

## Documento de Cooperación Técnica

### I. INFORMACIÓN BÁSICA DEL PROYECTO

▪ País/Región:	Bolivia/CAN Grupo Andino
▪ Nombre de la CT:	Efectividad de intervenciones comunitarias para disminuir la desnutrición infantil
▪ Número de CT:	BO-T1259
▪ Jefe de Equipo/Miembros:	Nohora Alvarado (SPH/CBO), Jefe de Equipo; Julia Johannsen (SPH/CEC), Jefe de Equipo Alterna; Christian Lünstedt Tapia, (CAN/CBO); Carolina Escudero (FMP/CBO); Diana De León (FMP/CBO); Sebastián Martínez Wilde (SPD/SDV); Gastón Omar Gertner (SPD/SDV); Claudia Pévere (SCL/SPH); Luis Buscarons Cuesta (SPH/CBO); María Elisa Arango Londoño (LEG/SGO)
▪ Indicar si es: Apoyo Operativo, Apoyo al Cliente, o Investigación y Difusión	Investigación y Disseminación (R&D)
▪ Si es Apoyo Operativo, proveer número y nombre de la operación que apoyará la CT:	--
▪ Referencia a la Solicitud	40142646
▪ Fecha del Abstracto de CT:	08 Marzo de 2016
▪ Beneficiario	Ministerio de Salud
▪ Agencia Ejecutora y nombre de contacto	US-IDB-Nohora Alvarado (SPH/CBO)
▪ Donante proveedor de financiamiento:	Fondo de Países Pequeños y Vulnerables (SVC)
▪ Financiamiento Solicitado del BID:	US\$200.000
▪ Periodo de Desembolso	12 meses de ejecución y 18 meses de desembolsos
▪ Fecha de Inicio Requerido:	1 de mayo 2016
▪ Tipos de consultores	Firmas y servicios diferentes a consultorías.
▪ Unidad de Preparación:	SCL/SPH, con participación de SPD/SDV
▪ Unidad Responsable de Desembolso (UDR):	Country Office Bolivia
▪ CT incluida en la Estrategia de País (s/n):	N
▪ CT incluida en CPD (s/n):	S
▪ Prioridad Sectorial GCI-9:	Protección Social y Salud, área que incluye desarrollo y nutrición infantil (ver <a href="#">Estrategia para una Política Social Favorable a la Igualdad y Productividad</a> )

### II. OBJETIVOS Y JUSTIFICACIÓN DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA (CT)

- 2.1 El Estado Plurinacional de Bolivia evidencia reducciones importantes en la tasa de desnutrición crónica entre los niños menores de cinco años. La proporción de niños desnutridos crónicos a nivel nacional ha disminuido de más de 30% en el año 2003 a 18,1% en el año 2012. Sin embargo, persisten importantes disparidades entre poblaciones urbanas y rurales y por nivel de ingreso, con las poblaciones rurales y

peri-urbanas de bajo ingreso concentrando la mayor proporción de niños con desnutrición crónica. Por ejemplo, según la ESNUT 2012, a nivel nacional el 26,7% de los niños en área rural sufren de desnutrición crónica, comparado con el 14,2% en áreas urbanas. Adicionalmente, dentro del contexto urbano existen bolsones de desnutrición crónica en ciertas poblaciones con niveles de desnutrición semejantes a contextos rurales. En contextos periurbanos como la Ciudad de El Alto, el estudio de Gertner, Johannsen y Martinez (2016) encuentra que la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores a 48 meses fue 24,3% en el Distrito 8, destacando niveles superiores al promedio urbano. Asimismo, en Bolivia y otros países el desafío de la desnutrición y anemia se combina con riesgos crecientes de sobrepeso y obesidad, basado en la disponibilidad y consumo de productos alimenticios altos en grasas y azúcares.

- 2.2 Desde el año 2008, el BID apoya la generación de evidencia de mecanismos efectivos para mejorar el estado nutricional de niños menores en Bolivia. En la primera fase del Programa de Mejoramiento de Servicios de Nutrición Infantil implementado en el Distrito 8 de la Ciudad de El Alto<sup>1</sup> por el Consejo de Salud Rural Andino, el Banco apoyó la intervención de consejería a madres a través de visitas domiciliarias con fondos de cooperación técnica el diseño y la evaluación de dicho programa. La evaluación de impacto de este piloto encontró efectos positivos en la transferencia de conocimiento (0.327sd) y prácticas de alimentación (0.273sd). Sin embargo, no se encontraron efectos en la reducción de la desnutrición crónica aunque sí una suba significativa en la prevalencia de sobrepeso en niños menores<sup>2</sup>. El objetivo de esta operación es apoyar al Estado Plurinacional de Bolivia y su sector de salud en generar evidencia rigurosa sobre la efectividad de una segunda fase de intervenciones comunitarias para la prevención de desnutrición crónica, anemia, sobrepeso y obesidad en niños de 0 a 2 años en zonas de alta concentración de pobreza. La focalización en los niños de 0 a 2 años constituye una estrategia para explotar la ventana de oportunidad temprana de impacto en resultados de mejoramiento nutricional infantil. Los efectos positivos de largo plazo de prácticas adecuadas de alimentación temprana como la lactancia exclusiva de 0 a 6 meses han sido documentadas en la literatura<sup>3</sup>. En particular, a través del proyecto se quiere evaluar si el modelo específico de intervención móvil de visitas domiciliarias, modificado de su versión anterior, e implementado en un área peri-urbano pobre de la ciudad de El Alto resulta un modelo potencialmente costo-efectivo para acercar los servicios de salud y nutrición a poblaciones pobres

---

<sup>1</sup> El distrito Municipal 8, cuenta con aproximadamente 134 urbanizaciones y si bien, no existen datos específicos respecto a su situación socio-económica, se estima que su nivel de pobreza es similar al del área rural del Departamento de La Paz, donde más del 80% de la población es pobre (mapa de pobreza). Son familias de muy escasos recursos económicos que se dedican (la mayoría de ellos) al comercio, transporte e industria informal y tienen un alto nivel de Insuficiencia en educación. La mayor parte de las familias viven en casas alquiladas, frías, de máximo dos habitaciones, paredes de adobe, donde la mayoría de las calles son de tierra. Es común observar acumulación de basura y de aguas “servidas” en las calles debido a la carencia de alcantarillado.

<sup>2</sup> Véase en Gertner, G, J. Johannsen y S. Martinez. 2016. Effects of Nutrition Promotion on Child Growth in El Alto, Bolivia: Results from a Geographic Discontinuity Design, forthcoming in *Economía*.

<sup>3</sup> Ver Grantham Mc-Gregor, S.M., L.C. Fernald, K. Sethuraman. 1999. “Effects of health and nutrition on cognitive and behavioural development in children in the first three years of life. Part 1: Low birthweight, breastfeeding, and protein-energy malnutrition.” *Food and Nutrition Bulletin* 20(1): 53-75; and Part 2: Infectious and micronutrient deficiencies: iodine, iron, and zinc.” *Food and Nutrition Bulletin* 20(1): 76-99; y World Bank. 2010. “What Can We Learn from Nutrition Impact Evaluations?: Lessons from a Review of Interventions to Reduce Child Malnutrition in Developing Countries?” Independent Evaluation Group Studies. Washington, DC.

e indígenas que viven en áreas remotas o con barreras económicas o culturales de acceso a servicios. El Consejo de Salud Rural Andino (CSRA) trabaja en esta metodología desde abril de 2014.

- 2.3 El presente proyecto apoyará la implementación operativa y evaluación de una estrategia de consejería domiciliaria altamente innovador, basado en métodos lúdicos guiados al cambio de comportamiento de madres, padres y cuidadores(as) de niños/as. En este sentido, la nueva intervención difiere de aquella original concluida en 2011. Las intervenciones para responder a las causas de la desnutrición infantil (referidas a alimentación inapropiada y falta de cuidado que ocasiona una ingesta pobre de alimentos y la presencia constante de enfermedades infecciosas) han sido ampliamente estudiadas y podrían ser resumidas en las acciones del "Enfoque Prescriptivo" propuesto en el estudio multicéntrico de la OMS (2006). El punto distintivo de la estrategia propuesta está centrado menos en el *qué hacer* sino en el *cómo hacer* las intervenciones para que los mensajes y aprendizajes lleguen al seno de la familia. A través de un enfoque de Comunicación para el Cambio Social (Calandria, 2005; Gumucio-Dagron, 2011), la intervención utiliza metodologías lúdicas de edu-entretenimiento para transmitir los contenidos de "rutas educativas". Estas rutas corresponden a lineamientos curriculares para cada visita al hogar que contienen mensajes clave de nutrición infantil diseñados para cada etapa etaria (mujer gestante, niños de 0-5 meses, 6-9 meses, 10-18 meses, 19-36 meses) a partir de los hallazgos de una investigación formativa cualitativa realizada en el lugar de la intervención.
- 2.4 Dentro de la lógica vertical de esta Cooperación Técnica, se destacan como productos la culminación de la fase de implementación del modelo de servicios domiciliarios de nutrición infantil en El Alto, Bolivia (componente 1) y la realización de un Reporte de Evaluación de Impacto de los Resultados de la intervención (componente 2). Como resultado esperado, esta CT busca fortalecer el conocimiento y las capacidades de funcionarios públicos en áreas de salud y nutrición infantil en el diseño de programas y políticas públicas basadas en la evidencia empírica a través de la diseminación de los resultados de la cooperación técnica. En última instancia, el impacto esperado de la CT busca apoyar al Gobierno de Bolivia (y de otros países de la región) en la promoción de diseño e implementación de futuros programas en nutrición y salud infantil dentro de la estrategia de políticas de primera infancia en el sector social.
- 2.5 La CT es consistente con la actualización de la Estrategia Institucional (UIS) 2010-2020 (GN-2788-5) y se alinea con la promoción de desarrollo de inclusión social e igualdad al promover el acceso de salud a población vulnerable. También contribuirá al Marco de Resultados Corporativos del Banco 2016-2019 (GN-2727-4) al apoyar actividades para disminuir la pobreza. Asimismo está alineada con los objetivos de la estrategia del Banco con el país 2016-2020, específicamente en la reducción de brechas sociales, con énfasis en el mejoramiento de la calidad de los servicios, en este caso de nutrición<sup>4</sup>. Se espera que los resultados de esta CT enriquezcan y fortalezcan el diálogo sectorial con el gobierno, en áreas aun no incluidas en la programación del portfolio, como es el caso de las políticas de nutrición infantil.

---

<sup>4</sup> La estrategia 2016-2020 no ha sido aprobada por el directorio, pero se publicó la versión de febrero 2016 ( ver [idbnet.iadb.org/siters/CAN](http://idbnet.iadb.org/siters/CAN)).

### III. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y RESULTADOS

- 3.1 **Componente 1. Implementación de servicios domiciliarios de nutrición infantil.** El Programa Mejoramiento de Servicios de Nutrición Infantil se viene implementando en la Ciudad de El Alto desde el 2013, con intervenciones que utilizan metodologías lúdicas y de edu-entretenimiento para transmitir mensajes de buenas prácticas nutricionales. La población objetivo son 1000 hogares, 246 de los cuales aún no cumplen el tiempo requerido de exposición (24 meses de edad, al término del cual salen del programa) y serán objeto de financiamiento de esta CT. Este componente financiará la contratación del CSRA; las actividades que contempla el programa se detallan en los TDR.
- 3.2 **Componente 2. Evaluación de la costo-efectividad de servicios domiciliarios de nutrición infantil.** Este componente financiará asistencia técnica y costos operativos de una evaluación de impacto, incluyendo una encuesta de seguimiento a 2000 hogares (1000 de intervención y 1000 de control) con módulos socio-demográficos, mediciones antropométricas, anemia, circunferencia encefálica, desarrollo infantil temprano, conocimientos y prácticas nutricionales y prácticas de crianza. La recolección de datos contempla el seguimiento (*tracking*) de hogares que hayan cambiado su lugar de residencia original. Asimismo, se llevará adelante el análisis, publicación y diseminación de los resultados. La metodología del diseño de evaluación es experimental. La evaluación identificará atribución causal del programa sobre resultados en conocimiento, prácticas de salud y alimentación e impactos en estado nutricional de niños a través de selección aleatoria de hogares elegibles para participar de la intervención. Aquellos hogares no seleccionados conformarán el grupo de control. La limitada evidencia empírica sobre mecanismos efectivos de mejorar los resultados nutricionales propician la relevancia de esta evaluación. Con el objetivo de rellenar una brecha de conocimiento de intervenciones de primera infancia en contextos comunitarios peri-urbanos y de población mayoritariamente indígena, el resultado esperado es la diseminación de información de impacto y costo-efectividad de alternativas innovadoras para el contenido de visitas domiciliarias en los modelos de salud comunitaria implementados en el país para que en el futuro informen e influyan la formulación de políticas públicas de salud y nutrición del país. Los productos y resultados se detallan en la [Matriz de Resultados](#).

#### Presupuesto indicativo

- 3.3 El siguiente cuadro presenta los costos estimados de la CT. El monto total equivale a US\$200.000, proveniente del Fondo de Países Pequeños y Vulnerables (SVC).

Actividad/Componente	BID/Financiamiento por Fondo	Contrapartida Local	Financiamiento Total
<b>Componente 1.</b> Implementación de servicios domiciliarios de nutrición infantil.	<b>68.579*</b>	<b>0.00</b>	<b>68.579</b>
<b>Componente 2.</b> Evaluación de costo-efectividad de servicios domiciliarios de nutrición infantil.	<b>131.421</b>	<b>0.00</b>	<b>131.421</b>
2.1 Encuesta levantada	126.421	0.00	126.421
2.2 Diseminación y comunicación	5.000	0.00	5.000
	<b>200.000</b>	<b>0.00</b>	<b>200.000</b>

\*Los costos desagregados referenciales se incluyen en los TDRs del Componente 1.

#### IV. AGENCIA EJECUTORA Y ESTRUCTURA DE EJECUCIÓN

- 4.1 El ejecutor de la CT será el BID, División de Protección Social y Salud, a través de la Representación en Bolivia (SPH/CBO) en coordinación con el Ministerio de Salud y los centros de salud en El Alto. Para la ejecución del Componente 1 se suscribirá un contrato directo con la ONG Consejo de Salud Rural Andino-CSRA, dada su experiencia en la implementación de la primera fase del Programa de Mejoramiento de Servicios de Nutrición Infantil en el Alto<sup>5</sup>, de acuerdo con el GN-2350-9, numeral 3.10 (a). La ejecución del Componente 2 será coordinada por SPH/CBO y SPD. El Banco contratará los servicios de firmas consultoras y servicios diferentes de consultoría, de conformidad con las políticas y procedimientos vigentes en el Banco. Ver [Plan de Adquisiciones](#). El plazo de ejecución es de 12 meses y de desembolsos de 18 meses. El equipo del proyecto preparará informes semestrales (agosto y febrero) de progreso y un informe final<sup>6</sup> (un mes antes de finalizar el programa).

#### V. RIESGOS IMPORTANTES

- 5.1 No hay mayores riesgos asociados a esta operación. Para alcanzar sus objetivos, el proyecto depende de una implementación oportuna del Componente 1 (intervención con visitas domiciliarias) según cronograma previsto, previo a la ejecución del Componente 2 (evaluación de impacto), así como una implementación rigurosa del plan de productos y entregables que constituye la base del arreglo de ejecución en forma de un esquema de desembolso contra productos logrados. La experiencia previa con un esquema de ejecución similar que fue implementado exitosamente por el CSRA prevé la evidencia necesaria para asegurar la factibilidad operativa de este diseño. Asimismo, mediante la contratación del coordinador del proyecto como parte del plan acordado de productos esperados, la ONG estará en condiciones de facilitar la coordinación necesaria entre las consultorías participantes, el Banco y el personal técnico del ministerio. De parte del Banco, SPH/CBO proveerá apoyo en la coordinación de las actividades y resultados de esta operación con las autoridades del ministerio y la mesa intersectorial de la Cooperación Internacional en el sector salud.

#### VI. SALVAGUARDIAS AMBIENTALES

- 6.1 Esta CT fue revisada por el *Environmental and Social Impact Review (ESR) Committee* el 29 de enero de 2016. No fueron identificados efectos negativos ambientales o sociales, y la CT fue clasificada como "C" según el *Safeguards Screening and Classification Tool*, considerando las políticas de salvaguardias

---

<sup>5</sup> El CSRA cuenta con más de 29 años de experiencia de trabajo en el sector de salud pública en Bolivia y una reputación excelente en el diseño, la implementación, el monitoreo y la evaluación de programas de salud con el BID. De 2008 a 2011, CSRA implimentó la CT BO-T1083 y de 2013 hasta la fecha viene implementando exitosamente el Programa de Mejoramiento de Servicios de Nutrición Infantil BO-T1181.

<sup>6</sup> La firma auditora del CSRA incluirá una sección en relación a la ejecución del Componente 1 de la presente CT.

ambientales (OP-703), de pueblos indígenas (OP-765) y equidad de género (OP-270) del Banco. Para mayor detalle, ver los [Filtros Ambientales](#).

**Anexos Requeridos:**

[Documento de Programa de País](#) (OPR 2016, Anexo II)

[Términos de Referencia](#)

[Plan de Adquisiciones](#)