 puntos
b. Experiencia en evaluaciones a la gestión pública, específicamente en áreas de salud pública, nutrición, desarrollo infantil integral; esto será respaldado por los contratos, certificados o similares.	3 años: 2 puntos 4 a 5 años: 3 puntos 6 a más años: 4 puntos
c. Experiencia en evaluaciones desarrolladas para UNICEF y otras agencias del Sistema de Naciones Unidas es deseable. **Conocimientos y experiencia en la incorporación del enfoque de derechos humanos, género e inclusividad en evaluaciones o investigaciones.** **Experiencia en la realización de este tipo de evaluaciones es una ventaja.**	1 elementos: 1 puntos 2 elementos: 2 puntos 3 elementos: 3 puntos

2. **Evaluador/a asociado/a (máximo 6 puntos)**

Para otorgar las puntuaciones respectivas es necesario que la documentación presentada contenga la hoja de vida/CV y copias simples de las constancias, certificados, contratos, y otros, que den sustento a cada criterio evaluado.

Rubro	Puntuación por criterio
a. Profesional de las ciencias sociales, salud o áreas afines.	Grado de maestría o doctorado: 2 puntos
b. Experiencia en evaluaciones a la gestión pública, específicamente en áreas de salud pública, nutrición, desarrollo infantil integral; esto será respaldado por los contratos, certificados o similares. **Experiencia en metodologías de recolección de información cualitativa y su análisis.**	2 años: 1 punto 3 a más: 2 puntos
c. Experiencia en el desarrollo de teorías de cambio **Experiencia en la realización de evaluaciones de este tipo es una ventaja**	1 elemento: 1 punto 2 elementos: 2 puntos

3. **Investigador/a asociado/a (máximo 5 puntos)**

Para otorgar las puntuaciones respectivas es necesario que la documentación presentada contenga la hoja de vida/CV y copias simples de las constancias, certificados, contratos, y otros, que den sustento a cada criterio evaluado.

Rubro	Puntuación por criterio
a. Profesional de las ciencias sociales, salud o áreas afines.	Grado de maestría o doctorado: 2 puntos
b. Experiencia en apoyar evaluaciones a la gestión pública, específicamente en áreas de salud pública, nutrición, desarrollo infantil integral; esto será respaldado por los contratos, certificados o similares. **Experiencia en procesamiento de información cuantitativa.** **Experiencia en análisis de información.**	1 elemento: 1 punto 2 elementos: 2 puntos 3 elementos: 3 elementos

4. **Experiencia de la empresa (máximo 4 puntos)**

Rubro	Puntuación por criterio
Experiencia en llevar a cabo evaluaciones	3 elementos: 2 puntos 4 a más: 4 puntos

5. **Metodología de Trabajo (máximo 45 Puntos)**

Esta sección deberá demostrar el grado de adecuación de la propuesta con relación a los Términos de Referencia.

Concepto	Puntaje máximo por criterio
1. Marco conceptual y contexto de la evaluación	10

Concepto	Puntaje máximo por criterio
2. Abordaje metodológico para responder las preguntas de la Evaluación. Los criterios para la valoración del abordaje metodológico son: • **Descripción de metodologías que se usarán para responder las preguntas de la evaluación.** • **Consideraciones de carácter ético según las metodologías propuestas.** • **Identificación de actores participantes según las metodologías propuestas.** • **Cómo se procesará/analizará la información obtenida según las metodologías propuestas.** • **Planteamientos que enriquezcan el conjunto de pregunta evaluativas.**	20
3. Muestra Se considerará: i) tipo y diseño del muestreo según las metodologías planteadas que resulten pertinentes; ii) procedimientos y explicación técnica que sustente el número de unidades a muestrear que se proponga según las metodologías planteadas y en cada territorio solicitado.	10
4. Organización del equipo, matriz de riesgos y cronograma de trabajo Se considerará: i) Estructura/organigrama del equipo que se proponga para la evaluación, incluye la recolección de la información; ii) responsabilidades de los miembros que se propongan; iii) matriz de riesgos y las estrategias para gestionarlos iv) cronograma con el detalle de los tiempos para la aplicación de cada metodología que se proponga.	5

9.3. Propuesta Económica

El proveedor enviará su propuesta económica incluyendo todos los costos (desagregada por rubros) y sin incluir el impuesto al valor agregado. El puntaje máximo alcanzable en la Propuesta Económica es de 30 puntos, los cuales serán otorgados a la propuesta económica de menor costo, las otras propuestas económicas recibirán el puntaje de manera inversamente proporcional con referencia a la más baja.
El proveedor que obtenga la puntuación general más alta después de sumar las puntuaciones de la propuesta técnica y económica es la propuesta que ofrece la mejor relación calidad-precio.

10. VALIDEZ DE LA PROPUESTA

La validez de las ofertas deberá ser de al menos 90 días calendario.