

Análisis, Avances y Prospectivas del Pacto Hambre Cero

Elaborado por Ángel Roberto Meléndez Ortiz
para el Consejo Económico y Social de Guatemala

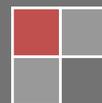
2015

Análisis, Avances y Prospectivas del Pacto hambre cero

Informe Final

CES Consejo Económico y Social de Guatemala

Noviembre/2015



ANÁLISIS, AVANCES Y PROSPECTIVAS DEL PACTO HAMBRE CERO

NOVIEMBRE DE 2015

APOYO PARA LA CREACIÓN DE INSTRUMENTOS QUE SERVIRÁ DE INFORMACIÓN PARA LAS ACTIVIDADES ASOCIADAS AL ANÁLISIS DE POLÍTICAS PÚBLICAS QUE LLEVA A CBO EL CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE GUATEMALA



Abreviaturas y siglas

“APROFAM”	Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala
“APS”	Atención Primaria en Salud
“CAP”	Centro de Atención Permanente
“CAIMIS”	Centros de atención integral materno infantil y Maternidades
“CONASAN”	Seno del Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional
“CENAPAS”	Centro para la atención de pacientes ambulatorios
“HPN”	Hospital de la Policía Nacional
“INCAP”	Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá
“MSPAS”	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
“OPS”	Organización Panamericana de Salud
“PESAN”	Plan Estratégico de seguridad alimentaria y Nutricional
“PHC”	Plan Hambre Cero
“PRS”	Promotor rural de salud
“SM”	Departamento de Sanidad Militar del El Ministerio de la Defensa
“SESAN”	Secretaria de Seguridad Alimentaria y Nutricional
“SINAPS”	Sistema de Nutrición y Atención Primaria en Salud
“TSR”	Técnico en Salud Rural

Resumen Ejecutivo

El Consejo Económico y Social de Guatemala, lleva a cabo diversas investigaciones y estudios acerca de la implementación de políticas públicas en Guatemala, esto para el cumplimiento del mandato contenido en la Ley Orgánica que le dio creación al CES. Por consiguiente el CES, busca generar evidencia sobre las modalidades más efectivas y eficientes de provisión de servicios en el primer nivel de atención, con la finalidad de introducir mejoras en la búsqueda de afrontar de manera directa y contundente el problema del hambre cero.

De acuerdo a la importancia nacional y oportunidad institucional, se seleccionan los temas relacionados con esas políticas públicas y a partir de ahí el grupo de expertos que se les encargará la labor de investigación y estudio.

La Evaluación de Políticas Públicas es un área de investigación aplicada cuya finalidad es valorar la utilidad y bondad de la intervención pública mediante la aplicación de un conjunto de técnicas que se emplean en otros campos de las ciencias sociales.

La evaluación se considera la última etapa. Su objetivo se centra en valorar los resultados de la política y, a su vez, servir de base para la planificación de la intervención pública a lo largo del tiempo, formando parte de un proceso de retroalimentación, explotando sus conclusiones y recomendaciones. La concepción del análisis de políticas públicas incorpora tanto la pretensión de conocer los efectos de las políticas ejecutadas como el intento de racionalizar la toma de decisiones políticas, aprovechando las lecciones de la experiencia.

Los resultados obtenidos, se convierten en insumos y papeles técnicos para que hacia dentro del seno del CES se analicen y se escalen a las diferentes instancias, con la pretensión final que se obtenga alguna opinión, dictamen o resolución por parte de la Asamblea conformada por los tres sectores productivos (Sector Cooperativista, Sector Empresarial y Sector Sindical).

A tales fines se desarrolló la presente evaluación externa, formativa, de resultados de impacto e intermedia con énfasis en la obtención de referencias, análisis, avances, estadística, prospectiva, conclusiones y recomendaciones acerca del tema objeto de estudio “Pacto Hambre Cero y sus variantes. El estudio busca ofrecer a los planificadores, tomadores de decisiones y administradores de recursos, criterios para ajustar el conjunto de servicios, las modalidades de entrega, los sistemas de apoyo y el marco normativo del Pacto en cuestión.

Se obtuvo información documental sobre el marco filosófico, la organización y los procesos, el personal de atención y de administración, la cartera de servicios, el financiamiento y los gastos efectuados en los primeros dos años de ejecución, así como las estadísticas de producción de servicios. Con este acervo de datos se construyó un análisis comparativo que permite valorar los aportes de cada acción puesta en marcha.

El Pacto ha probado sus hipótesis de funcionamiento a escala nacional a lo largo de una administración de gobierno, y con la participación de aproximadamente 24 instancias pertenecientes al sector público, privado, comunidad internacional y de la sociedad civil con recursos públicos escasos y de asignación tardía, y el desafío de su continuidad incluye, no solo los factores antes mencionados, sino un conjunto de fuerzas y actores interesados en su extinción. Así ha llegado a cubrir millones de habitantes en los municipios priorizados particularmente,

poniendo en las zonas rurales dispersas profesionales de la salud y movilizándolo cientos de voluntarios, a un costo total mayor a los 12 mil millones en los años 2012 a 2015 (agosto 2015).

La experimentación de innovaciones, tienen valiosos aportes que ofrecer a la población:

- a) Un enfoque basado en la atención primaria renovada, que busca el acceso universal, la atención integral e integrada, la orientación de servicios hacia la calidad, y la atención de las necesidades de salud de toda la población, con programas familiares y comunitarios que complementen el paradigma dominante de salud individual.
- b) La asignación presupuestaria para cubrir una cartera ampliada de servicios, que rebase el énfasis materno infantil y reconozca el momento de traslapes que se viven en las transiciones demográfica y epidemiológica en Guatemala.

El Pacto Hambre cero representa un avance con relación a los servicios institucionales de primer nivel (puestos de salud), los cuales carecen de recursos, supervisión y capacidad resolutoria.

En el presente análisis, no solamente se consideran los recursos y discursos que identifican el pacto, sino el nivel de desempeño en metas de cobertura y producción de servicios.

El ejercicio muestra que el nivel de financiamiento per cápita puede aumentar bastante, esto significaría un aumento proporcional en los niveles de producción, utilización de servicios y cobertura efectiva.

Para aprender de esta lección deben reconocerse varios desafíos. El primero consiste en realizar estudios de necesidades de salud para redefinir la cartera de servicios con especificidad regional e incorporación de capacidad resolutoria frente a las lesiones y entidades no transmisibles que ganan espacio en la carga de enfermedad para Guatemala. El segundo, formular una política de recurso humano comunitario que entre otros temas defina planes, lineamientos y recursos para la formación básica, la capacitación en servicio y los procesos de administración del recurso humano. El tercero, definir mecanismos de asignación territorial de recursos para reducir las posibilidades de recorte, transferencia o eliminación de fondos para su funcionamiento.

Contenidos

I. Introducción.....	1
II. Antecedentes.....	4
Cambios en el perfil epidemiológico	4
Financiamiento de la salud en Guatemala	10
Desarrollo de los servicios en el primer nivel de atención	14
Los Puestos de Salud	15
La Atención Primaria de Salud	15
Reforma Sectorial de Salud	16
El Programa de Extensión de Cobertura	17
III. Marco Conceptual	17
La Salud como un Derecho.....	18
La Atención Primaria en Salud Renovada como el marco operativo	19
Equidad y salud	20
Modelos de Gestión, Atención y Financiación	21
Modelo de Gestión.....	22
Modelo de Atención.....	22
Modelos de Financiación.....	23
Participación social.....	24
El Pacto Hambre Cero Compromiso de Estado	24
Texto del Pacto Hambre Cero	24
Contexto del Plan	26
Presupuesto	27
Objetivos	28
Focalización	29
Instituciones Participantes	31
Acrc del Pacto Hambre Cero	32
Cobertura Geográfica.....	32
Correspondencia Institucional	32
Instituciones responsables de los objetivos del Plan Hambre Cero	33
Componentes Directos.....	34
De Viabilidad y Sostenibilidad	34
Ejes Transversales	35
La Gestión por Resultados.....	35
IV. Metodología para recolección de información	36
V. Presentación de resultados.....	37
Ejecución Presupuestaria	37
Impacto	42
análisis de datos de consumo aparente de alimentos	56
Desnutrición	57
Derecho a la Salud	64
La Participación Social.....	64
Institucionalización.....	65
Factibilidad	65
Gestión	65
VI. Percepción de los Usuarios	66
Limitación de análisis	68
VII. Discusión de Resultados	69

VIII. Prospectivas.....	71
IX. Conclusiones.....	74
X. Recomendaciones.....	76
Bibliografía	79

Gráficas.....	
Gráfica 1 Evolución de las tendencias de algunos grupos de enfermedades en número de casos en el período 2005 a 2010	5
Gráfica 2 Número de casos de distintos grupos de enfermedades según grupo de edades para el año 2009.....	6
Gráfica 3 Causas de mortalidad según número de casos para distintos grupos de enfermedades ...	7
Gráfica 4 Porcentaje de muertes maternas según educación, categoría étnica y área geográfica 2007.....	9
Gráfica 5 Participación porcentual de las fuentes de financiamiento de la salud y su evaluación ..	11
Gráfica 6 Gasto Público en salud como porcentaje del PIB de países seleccionados, 2009	11
Gráfica 7 Indicadores del gasto público de salud, período 1999 al 2005	12
Gráfica 8 Gasto público y privado en salud como porcentaje del PIB del año 2000 al 2009.....	12
Gráfica 9 Proporción de los gastos de bolsillo en los ingresos familiares de acuerdo a eventos con y sin hospitalización según quintiles de ingreso para los 30 días previos a la ENCOVI 2006.....	13
Gráfica 10 Encovi 2006: Resultados básicos de todas las personas del hogar respecto a la distribución del lugar de atención de los servicios de salud.....	14

Ilustraciones:

Ilustración 1. Guatemala, 1950 - 2011. Línea de tiempo de la provisión de servicios en el primer nivel.....	17
Ilustración 2. Componentes de un sistema de cambio	22

Tablas:

Tabla 1 Mortalidad infantil por mil nacidos vivos para diferentes años, según etnia y zona urbana y rural	8
Tabla 2 La Integración del presupuesto identificado a nivel nacional que apoya la seguridad alimentaria y nutricional PHO	28

I. Introducción

Los problemas de salud se cuentan entre los más acuciantes y urgentes de resolver para la población de Guatemala. La pérdida de la salud impacta todos los órdenes de la vida de las personas y reduce sus posibilidades de lograr sus aspiraciones y expectativas. Además de su papel en el desarrollo, la productividad y la competitividad del país, la salud constituye un derecho ciudadano y por lo tanto, su atención es una responsabilidad del Estado.

La respuesta del Estado guatemalteco se organiza bajo la conducción formal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Esta institución, además de la función de rectoría del sistema de salud, y administrar más de dos tercios del financiamiento de salud con impuestos generales, constituye el principal prestador de servicios públicos en el país. Por ello es en extremo relevante comprender la estructura de la red de servicios, sus relaciones, y sobre todo, la manera en la que se gestionan y organizan para la prestación de los servicios. El presente análisis cubre el nivel primario de salud y en éste, los esfuerzos para extender la cobertura del sistema oficial de servicios hacia las poblaciones rurales dispersas.

En Guatemala, la provisión de servicios públicos de salud se organiza en tres niveles de atención atendiendo a su capacidad de resolución. Desde esta perspectiva y en un plano normativo, se entiende a los servicios del primer nivel como los de menor complejidad y primer contacto con la población, y donde se realiza la función de inicio del proceso de atención, que, con excepción de la atención de emergencias, permite derivar los problemas a otros niveles de acuerdo a su complejidad. El segundo nivel cuenta con mayor capacidad de resolución debido a la composición de sus recursos humanos y tecnológicos, y el tercer nivel, el de mayor tecnología y especialización, se constituye en un nivel de referencia.

Esta estructura, pensada desde el deber ser, enfrenta amplias variaciones en la realidad. Muchas personas que buscan servicios, sin importar el tipo de padecimiento, pueden encontrar su primer punto de contacto con los servicios en cualquiera de los niveles descritos. Se ha argumentado que este comportamiento poblacional en la búsqueda de servicios se debe a factores culturales, sociales, institucionales y económicos, que resultan en distintas opciones, preferencias, y utilización de servicios, y que, junto con la disponibilidad, el acceso y la calidad de los servicios, conforman estos patrones de uso de servicios.

Dos elementos fundamentales se han descrito en la utilización de los servicios como los más relevantes en cuanto al cumplimiento de los objetivos de los servicios de salud¹; el modelo de gestión y el modelo de atención.

El modelo de gestión está relacionado con el ciclo de la administración (planificación, organización, integración, dirección y control), con la vigilancia en salud y su sistema de información, con el personal y con los recursos financieros.

¹ Se afirma que los objetivos de los servicios de salud son: a) mejorar la situación de salud; b) generar satisfacción pública; y c) proteger financieramente a la población de los gastos de la enfermedad. (OMS 2009)

Por otro lado, el modelo de atención, se refiere a la concepción del proceso salud-enfermedad que subyace en las intervenciones, en los enfoques o atributos que se desarrollan en las acciones, en su contenido programático y en el desarrollo instrumental y operativo.

De la eficacia, efectividad y eficiencia de los modelos de gestión y atención, se obtienen los resultados de la provisión de servicios en general pero, especialmente, los que ocurren en el primer nivel de atención, dado que cuenta con menor cantidad de recursos y atiende una mayor cantidad de población.

Las razones por las que el primer nivel de atención se torna en el pivote central del proceso de atención, es que, como se mencionó arriba, no solo es el primer contacto de la red de servicios públicos de salud, sino también, es donde se inicia el proceso de atención.

En Guatemala, en las últimas dos décadas, se han desarrollado por diferentes procesos históricos y políticos, entre los que se pueden mencionar como los más relevantes los Acuerdos de Paz y el proceso de ajuste estructural y reforma sectorial, distintos enfoques de provisión de servicios que han derivado en diferentes modelos de gestión/atención que han aumentado la fragmentación de la provisión de servicios y no han permitido una gestión eficiente de los recursos.

El hecho de que la situación de salud del país no mejora al ritmo deseado y que muchos de los problemas se han hecho seculares, obliga a reflexionar sobre el tipo de intervenciones que se hacen para mejorar, situación que necesariamente hay que enmarcarla en el modelo de atención y el modelo de gestión como procesos administrativos; y fundamenta que esas acciones no solo estén bien definidas, sino que cuenten con los recursos. Para que las intervenciones, es decir, el modelo de atención funcione, el tema del financiamiento de la salud es básico para realizar un análisis estructurado.

En el año 2012 se analiza y se pone en marcha el pacto hambre cero como una hoja de ruta de Gobierno como resultado de un esfuerzo Nacional, con la finalidad de hacer operativo el pacto desde el Organismo ejecutivo y con la colaboración de de todos los sectores que se sumen a cambiar el país en este esfuerzo Nacional, priorizando en primera instancia los 166 Municipios afectados por la desnutrición crónica establecida en el III censo Nacional de talla en escolares.

Para hacer una realidad el Pacto Hambre Cero, la Secretaria de Seguridad Alimentaria y Nutricional “SESAN”. Coordino con Ministerios, Secretarias de Estado y distintas entidades públicas, privadas y cooperación Internacional, la formulación del Plan el cual fue aprobado en el Seno del Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional “CONASAN” este plan es la concreción política y operativa del Plan Estratégico de seguridad alimentaria y Nutricional “PESAN” 2012 - 2016

Este documento muestra el “Análisis, Avances y Prospectivas del Pacto Hambre Cero, donde se busca mostrar los rasgos relevantes y sustantivos del Pacto, presentando un análisis comparativo del mismo en los años revisados los mismos que sirva de insumos para la toma de decisiones. En particular, se busca:

- Aportar criterios basados en evidencia a las discusiones acerca del plan.
- Promover el diálogo de políticas para asegurar el fortalecimiento del pacto en el primer nivel de atención.

- Asegurar la continuidad de la provisión de servicios de salud a la población más vulnerable del país, independientemente de los cambios que se introduzcan en los modelos de entrega.

Se presenta las principales características del pacto de atención desde los ámbitos conceptuales y doctrinarios, sus características relativas a la prestación de los servicios, la gestión, el manejo de la información, los aspectos económicos y la participación social. A partir de estos elementos se realiza un análisis, intentando poner en relevancia lo factores esenciales del mismo, bajo la perspectiva de su sostenibilidad y sustentabilidad para apoyar a los decisores.

II. Antecedentes

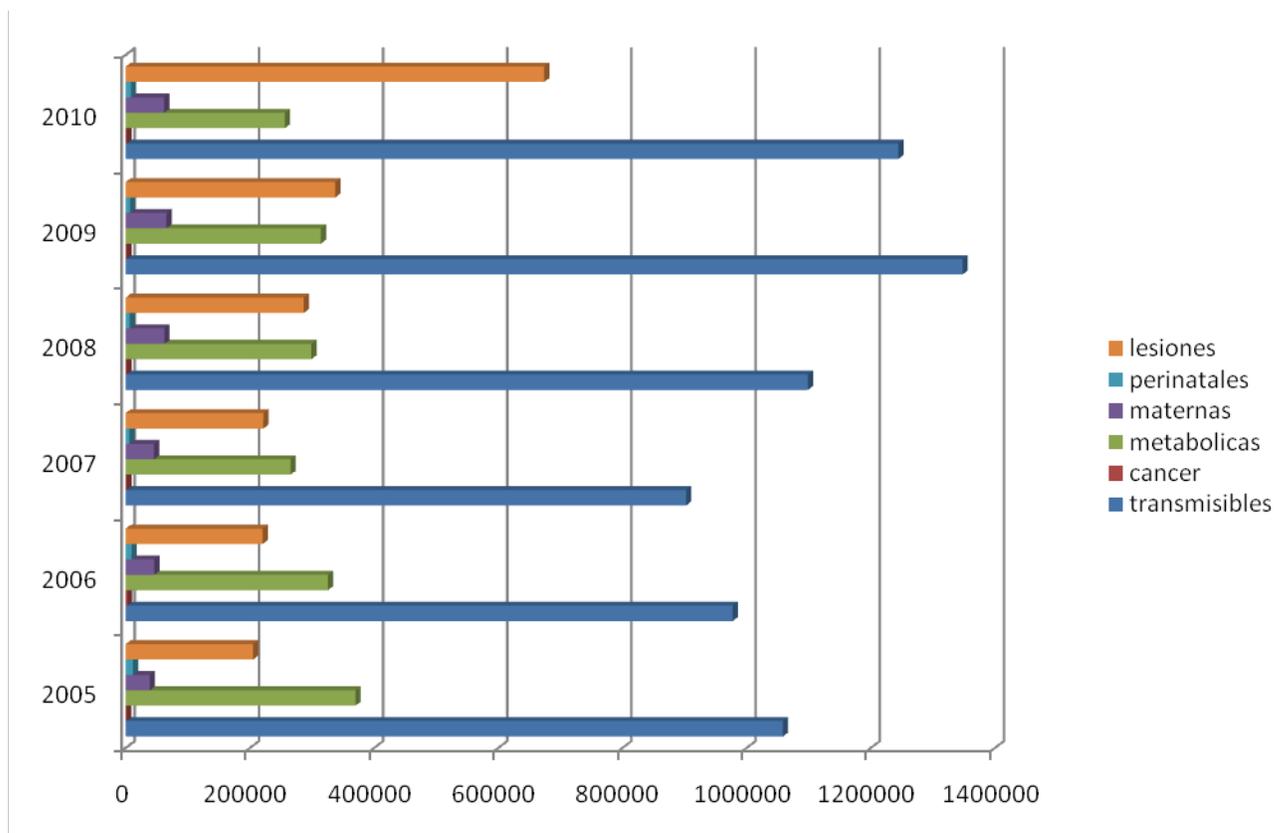
Cambios en el perfil epidemiológico:

La salud, entendida como un producto social, depende de múltiples factores, en su mayoría externos al sector salud, especialmente los vinculados a las condiciones de vida, por ejemplo la vivienda, los ingresos económicos de los hogares, el acceso a la educación, el empleo y la protección social. Se puede afirmar entonces, que el perfil de morbilidad es el resultado de la conjunción de estos factores determinando la distribución dentro de la población de los distintos problemas de enfermedades y riesgos. De esta manera, la morbilidad es un indicador social en donde los servicios de salud juegan un importante papel, pero del todo complementario al resto de acciones derivadas de la política social. Por otro lado, la mortalidad, aún cuanto también representa el éxito o fracaso de las acciones que la sociedad emprende para proteger a sus ciudadanos, también es un indicador de la eficiencia y efectividad de los servicios, especialmente si el indicador son las muertes prematuras (UNICEF-ICEFI 2012).

Un examen de la morbilidad fue hecho en un estudio sobre el sistema de salud guatemalteco, (PNUD 2008) mostrando que, en términos generales, de lo que más enferman los guatemaltecos es de problemas infecciosos entre los cuales, las infecciones respiratorias agudas, la diarrea, el parasitismo intestinal y las neumonías ocupan los primeros lugares, la tendencia, según se muestra en esta publicación, es que la diarrea como causa de enfermedad tiende a disminuir, dato que contrasta con lo reportado por la ENSMI 2008-2009 donde se muestra un incremento en la incidencia de enfermedad diarreica en menores de 5 años. Los datos de morbilidad tiene un problema importante, el sub registro. Una de las causas de este problema son las debilidades del sistema de información de salud que, si bien no han sido cuantificadas aún, estimaciones del Instituto Nacional de Estadística respecto a la muerte materna en el año 2000 mostraba un 40% de sub registro, y dado que no se han modificado sustancialmente los procedimientos, probablemente el problema persiste. Una de estas debilidades tiene su origen en el hecho que quienes mayoritariamente recopilan la información son auxiliares de enfermería y personal comunitario, que no solo no tienen el entrenamiento que los califique para diagnosticar problemas de salud sino que los registros los hacen en el marco restringido de instrumentos que dicen qué debe ser registrado, dejando por fuera a otras condiciones que se presentan en los servicios.

Aún con estas limitantes, examinando la evolución de los datos registrados, puede tenerse una idea de las tendencias.

Gráfica 1 Evolución de las tendencias de algunos grupos de enfermedades en número de casos en el período 2005 a 2010



Fuente: Elaboración propia 2012, con datos de SIGSA, MSPAS

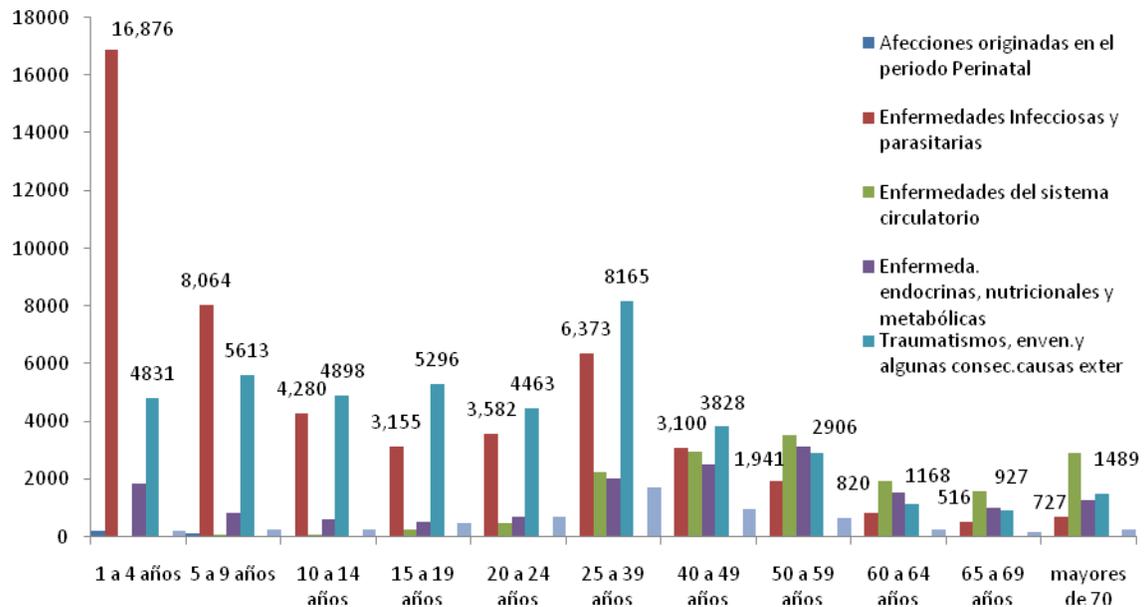
Como se observa en la gráfica anterior, las enfermedades transmisibles ocupan el mayor número de casos y muestran una tendencia hacia el incremento; un caso similar ocurre con las lesiones, las cuales, según esta serie, son el segundo lugar como causa de morbilidad, los problemas metabólicos, las causas relacionadas al embarazo y período perinatal, y el cáncer, han mantenido una tendencia sin mayores cambios en este período.

Por otro lado, si se desagregan las causas por grupos de edad, se muestra un panorama heterogéneo.

De 1 a 4 años, la principal causa de enfermedad son los problemas infecciosos y parasitarios, seguido de lesiones externas y problemas nutricionales, los problemas infecciosos descienden en número de casos de manera consistente hasta encontrar un nivel bajo de 15 a 19 años elevándose nuevamente entre los 25 y 39 años para descender progresivamente en los grupos de mayor edad.

Los problemas relacionados a la violencia encuentran su pico más alto de los 20 a los 40 años descendiendo progresivamente en los segmentos de mayor edad. Las enfermedades cardiovasculares se elevan alrededor de los 40 años y mantienen una tendencia al alza. Los problemas endócrinos cobran relevancia alrededor de los 50 años.

Gráfica 2 Número de casos de distintos grupos de enfermedades según grupo de edad para el año 2009

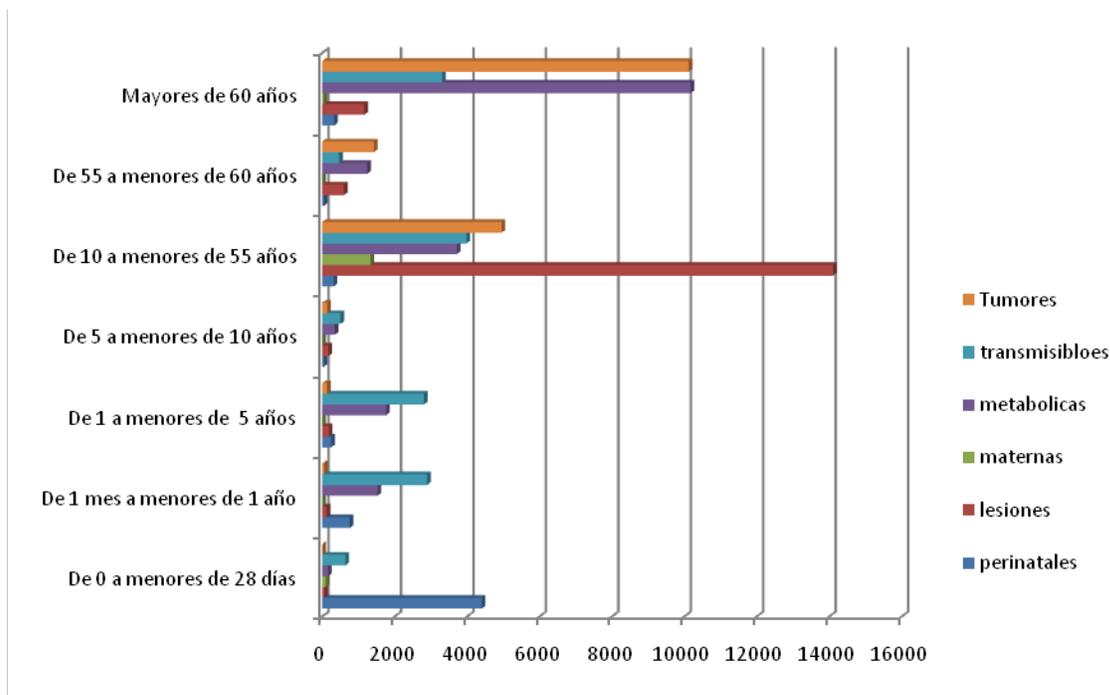


Fuente: Elaboración propia 2012, con datos de SIGSA, MSPAS

Como se mencionó en los párrafos anteriores, si bien la morbilidad es el resultado de las condiciones de vida, el modo de vida y los estilos de vida, la mortalidad está más estrechamente relacionada con los servicios de salud. En el estudio citado anteriormente (PNUD 2008) se analizó la tendencia de las causas de muerte durante el período de 1986 al 2004. Lo más relevante es que durante este período, los problemas transmisibles, que si bien aumentaron en número de casos de morbilidad, mostraban disminución como causa de muerte. Esto probablemente es el resultado de un énfasis notorio de las intervenciones hacia causas infecciosas realizadas por los servicios de salud. Contrariamente con lo ocurrido con los problemas infecciosos, los tumores, los problemas cardiovasculares y las lesiones externas mostraron un crecimiento sostenido como causas de muerte. Sin duda esto es evidencia de lo que se conoce como transición epidemiológica que describe el paso de un perfil de enfermedad y muerte con predominancia de problemas infecciosos y parasitarios, hacia otro donde predominan los problemas crónicos y degenerativos. En el caso de Guatemala, no se puede hablar de “transición”, puesto que no se abandona un perfil para entrar a otro sino existe una suerte de “convivencia” de perfiles por lo que se prefiere nombrar a esta situación “polarización epidemiológica”).

Al igual que con la morbilidad, el perfil de las muertes es diferenciado según grupos de edad. En la gráfica siguiente se muestra cómo los problemas transmisibles son importantes causas de muerte en todos los grupos de edad excepto en los adolescentes, mientras que las causas relacionadas con la violencia cobran muchas vidas de este segmento poblacional. Así mismo, los tumores constituyen la principal causa de muerte en las personas mayores.

Gráfica 3 Causas de mortalidad según número de casos para distintos grupos de enfermedades y grupos de edad para el período 2005 a 2010



Fuente: Elaboración propia 2012, con datos de SIGSA, MSPAS

Otra manera de examinar el perfil epidemiológico es mediante la carga de enfermedad. En una publicación reciente se muestra como las muertes evitables tienen un perfil diferenciado de acuerdo al grupo de edad. (Índice municipal de Salud, Ricardo Valladares 2010)

De acuerdo a los datos presentados, en el segmento de 0 a 5 años, las enfermedades infecciosas y los problemas no transmisibles y los problemas perinatales dan cuenta de la mayor carga de muertes prematuras, mientras que en el segmento de 6 a 12 años debutan los problemas relacionados a las lesiones externas, persistiendo los problemas transmisibles y los no transmisibles.

En el segmento de los 13 a los 25 años, los problemas relacionados con la violencia constituyen la principal causa de muertes prematuras. En el segmento de los 26 a los 70 años, los problemas no transmisibles constituyen la principal carga de enfermedad.

Al revisar las causas de muerte, su tendencia en el tiempo y sus efectos en términos de carga de enfermedad, es posible encontrar evidencia de lo que se afirmaba en los párrafos anteriores: Guatemala asiste a un proceso de polarización epidemiológica donde sin haber resuelto los problemas infecciosos y carenciales, ahora enfrenta un importante número de casos de problemas crónicos y degenerativos que demandan nuevos enfoque e intervenciones en los servicios de salud.

En la tabla siguiente se muestran los datos de mortalidad infantil por distintas variables:

Tabla 1 Mortalidad infantil por mil nacidos vivos para diferentes años, según etnia y zona urbana y rural

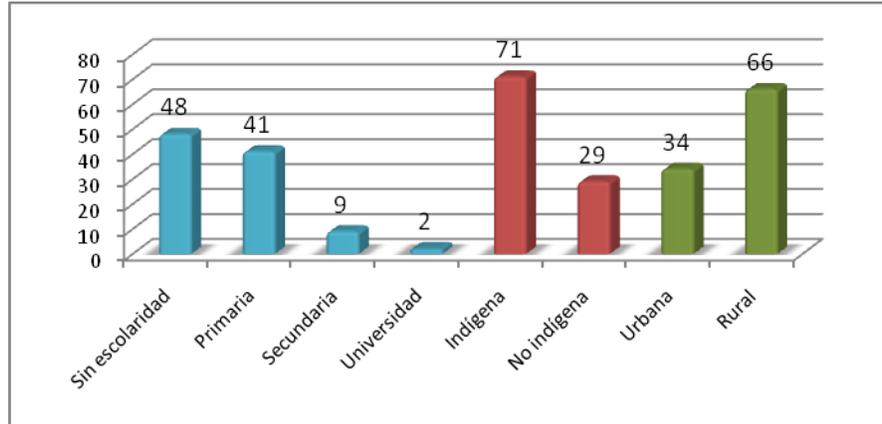
	1987	1995	1998/99	2002	2008/09
Mortalidad infantil	79	57	49	44	34
Indígena	76	64	56	49	40
No-indígena	85	53	44	40	30
Área					
Área Urbana	65	45	49	35	27
Área Rural	84	63	49	48	38

Fuente: ENSMI 2008-2009

Como puede observarse, la mortalidad infantil ha disminuido de manera progresiva y esto es válida para la población indígena y no indígena y para los que habitan las zonas rurales y urbanas. No obstante, las desigualdades étnicas se han mantenido invariables pues los niños indígenas mueren en mayor número que los no indígenas y los rurales más que los urbanos. Esta situación inequitativa no se ha modificado en el período registrado en la tabla precedente.

Un caso similar ocurre con la mortalidad materna. De acuerdo a los datos del estudio nacional de mortalidad materna 2007, las muertes de mujeres indígenas es el doble de las no indígenas y un caso similar ocurre con las rurales respecto a las urbanas. El nivel educativo también resultó un elemento importante para las muertes de mujeres. Aquellas sin educación tienen 5 veces más muertes que las que han concluido la secundaria.

Gráfica 4 Porcentaje de muertes maternas según educación, categoría étnica y área geográfica 2007



Fuente: Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2007, MSPAS

Además de la ya citada polarización epidemiológica, el perfil guatemalteco de enfermedad y muerte muestra importantes inequidades, que no hacen más que reflejar las condiciones en las que viven las personas indígenas, rurales, pobres y sin educación formal. Una situación en donde la presencia del Estado para garantizar los derechos ciudadanos a la salud, la educación, la vivienda y el trabajo son una asignatura pendiente. Las condiciones de inequidad muestran las necesidades de servicios, mismos que deben ser de tales características que permitan a todos y todas las habitantes del territorio nacional acceder a servicios todos los días, en todo el país, para todas las condiciones y con todos los recursos disponibles.

A pesar de los distintos esfuerzos encaminados a mejorar la situación del derecho a la salud de los guatemaltecos, en mayo de 2010, el Informe del Relator Especial sobre el derecho a la salud de la ONU, Anan Grover, señala que el sector de la salud de Guatemala «adolece de una grave carencia de recursos y está concentrado en las zonas urbanas». Se evidencia en el mismo informe la existencia de importantes desigualdades en el disfrute del derecho a la salud de las comunidades indígenas y las mujeres, particularmente en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, así como la restricción al acceso a los medicamentos.

En el mismo sentido, el citado informe menciona la concentración de los servicios de salud en las zonas urbanas, la insuficiencia de los recursos e importantes barreras lingüísticas como obstáculos sustantivos al acceso de los pueblos indígenas a la atención de salud, al igual que la falta de una política o un plan nacional integral para la atención sanitaria. También señala que en las zonas rurales, las mujeres indígenas siguen siendo un grupo marginado con grandes disparidades en la utilización de anticonceptivos y el acceso a la atención obstétrica así como abortos practicados en condiciones peligrosas, y una creciente prevalencia de la violencia contra la mujer. El 80% del gasto en salud corresponde a gasto de bolsillo de los ciudadanos y advierte sobre la necesidad de mejorar el acceso a agua potable y drenajes así como combatir la desnutrición crónica que afecta a uno de cada dos niños menores de 5 años. Esta realidad, por demás compleja, tiene como uno de sus factores esenciales, la manera como el MSPAS provee servicios, especialmente en el primer nivel de atención, pues al ser estos la puerta de entrada al sistema de salud, cobra una importancia crucial en el proceso de atención. En este contexto, es legítimo, y sobre todo necesario, continuar en la búsqueda y perfeccionamiento de nuevos modelos de atención de la salud, esfuerzo en el que se inscribe esta investigación.

Financiamiento de la salud en Guatemala

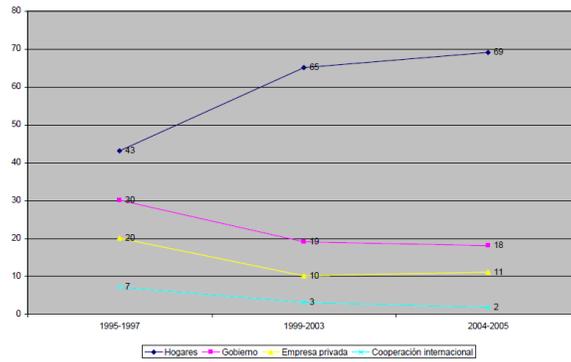
Abordar el tema del financiamiento de la salud en el país necesita hacerse desde la perspectiva de tres dimensiones: la primera es la relativa a la arquitectura financiera, es decir cómo se recolecta el dinero, quien lo hace, cómo se toman las decisiones del gasto y qué resultados se obtienen. La otra dimensión es la relativa al gasto público, y específicamente, al gasto del MSPAS, y la última se refiere al gasto de los hogares en aspectos relacionados a la salud.

En el primer aspecto, es decir la arquitectura financiera, encontramos que ésta permite la coexistencia de tres modalidades para financiar los servicios. Por un lado están los servicios financiados por los impuestos generales y que utilizan los presupuestos de las entidades como el MSPAS, Ministerio de Gobernación, y Ministerio de la Defensa; por otra parte están los servicios provistos por el IGSS, que se basan en la contribución tripartita entre patronos, trabajadores formales y el Estado. Con estas modalidades coexiste el sistema privado que incluye las clínicas, farmacias, hospitales y centros de diagnóstico privados, las compañías de seguros y una serie de proveedores de servicios alternativos que forman parte del sector privado lucrativo.

A esta modalidad fragmentada de financiar la provisión de servicios, se le suma la débil rectoría y regulación de la que es objeto el sector salud. Si bien, según la Constitución Política de la República y el Código de Salud, le corresponde al MSPAS el establecimiento de las reglas y normativas para el funcionamiento adecuado y armónico del sector, con el objeto de cumplir con los objetivos de mejorar las condiciones de salud de la población, generar satisfacción pública y proteger financieramente a los ciudadanos de los gastos empobrecedores de la mala salud, esto no llega a ocurrir, en parte por la debilidad financiera de la institución y en parte por los intereses económicos que se dirimen en la arena comercial y política.

La expresión práctica de esta fragmentación hace que los fondos se dispersen y no logren generar una oferta de servicios públicos adecuados. De acuerdo a las cuentas nacionales de salud, y respecto a las fuentes de financiamiento y su participación en el tiempo, el sistema de salud de Guatemala ha asistido a una contracción de la inversión gubernamental, de las empresas privadas y de la cooperación internacional, y a un incremento de la participación de los hogares.

Gráfica 5 Participación porcentual de las fuentes de financiamiento de la salud y Su evolución en el periodo de 1995 al 2005



Fuente: El Sistema de Salud de Guatemala, ¿hacia donde vamos?, Síntesis, libro 9, PNUD 2008

Esta realidad conduce el análisis hacia la segunda dimensión: el gasto público. Ahora bien, qué es el gasto público?: “De acuerdo al Manual de Estadísticas de Finanzas Públicas 2001 del FMI, se establece que los desembolsos del Estado en salud incluyen los gastos en servicios prestados a particulares y los gastos en servicios prestados a colectivos. En tal sentido, el gasto público en salud en Guatemala es llevado a cabo por diversas entidades dentro del gobierno central y además por los gobiernos locales, los cuales, en su mayoría, buscan apoyar el trabajo realizado por el MSPAS dentro de los municipios del país. Entre estas entidades se encuentran: Ministerio de la Defensa Nacional, el Ministerio de Gobernación, el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación, el Ministerio de Comunicaciones, Infraestructura y Vivienda, Fonapaz y algunas secretarías del ejecutivo”.(UNICEF-ICEFI 2012)

Mediante el examen del gasto público dedicado a la salud, es posible aproximarse al grado de prioridad que el Estado otorga a su responsabilidad de la garantía del derecho a la salud.

Gráfica 6 Gasto Público en salud como porcentaje del PIB de países seleccionados, 2009
Cifras en porcentajes



Fuente: UNICEF-ICEFI 2012

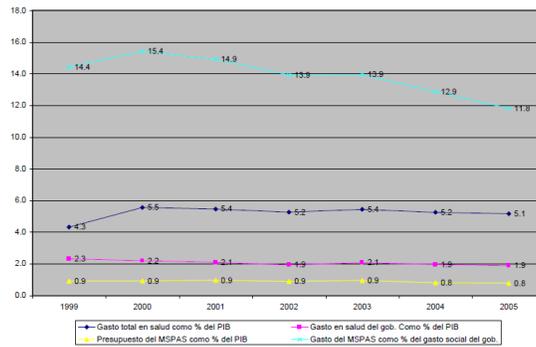
En la gráfica precedente se observa como Guatemala es el país con menor gasto público en salud de la región. Países como Nicaragua, Costa Rica y Panamá superan el promedio regional de gasto, mientras que Guatemala está cercano a la mitad de dicho promedio.

El gasto total en salud como porcentaje del PIB se ha incrementado de 4.3% en 1999 a 5.1% en el 2005. (PNUD 2008) De acuerdo a el MSPAS, el gasto total en salud para el año 2010 fue de 6.3% del PIB. (MSPAS 2012) Si bien el incremento del gasto total en salud no es de grandes dimensiones, la tendencia es hacia el aumento; sin embargo, el gasto en salud del gobierno bajo desde 2.3% a 1.9% en el mismo período. Además el gasto del MSPAS como porcentaje del gasto social del gobierno bajó desde 14.4% en 1999 a 11.8% en 2005.

El porcentaje del presupuesto asignado al MSPAS como proporción del PIB, ha mostrado un crecimiento muy débil pues de 0.9% en 1999, bajó a 0.8 e 2005 y según declaraciones recientes, se ha incrementado a 1% del PIB. (MSPAS 2012).

Estos datos evidencian el bajo grado de prioridad del gobierno para el financiamiento de la salud, no solo en relación a la comparación del gasto público con la región centroamericana, sino a la proporción que se asigna a la salud como parte del gasto social y de manera particular a lo asignado al MSPAS.

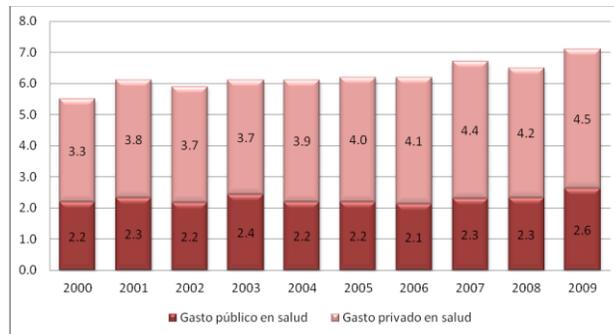
Gráfica 7 Indicadores del gasto público de salud, período 1999 al 2005



Fuente: PNUD 2008

El hecho de la insuficiencia, o más bien la contracción del gasto público, trae a discusión el gasto privado, el cual aumenta de forma constante.

Gráfica 8 Gasto público y privado en salud como porcentaje del PIB del año 2000 al 2009



Fuente: UNICEF-ICEFI 2012

El gasto privado tiene como su principal componente el gasto de bolsillo el cual representa, como fuente de financiamiento el 70% y como parte del gasto privado el 90%. El resto del gasto

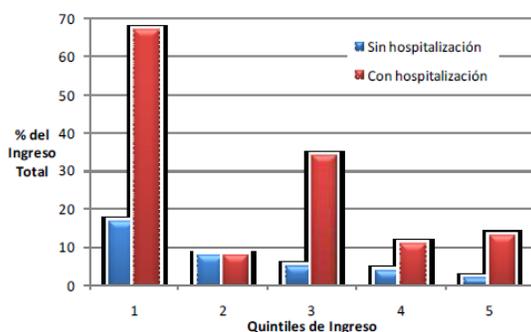
privado es el de las empresas al pagar el IGSS por ejemplo y comprar servicios de salud por medio de proveedores privados para sus empleados.

El gasto de bolsillo es aquel que se hace mediante pagos directos a los proveedores de bienes y servicios de salud. Estos incluyen consultas a profesionales de la salud, compra de medicamentos, pago por servicios de laboratorios, diagnóstico por imágenes, compra de prótesis y ortesis, y aún los pagos a proveedores de terapias alternativas o terapeutas mayas.

Ahora bien, ¿por qué los gastos de bolsillo son importantes?, la respuesta radica en que los problemas de salud son altamente impredecibles y son capaces de generar gastos de tal dimensión que pueden afectar la estabilidad económica familiar y convertirse en gastos catastróficos (gastos que superen el 40% del ingreso familiar).

Los gastos de bolsillo generalmente son tardíos, bajo apremio, muchas veces ineficientes, y sobre todo con un gran potencial empobrecedor. Todos los hogares, sin importar su condición socio económica incurren en gastos de bolsillo, pero el efecto en la economía familiar es dramáticamente diferenciado.

Gráfica 9 Proporción de los gastos de bolsillo en los ingresos familiares de acuerdo a eventos con y sin hospitalización según quintiles de ingreso para los 30 días previos a la ENCOVI 2006

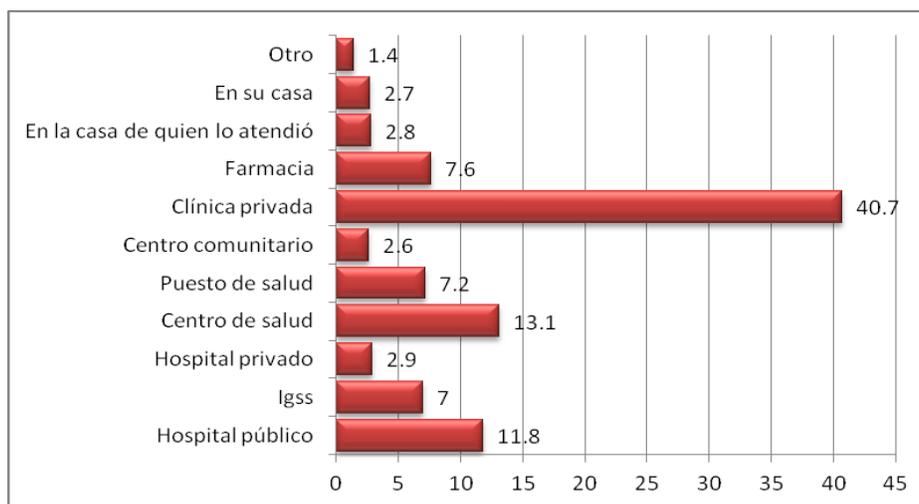


Fuente: ENCOVI 2006

Como se aprecia en la gráfica anterior, en el quintil de menores ingresos, cerca del 20% fue dedicado a atender problemas de salud, sin embargo, cuando hubo necesidad de hospitalización el porcentaje subió a 70% de los ingresos. La proporción de los gastos de bolsillo por servicios no hospitalarios se reduce a medida que mejora la situación económica. Estos datos ponen de relieve la importancia de contar con servicios permanentes de salud, integrales y accesibles para reducir las posibilidades de gastos empobrecedores a causa de la mala salud. No obstante, la realidad es otra.

De acuerdo a la ENCOVI 2006, las elecciones que las personas hacen cuando enferman dependen de la disponibilidad de los servicios. Según esta encuesta, al preguntarles a las personas a donde acudieron a atender sus problemas de salud, las respuestas mostraron que la opción más buscada es la clínica privada, seguida por el centro de salud, los hospitales públicos y las farmacias. Situándonos en el primer nivel de atención, los puestos de salud son consultados en un 7.2% mientras que a los centros comunitarios solo acuden en un 2.6% de los casos.

Gráfica 10 ENCOVI 2006: Resultados básicos de todas las personas del hogar respecto a la distribución del lugar de atención de los servicios de salud



Fuente: PNUD 2008(b)

Esta misma encuesta muestra que un 48% de eventos de salud es atendido en el ámbito doméstico y en cuanto al personal de salud más consultado resulta que el Profesional formal de la salud (médico, psicólogo, enfermera profesional, odontólogo) es consultado en un 39%, la auxiliar de enfermería en un 4.8%, el (la) farmacéutico en 4% y el promotor, vigilante o guardián de la salud en un 1.1%.

Estos datos dan una idea indirecta de la cobertura de los servicios de salud y permiten inferir que el gasto de bolsillo es tan alto como consecuencia de la falta de servicios, tanto en disponibilidad como en acceso.

Desarrollo de los servicios en el primer nivel de atención:

El sector público de la salud en Guatemala está integrado por el Ministerio de Salud -MSPAS-, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social-IGSS-, El Ministerio de la Defensa a través del departamento de Sanidad Militar -SM-, y el Ministerio de Gobernación que maneja el Hospital de la Policía Nacional -HPN-; todos éstos funcionan de manera autónoma, dependen de distintas asignaciones presupuestarias y no existen mecanismos oficiales de coordinación entre sí.

El MSPAS tiene cobertura nacional y atiende población abierta. El IGSS cubre a la población afiliada (18% de la población), la condición de afiliación la genera el empleo formal; no cubre a la población en situación de empleo informal, desempleados o empleados por cuenta propia. Provee servicios de atención de accidentes, maternidad para las afiliadas y esposas de afiliados, enfermedades a los afiliados, y atención pediátrica a los hijos de afiliados menores de 5 años. Sanidad Militar cuenta con un hospital general en la capital de la República pero presta servicio a los efectivos militares desplegados en todo el país. Un caso similar ocurre con el Hospital de la Policía Nacional, en donde son atendidos todos los agentes de policía del país pero está ubicado en la ciudad capital. Tanto el IGSS, como SM y el HPN brindan servicios esencialmente curativos.

El MSPAS se organiza en tres niveles de atención: el nivel 1 es el primer contacto de los usuarios con los servicios (teóricamente) y provee servicios de menor complejidad en dos modalidades, una constituida por los servicios permanentes en puestos de salud donde la población abierta es atendida por una auxiliar de enfermería y atiende la demanda espontánea y desarrolla los 21 programas del MSPAS mediante protocolos llamados “normas de atención”. Los puestos de salud se organizan para atender a 2,000 habitantes y varios puestos de salud están adscritos a un centro de salud que se organiza para atender y dar apoyo a un máximo de 5 puestos de salud.

El nivel 2 tiene mayor capacidad resolutive pues cuenta con médicos y enfermeras, ocasionalmente también psicólogos, nutricionistas y laboratorio. En este nivel funcionan los centros de salud y las modalidades de CAP (Centro de Atención Permanente), CENAPAS (Centro para la atención de pacientes ambulatorios), CAIMIS (centros de atención integral materno infantil) y Maternidades Cantonales.

El tercer nivel está constituido por los 45 hospitales públicos del país entre los que se cuentan: hospitales distritales, hospitales regionales, hospitales generales y hospitales especializados.

En teoría, los pacientes son captados por el nivel 1, y cuando las necesidades o complejidad del padecimiento exceden las competencias de los puestos de salud o centros de convergencia, debe ser referido al nivel 2 donde existe mayor capacidad resolutive. Cuando el problema y su solución requieren tratamiento hospitalario, es referido al nivel 3. Existe un sistema de referencia y respuesta que en la práctica no funciona y no es monitoreado y supervisado. No existen registros electrónicos compartidos, y la comunicación entre niveles es escasa, especialmente entre el nivel 2 y el 3.

Este apartado presenta información sobre la definición, surgimiento y operación de las modalidades de provisión de servicios del MSPAS.

Los Puestos de Salud

De acuerdo con el artículo 76 del Reglamento Orgánico Interno del MSPAS,² los puestos de salud son establecimientos de primer nivel de atención ubicados en aldeas, caseríos, cantones y barrios de los municipios, con cobertura promedio de dos mil habitantes. Los puestos sirven como eslabón articulador entre la red institucional de servicios y el ámbito comunitario de la atención. El recurso humano básico del puesto de salud es el auxiliar de enfermería.

Los puestos de salud tuvieron su origen a partir de las innovaciones introducidas en 1950 para ampliar la cobertura de atención en el interior del país, por medio de brigadas móviles de salud, delegaciones sanitarias departamentales y dispensarios municipales. Para 1965, el país contaba ya con 54 centros de salud y 123 puestos.³

La Atención Primaria de Salud

Entre 1971 y 1975, el Ministerio de Salud con apoyo de UNICEF lanzó un programa de salud rural para la capacitación de promotores de salud y comadronas empíricas de las propias

² GUATEMALA (1999). **Acuerdo Gubernativo 115-99: Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**. Acuerdo Presidencial del 24 de Febrero de 1999.

³ PNUD (2002) **Hitos de la Salud en Guatemala**. En: *Informe Nacional de Desarrollo Humano 2002*. Representación en Guatemala del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.

comunidades, para lo cual se requirió crear puestos de salud y dotarlos con personal auxiliar, para prestar servicios de salud, promover la organización comunitaria y motivar a la gente a utilizar los servicios de las comadronas y promotores de salud.⁴

Diez años más tarde, esta iniciativa se había desarrollado como un Sistema de Nutrición y Atención Primaria en Salud (SINAPS), basado en el promotor rural de salud (PRS), el cual era entrenado y supervisado por un Técnico en Salud Rural (TSR). El Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP), la Organización Panamericana de Salud (OPS), la Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala (APROFAM) y el Ministerio de Salud participaron en una investigación operativa que comparó la entrega de servicios en los puestos de salud con la entrega por visitas domiciliarias del personal voluntario. Además de comparar aumentos en la utilización de servicios, el estudio incluyó la estimación de los costos de entrega de servicios y de visitas para entrega de insumos anticonceptivos.⁵ En 1988, una evaluación de los conocimientos y el desempeño de los promotores de salud, mostró la necesidad de fortalecer la capacitación, el equipamiento y la distribución de insumos para promotores de salud en el nivel local.⁶

Reforma Sectorial de Salud

En 1991 se completó el estudio básico del sector salud en Guatemala. Dentro de este estudio fueron revisados distintos aspectos de la organización, el financiamiento, la provisión de servicios, el acceso y la cobertura. Algunas pautas importantes para el posterior proceso de reformas surgieron de este punto de concentración de los esfuerzos de medición y análisis del desempeño del sector salud.⁷

En 1993 fue aprobado el Programa de Desarrollo Social en Centroamérica y Panamá, con financiamiento conjunto del BID, el Banco Mundial y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Este programa de cooperación no reembolsable tenía, entre otros, el propósito de mejorar el acceso de las poblaciones a los servicios de educación, salud y nutrición. En este marco, y con base en los resultados del estudio básico del sector salud, se desarrollaron las consultorías para el diseño de reformas y la formación de cuadros para las reformas institucionales orientadas al ajuste sectorial.⁸

Mientras tanto, entre 1993 y 1996 se aceleraron las negociaciones para los Acuerdos de Paz, después de treinta y seis años de enfrentamiento armado interno. La firma de la paz se concretó en diciembre de 1996; sin embargo, el año base para verificación de los compromisos de gobierno fue 1995. Entre estos compromisos, los que más presión impusieron sobre el sistema de servicios fueron las metas cuantitativas en salud en el Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria.⁹

⁴ Aramburú, G (1971). **Training program for Rural Health Promoters and Traditional Birth Attendants in Guatemala**. Popline doc. No. 262131. Nov. 1971.

⁵ MSPAS – INCAP – OPS – APROFAM (1981). **SINAPS: Integrated System of Nutrition and Primary Health Care of Guatemalan Family Health Project**. Popline Doc. No. 013301. March 17, 1981.

⁶ ENGE et al (1988). **Oral rehydration and immunization: the role of the rural health promoter**, Guatemala. Popline document No. 062966. Management Sciences for Health - PRITECH / USAID.

⁷ OPS-BID-MSPAS (1991). **Estudio Básico del Sector Salud 1991**. Publicaciones Científicas y Técnicas (Guatemala) 4.

⁸ BID (1993). **Program of Social Development in Central America and Panama**. Project Description. <http://grupobid.org/EXR/doc97/apr/rg4373e.htm>

⁹ GUATEMALA (1996) **Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria**. México, Distrito Federal, 6 de mayo de 1996. Sección II Desarrollo Social, Inciso B Salud.

El Programa de Extensión de Cobertura

En este período se aprobó el Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud (PMSS), financiado por un préstamo del BID, con el propósito de fortalecer las capacidades institucionales, promover la ampliación de la cobertura de servicios y crear mecanismos para la sostenibilidad financiera del sector. Con el apoyo técnico y financiero del PMSS fue concebido el modelo de extensión de cobertura basado en la contratación de ONG para atender a las comunidades rurales más alejadas. El nuevo planteamiento resultó ser una combinación entre la estrategia de promotores rurales de salud (aunque en el PEC, éstos tenían dos escalones jerárquicos: vigilantes y facilitadores comunitarios) y la estrategia del Sistema de Atención Primaria de Salud (SINAPS) dirigida a las comunidades postergadas, con un conjunto delimitado de servicios primarios y con estratificación geográfica y poblacional (la cual en el PEC, se operacionalizó como conjuntos de equipos itinerantes, compuestos por médicos ambulatorios y facilitadores institucionales – mayormente técnicos en salud rural).

Con la clausura del Programa de Mejoramiento de Servicios y el inicio de la administración

Ilustración 1. Guatemala, 1950 - 2011. Línea de tiempo de la provisión de servicios en el primer nivel

Puestos de Salud	Programa de Salud Rural: Promotores y Comadronas	Sistema Integrado de Nutrición Y Atención Primaria (SINAPS)	BM – Agenda Reforma del Financiamiento de Salud en países en desarrollo	Estudio de Personal Voluntario de Salud: Necesidad de cambios	Estudio Básico del Sector Salud	Programa de Desarrollo Social para CA	Diseño de reformas	Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos Y Situación Agraria: Sistema de Salud	Implementación del PEC	Arranca Programa Individual de Salud Del MIS	Implementación del MOSAICO Paquete Mejorado del PEC	Presentación del MAIS	Inicio del MADS en Huehuetenango	El MSPAS incorpora el MIS a las DAS
1950	1971	1979	1987	1988	1991	1993	1996	1997	2004	2009	2011			

Fuente: Elaboración propia.

III. Marco Conceptual

El marco conceptual para el análisis de los diferentes modelos toma en cuenta valores o principios éticos fundamentales como: la salud como un derecho, la atención primaria en salud renovada, la equidad en salud, modelos de gestión, atención y financiación y participación social.

La Salud como un Derecho

El concepto del derecho a la salud se ha visto transformado de acuerdo a la sucesión de diversos acontecimientos que han influido decididamente en su percepción, en su definición y en su aplicación a situaciones concretas.

La reivindicación de los derechos de la mujer a partir de la década de los sesenta como parte de los derechos humanos, tuvo una importante influencia en el reconocimiento de la diferencias con respecto a las políticas homogeneizantes, características del Estado del Bienestar que se estableció después de la segunda guerra mundial. De la misma forma, a partir de la década de los años noventa y a propósito de los 500 años de la invasión de América por los españoles, los temas de identidad y reconocimiento de los pueblos indígenas han contribuido a una mayor visibilidad en cuanto a la diferenciación de los derechos y reivindicaciones. (OPS, 2005), (OMS, 2002)

Derivado de este nuevo enfoque, se inicia todo un proceso de redefinición del concepto de justicia e igualdad que significó un cambio fundamental de la visión tradicional de la universalidad de los derechos. Surge entonces, como consecuencia de estas tendencias, el reconocimiento del derecho a la diferencia y de los derechos específicos de los grupos más vulnerables, marginados y discriminados. Esta diferenciación si bien contribuyó a visibilizar las diferencias entre grupos ampliando las categorías de derechos humanos y reivindicaciones sociales, también produjo cierto proceso de contradicción al caer en la excesiva especificidad de las reivindicaciones e intervenciones para satisfacerlas, lo que ha generado multiplicidad y segmentación en las políticas públicas y de alguna manera, ha dejado en segundo plano el propósito del acceso universal a los servicios básicos.

En este contexto, se empiezan a generar políticas orientadas a la focalización y a la circunscripción exclusiva hacia los grupos poblacionales pobres lo que de alguna manera profundiza el concepto de las diferencias en contraposición a la idea básica e irrenunciable de los derechos humanos: la idea igualitaria y su horizonte universal. En este sentido, se ha propuesto que el hecho de reconocer y respetar las diferencias entre grupos no implica crear nuevas desigualdades que vendrían a sumarse a las ya existentes. Se trata entonces, de reducir las desigualdades sin eliminar ni obviar las diferencias expresado en la frase de «la igualdad en la diversidad».

Más concretamente, en relación con la conceptualización de la salud como un derecho humano, es importante hacer una clara distinción entre salud y atención de salud. En el primero, existe consenso sobre la definición inicial de la OMS de que la salud es mucho más que la ausencia de enfermedad, asociándose a la idea de completo bienestar físico, psicológico y social, concepto al que se han agregado las dimensiones cultural y política y se han hecho matices sobre el hecho que más que un estado, es decir un punto de llegada, la salud es un proceso dinámico y cambiante. Por otro lado, la atención de la salud se refiere a la provisión de distintos bienes y servicios que permiten preservar y recuperar la salud, así como prevenir y promover la salud.

El derecho a la salud se ha conceptualizado como el disfrute del más alto grado posible de salud de tal manera que las personas y los colectivos humanos sean capaces de lograr sus aspiraciones, preferencias y elecciones.(OMS, 2005) Para los fines de este documento, y haciendo relación con los modelos de atención del primer nivel, implica que los servicios prestados y los procesos en los que se inserta esta actividad, sean capaces de lograr que quienes los reciben puedan alcanzar el más alto grado de salud posible, por supuesto, en relación al

resto de componentes de la red de servicios. Las implicaciones de este concepto se expresan en la disponibilidad y acceso a los servicios, pertinencia y calidad en el contenido de los mismos y en los resultados que se obtienen.

En el caso particular de Guatemala, la Constitución Política y el Código de Salud de la República reconoce explícitamente el derecho a la salud en sus artículos 93 a 96. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala es la institución rectora en materia de salud y el principal proveedor de bienes y servicios de atención de salud. En 1996 se concretiza el proceso de reforma del sector salud, lo que implicó, en términos generales, la redefinición de la estructura institucional del MSPAS, cambios en las formas de financiamiento, asignación y uso de los recursos, redefinición del sistema de atención lo cual incluyó la reorientación del modelo de atención, la extensión de cobertura, participación de la población local y mejoramiento del acceso de la población más pobre a los servicios básicos de salud, adecuación del marco regulatorio y aumento de la participación de sectores sociales en proveer y administrar servicios de salud.(ONU, 2010)

La Atención Primaria en Salud Renovada como el marco operativo

Si bien el derecho a la salud brinda el marco teórico y doctrinario de las acciones que deben realizarse para su logro y garantía, es la Atención Primaria la estrategia por la cual se logra su concreción. La idea de trabajar en la renovación de los principios inspiradores de la Atención Primaria en Salud de Alma Ata surge en el año 2003, con motivo del 25º. Aniversario de la conferencia de 1978. Las experiencias en países desarrollados y en vías de desarrollo han demostrado que la APS puede interpretarse y adaptarse a una amplia variedad de contextos políticos, sociales, culturales y económicos y, aún cuando se ha dicho que es el camino para lograr mejorar la salud en el marco de los derechos, sus expresiones en la práctica han sido diversas. (OPS-OMS, 2007)

Es importante reconocer el legado de la APS y Alma Ata en cuanto al diseño de una estrategia orientada a poner la salud al alcance de todos los miembros de la sociedad, así como valorar los logros alcanzados durante el último cuarto de siglo. La idea inspiradora de la APS tuvo gran influencia en la generación de políticas públicas, en la planificación de los sistemas de salud y en sus acciones concretas. En este sentido, entre sus principales logros se encuentra el reconocimiento de la relación entre salud y el desarrollo económico y social, el potencial de la participación ciudadana en las decisiones relacionadas con salud, el rol central del Estado y de su liderazgo para asegurar el desarrollo de la salud con equidad, la acción sobre los determinantes sociales de la salud y la necesidad de una acción intersectorial. Lo anterior confluye en un enfoque de APS que le dio una lectura particular a la realidad sanitaria buscando revelar las desigualdades y poner en evidencia las inequidades en salud.

La justificación de la adopción de una estrategia renovada en cuanto a la APS, se basa en primer lugar, en los nuevos desafíos que se deben asumir como consecuencia del tránsito de un mundo bipolar a uno unipolar caracterizado por la globalización con hegemonía del capitalismo, el crecimiento, urbanización y envejecimiento de la población, el deterioro medioambiental y la coexistencia de perfiles de riesgo y de enfermedades en transición epidemiológica. Además, se ha evidenciado la necesidad de corregir las debilidades e incoherencias presentes en algunos de los enfoques respecto a la APS; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas y su contribución en la mejora de la efectividad de la APS; y por último, el

reconocimiento creciente de que la APS es una estrategia que fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud.

La Atención Primaria de Salud se define como la «asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar». Forma parte integral tanto del sistema nacional de salud y es un elemento central en el desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia a la salud.

En el marco de la APS, se concibe la salud como un derecho humano y destaca la necesidad de afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud. La APS pone énfasis en las implicaciones sociales y políticas de la atención de la salud y señala que el enfoque social y político de la Atención Primaria de Salud debe dejar atrás los aspectos específicos de las enfermedades y que las políticas de desarrollo, dadas sus características de focalización, no han logrado los efectos benéficos deseados. En otras palabras, se busca, con la renovación, dejar atrás la APS selectiva¹⁰ a favor de la APS integral.

Equidad y salud

Si bien, el derecho a la salud supone que todas las personas deben tener disponibilidad y acceso a los servicios de salud y el beneficio de sus resultados en forma igualitaria, en la práctica esto no suele suceder. Es un hecho de que las necesidades de intervenciones para prevenir, mantener y recuperar la salud no son iguales en todas las personas pues el proceso salud-enfermedad, que es un continuo dinámico que varía de acuerdo a factores complejos de índole social, económico, cultural y político, hace que existan importantes diferencias en la salud de distintos conglomerados humanos. No obstante, el derecho a la salud implica que todas las personas puedan gozar del grado máximo de salud, concepto que no se ve reflejado en términos de las intervenciones que se necesitan para lograr esta aspiración, y, por lo tanto, se pierde su sentido operativo.

Una manera de resolver este asunto es derivar la discusión de la igualdad del derecho hacia la equidad de los beneficios. De acuerdo a Margaret Whitehead, la equidad es una situación ideal, todas las personas alcanzan un grado máximo de salud y ninguna se ve en situación de desventaja por razón de su posición social o por otras circunstancias determinadas por factores sociales. (Whitehead M, Dahlgren G, 2010). Ese concepto está profundamente vinculado al de derecho a la salud y le da una connotación operativa pues pone el foco de la atención en las situaciones de desventaja que son socialmente construidas.

Los rasgos distintivos de este concepto son: que las desigualdades sean sistemáticas, que sean socialmente construidas y le agrega que sean injustas. En cuanto a que las desigualdades sean sistemáticas es notorio que los problemas de salud no se distribuyen al azar en las poblaciones,

¹⁰ La APS selectiva abandona la atención de todos los grupos poblacionales y de la participación comunitaria como la base de su enfoque y se centra en un número limitado de servicios que han demostrado su eficacia para afrontar algunos de los desafíos de salud más prevalentes en los países en desarrollo. Los principales servicios, conocidos como GOBI (control del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización), a veces incluían los suplementos alimentarios, la alfabetización de la mujer y la planificación familiar (GOBI-FFF). Este enfoque es uno de los orígenes de la focalización exclusiva de algunos servicios en la población materna e infantil.

más bien, existen patrones de distribución en los que las características socioeconómicas se asocian a determinados desempeños, por ejemplo, son las comunidades más pobres las que tienen mayores índices de mortalidad evitable, y esto ocurre de manera sistemática. Respecto a que son socialmente construidas se refiere a que algunas desigualdades en salud no obedecen a leyes naturales, por ejemplo, que los niños que habitan el área rural tengan una mortalidad infantil más alta que los que los del área urbana es consecuencia de las condiciones de vida de esas regiones postergadas más que un designio biológico. El rasgo que califica a las desigualdades como inequidades a partir de su naturaleza injusta es el que ha encontrado más debate.

De acuerdo a Tejada Pardo (OPS 2005), la justicia puede ser de dos tipos: la retributiva o conmutativa y la distributiva, la primera se refiere a lo que se recibe a cambio de lo que se da. En este sentido, su ámbito es más relacionado a transacciones de índole individual y comercial, aun cuando puede tener otras interpretaciones. Por otro lado la justicia distributiva se relaciona a cómo y con qué criterios se distribuyen los recursos, bienes o servicios. Se han invocado diversos criterios: a cada quien lo que merece, el problema es quién decide qué merece cada persona, lo que al final lo deja a discreción o lo relativiza. A cada quien por su esfuerzo, lo que genera el problema de la valoración subjetiva del trabajo y el esfuerzo resultando no ser un buen criterio de distribución. A cada quien según sus necesidades, el problema es que según Max-Neef, todos los seres humanos tenemos las mismas necesidades sin importar el tiempo, el país o la condición social, lo que cambia son los satisfactores (Max-Neef 1993) . Esto deja la disyuntiva de quién decide qué satisfactor es el correcto y deseado para determinadas necesidades de acuerdo a cada persona o grupo de personas. A todos por igual, lo que genera el problema de que no todos tienen las mismas condiciones que deben ser atendidas en términos de servicios y bienes de la salud. A todos lo que el mercado determine, lo que al final encarece los servicios y genera grandes brechas de acceso. (OPS 2005).

Existe otra dimensión en las consideraciones respecto a la equidad. La equidad horizontal entendida como que ante la misma condición, las intervenciones deben ser las mismas, y la equidad vertical entendida como que ante condiciones diferentes las intervenciones también deben ser diferentes. Este último concepto es el que se aplica a comunidades postergadas donde, dadas las condiciones de vida, las intervenciones deben ser diferentes aunque las condiciones de salud (entendidas como enfermedades) son las mismas. Entendiendo esto integralmente, significa que se debe buscar la equidad horizontal mediante la universalización de la salud, sin olvidar la equidad vertical mediante la focalización o intensificación de las acciones en los grupos más afectados sin olvidar la universalización. (OPS-OMS 1999)

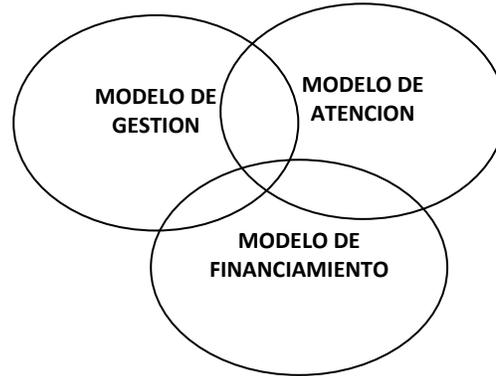
Para fines más operativos, conviene utilizar el concepto de equidad en salud desarrollado por Braveman Gruskin: La equidad en salud es la ausencia de desigualdades sistemáticas en la salud o en los determinantes sociales de la salud, a causa de alguna estratificación construida socialmente (Braveman & Gruskin 2003). Esto significa que es inequitativo encontrar diferencias en la salud entre urbanos y rurales, pobres y ricos, educados y no educados, hombres y mujeres (desde una perspectiva de género) con trabajo formal o sin él, etc.

Modelos de Gestión, Atención y Financiación

Para el análisis de los sistemas y modelos de salud, se adopta en este trabajo la propuesta de Tobar (1968), quien propone que todo sistema de salud puede ser pensado como la articulación de 3 grandes componentes (Ilustración2)

A partir de esta concepción, se hace relativamente sencillo visualizar de forma independiente estos componentes, para luego de su análisis individual, interrelacionarlos en todas las posibles combinaciones desde el enfoque político (modelo de gestión), el enfoque económico (modelos de financiación) y el técnico (modelo de atención).

I Ilustración 2. Componentes de un sistema de cambio



Modelo de Gestión

Cuando se habla del modelo de gestión básicamente se refiere a la definición de las prioridades del sistema, y en este caso, cómo se refleja en los servicios provistos en el primer nivel y cuáles son las decisiones que deben ser tomadas desde la conducción. En el análisis de los sistemas y servicios de salud se distinguen dos aspectos centrales del modelo de gestión: a) Los valores que los guían b) Las funciones estatales que se reflejan en los servicios. (Tobar, 2000), (Tobar, 2002)

En relación con el primero se puede anotar que cada sistema de salud privilegia determinados aspectos sobre otros, por ejemplo, unos se preocupan más por la universalidad de la cobertura, otros privilegian la efectividad de las acciones (su impacto sobre la calidad de vida de los ciudadanos), aunque estos últimos, pueden o no considerar la universalidad o acoger la focalización. En cuanto a las funciones estatales, cada sistema de salud involucra determinadas formas de participación en la resolución de los problemas de salud de la población. Estas funciones se pueden encuadrar en cuatro categorías: a) administrar los servicios aún cuando no se presten; b) proveer directamente servicios; c) financiar servicios de salud con proveedores públicos y/o privados y d) regular dichos servicios mediante disposiciones legales que incluyen límites, estándares de calidad, acreditaciones, supervisión, entre otras.

El modelo de gestión, implica el esquema y estructura de la toma las decisiones (central o local), qué información se usa y cómo (captación, procesamiento, utilización), niveles de descentralización y desconcentración, administración de los recursos humanos, niveles jerárquicos, sistemas de monitoreo y evaluación y mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.

Modelo de Atención

A diferencia del modelo de gestión, la problemática de los modelos de atenciones estrictamente médico - sanitaria. En otros términos, se trata de la dimensión técnica más específica de los

servicios. Se refiere a los criterios que establecen cómo se organiza y divide el trabajo de la atención. Las áreas de interés de este modelo están relacionadas con las siguientes interrogantes (Tobar, 2000), (Tobar, 2002):

1. **¿Qué cubrir?** (¿Qué tipo de acciones, prestaciones o servicios se debe brindar a la población?)
2. **¿A quién cubrir?** (¿Cuáles son los criterios de elegibilidad o inclusión al sistema?)
3. **¿Cómo prestar?** (¿Qué prestadores? ¿Con cuales criterios o padrones?, ¿Qué instrumentos utilizar?)
4. **¿Dónde prestar?** (¿En qué lugares y de qué manera se debe distribuirla oferta? ¿Qué criterios de referencia y contra referencia adoptar? ¿A dónde referir?, ¿Qué otros profesionales, o terapeutas involucrar?)
5. **¿Qué perspectivas y enfoques?** ¿Qué valores y elementos conceptuales vertebran las acciones que se implementan?
6. **¿Cómo se insertan los servicios en la red?** ¿Con qué otros servicios e instituciones locales y nacionales se relaciona y de qué manera?

Estas preguntas abarcan los elementos que configuran un modelo de atención, el cual, por supuesto se apoya en el modelo de gestión y financiamiento. Sin duda, los modelos de mayor complejidad, requerirán una gestión más integral para apoyar el logro de los objetivos.

Modelos de Financiación

La problemática del modelo de financiación involucra un conjunto de cuestiones tales como: ¿Cuánto debe gastar un país en salud? ¿De dónde deben provenir los recursos? Y ¿Cómo asignar los recursos? De los distintos arreglos que surgen al responder estas preguntas, emergen las distintas modalidades que financian los servicios públicos, y en este caso, los distintos modelos de atención.

Respecto a los montos de gasto en salud, existen diversos ejemplos en la literatura que muestran que algunos sistemas que dedican considerables gastos en salud no logran tener los resultados deseados, mientras que otros países con gastos de menor cuantía logran un mejor desempeño de sus sistemas para el logro de sus objetivos en salud. La pregunta que emerge es ¿Por qué ocurren estas diferencias? Algunas respuestas van por el orden de la pregunta del origen de los fondos. Se ha demostrado que sistemas en los que el gasto público es mayor que el gasto privado, tienen mejores resultados; ahora bien, estos fondos públicos, ¿bajo qué modelo deben obtenerse? En esto no hay acuerdo general. Algunos países logran buenos resultados en un esquema de recaudación por impuestos generales y otros mediante específicos o una mezcla de ambos. Otros países obtienen buenos resultados mediante el desarrollo de seguros públicos en los que el Estado, junto con los trabajadores y los empleadores aportan para el desarrollo de las acciones en salud. Para las fuentes de financiamiento es importante considerar que los cambios en la economía y, en especial, en las bases tributarias de los países han llevado a la redefinición permanente de las fuentes de recursos para financiar las acciones de salud. (Tobar, 2000), (Tobar, 2002)

En el caso de Guatemala, y para los fines de este documento, se ha constatado que la manera de distribución de los recursos de la salud pública se basa en los presupuestos históricos sin considerar las distintas realidades demográficas, epidemiológicas y sociales.

Participación social

Un elemento fundamental para el análisis de los distintos modelos de atención es el rol que juegan los ciudadanos en el proceso de prestación de servicios. Todos los modelos promueven la participación como uno de sus elementos centrales; no obstante, desde una perspectiva conceptual, no hay uniformidad sobre lo que se entiende como participación en salud y su utilidad.

Existen dos tendencias sobre este aspecto. La primera aboga por la participación como un elemento valioso en las intervenciones de salud, y la otra se opone por considerar que los efectos no son benéficos. (Bronfman, M. y M. Gleizer,1994)

En la corriente que la promueve, se utilizan tres argumentos: la participación como un factor valioso por su efecto democratizador, es decir que ayuda al empoderamiento de las comunidades al fomentar el involucramiento en la toma de decisiones. Un segundo argumento se basa en que las intervenciones que incluyen la participación, mejoran sus resultados, es decir, la participación como un elemento metodológico. Un tercer argumento sostiene que la participación logra legitimar a las instituciones y a los actores involucrados. (Bronfman, M. y M. Gleizer,1994)

La corriente que se opone a la participación, argumenta que la utilización de personal voluntario no hace más que reducir la calidad de los servicios, situación que se revierte contra quienes participan al recibir servicios de mala calidad por personal poco calificado. Por otro lado, el contra argumento sobre que las intervenciones tienen mejores resultados cuando se basan en la participación, sostiene que la razón es solamente abaratar costos, y no mejorar los resultados, es decir, que favorece la ecuación costo-beneficio, pero a expensas de reducir costos y no de mejorar los beneficios. Otra argumentación en contra es la que se relaciona con la manipulación de los usuarios, generalmente para legitimar a actores con intereses alejados de mejorar la salud. (Bronfman, M. y M. Gleizer,1994)

Otro enfoque sobre la participación, es el desarrollado por la Asociación Internacional de Participación Pública quienes proponen que la participación puede ser gradual y que incluye la información, la consulta, el involucramiento, la colaboración, y la decisión de los usuarios. (AAIP, 2000)

El Pacto Hambre Cero Compromiso de Estado

El Gobierno de Guatemala y todos los representantes de todo el país firmaron el Pacto Hambre Cero en febrero del 2012 iniciando un movimiento Nacional y un compromiso de estado que busca afrontar de manera directa y contundente del problema del hambre en todo el país

➤ TEXTO DEL PACTO HAMBRE CERO

Estamos atrapados en un círculo perverso de hambre y pobreza que nos está destruyendo silenciosamente. Llego el momento de olvidarnos del YO y pensar en el NOSOTROS. Debemos retomar el timón de nuestro destino. Las limitantes para avanzar hacia el modelo de país en el que queremos vivir son nuestras excusas, son nuestros miedos y, en gran medida, nuestras divisiones.

Por eso, hoy aceptamos la responsabilidad de transformar la Guatemala actual, la que no nos gusta. Aceptamos el desafío y aceptarlo nos da el poder necesario para gestar el cambio. Todos tenemos algo que dar para acabar con el hambre en Guatemala. El pacto que hoy firmamos es un reconocimiento colectivo, un ejercicio de corresponsabilidad que nos permite superar la duda y la desconfianza.

La desnutrición y la pobreza no son condiciones naturales de la sociedad y los esfuerzos conjuntos las harán desaparecer. Somos la llave del cambio, logremos alinear nuestro sueño para alcanzar la meta de erradicar el hambre.

¡Hoy nos convertimos en la solución!

Hoy decidimos enfrentar las causas inmediatas que producen este flagelo, pero también las raíces estructurales que las determinan y que están relacionadas con la pobreza y la ausencia de desarrollo.

Tenemos ejemplos de otros pueblos que disminuyeron la desnutrición crónica de su niñez y con ello saltaron a otro nivel de vida. Nosotros también podemos. La historia nos ha demostrado infinidad de veces que, trabajando por separado, no avanzamos. Por ello, debemos movilizarnos y despertar, de manera que TODOS los guatemaltecos y guatemaltecas pasemos de la indiferencia a la indignación y luego a la acción. Si despertamos, Guatemala nunca será igual ni vos tampoco. En el futuro queremos ser recordados con la generación del cambio que decidió ponerle un “hasta aquí” a la desnutrición. Nacimos para vivir este momento histórico y estamos predestinados a dejar una mejor Guatemala que la que encontramos.

Los que suscribimos, elegimos una Guatemala de niños y niñas bien nutridos con alimentos saludables y variados. Nuestro compromiso es garantizar que nadie quede excluido del acceso a ellos. “Que todos se levanten... QUE NADIE SE QUEDE ATRÁS

Por ello Pactamos

1. Disminuir el 10% la prevalencia de la desnutrición crónica infantil en un plazo de cuatro años lo cual será la base para una reducción del 24% en los próximos diez años
2. Evitar y reducir las muertes por desnutrición aguda mediante acciones de prevención de la desnutrición y la atención en salud de los niños y niñas menores de cinco años, mujeres embarazadas y madres lactantes
3. Enfrentar la pobreza y promover el desarrollo que lleve a su erradicación, reconociendo que en Guatemala la pobreza y la exclusión tienen fundamentalmente rostro rural, indígena y de mujer

Primer resultado Hambre Crónica

Se desarrollará una serie de acciones específicas para cambiar la desnutrición crónica, que se incluyen en el paquete de intervenciones conocidas como “ventana de los 1,000 días” y cuya estrategia a escala nacional se basa en la iniciativa SUN y PRDC. El plan Hambre Cero incorporará ambas iniciativas con énfasis en la prevención, manejo de enfermedades prevalentes de la infancia, deficiencias nutricionales y alimentos fortificados. Además, las acciones específicas incluirán la expansión de la cobertura de los servicios básicos de salud y nutrición (inmunizaciones, control de crecimiento, promoción de la lactancia materna y alimentos

complementarios, con énfasis en los primeros 2 años de vida entre otros), consejería para el auto cuidado de la salud y la nutrición en el hogar, y educación alimentaria nutricional

Segundo resultado Hambre Estacional

Se llevara a cabo una serie de intervenciones para prevenir, mitigar y tratar la desnutrición aguda, una manifestación del hambre estacional, que en Guatemala está ligada a la escasez de oportunidades de trabajo, aumento en el precio de los alimentos, ciclos agrícolas y cambios climáticos. Entre las actividades que se llevarán a cabo para combatir el hambre estacional se pueden citar las siguientes: apoyo a los pequeños productores de granos básicos, seguimiento y tratamiento de la desnutrición aguda, establecimientos de una Red de Protección Social (empleo temporal, transferencias monetarias condicionadas y asistencia humanitaria entre otras) y establecimientos de Sitios Centinela de vigilancia y alerta en SAN

➤ Contexto del Plan.

El Hambre Crónica

- La mitad de las niñas y niños desnutridos crónicos de Centroamérica está en Guatemala.
- La tasa de desnutrición crónica en menores de 5 años es del 49.8% las más alta del continente y una de las más altas del mundo.

Esta tasa es aún mayor en áreas de población indígena, especialmente en el Occidente donde existen prevalencias superiores al 90%.

La desnutrición crónica afecta el desarrollo intelectual, limita la productividad y el potencial de la sociedad.

El período gestacional, y los dos primeros años de vida son los más importantes en términos del desarrollo mental, físico y emocional de la niñez. Durante esta ventana de los mil días (que incluyen desde el embarazo hasta los dos años de vida) se forma el capital humano y es este momento cuando se puede tener un impacto real en la disminución de la desnutrición crónica infantil. Un daño temprano causado por anemia, deficiencia de yodo y desnutrición crónica es irreversible, aunque la persona se alimente bien posteriormente.

Además de la desnutrición crónica, en Guatemala también se hace evidente el hambre oculta, que es el déficit de elementos esenciales para el desarrollo humano. La desnutrición y las deficiencias de micronutrientes, tales como vitamina A, yodo, hierro, zinc, ácido fólico y vitamina B12, constituyen un problema grave de salud pública

El Hambre Estacional

La prevalencia del desnutrición aguda reportada por la ENSM 2008-2009 es de 1.4% Este porcentaje es bajo en relación a la media de América Latina. Sin embargo, es importante señalar que la desnutrición aguda incrementa hasta 10 veces el riesgo de mortalidad en la niñez y que las muertes por desnutrición aguda suponen un problema recurrente en la vida política y social de Guatemala, con gran cobertura mediática y con recurrentes programas de ayuda alimentaria de emergencia.

El Plan considera el hecho de que en Guatemala sea uno de los países más vulnerables del mundo a los eventos relacionados con el cambio climático. Las secuelas de estos eventos inciden y empeoran el hambre estacional, que se repite regularmente, aunque la magnitud de los picos de desnutrición aguda varía de año en año.

La incidencia de la desnutrición aguda infantil tiene un marcado carácter estacional que se sucede a lo largo de los meses y se repiten cada año. El calendario agrícola y nutricional de Guatemala muestra el período mayo-agosto como una etapa de escasez de alimentos, resultado de las limitadas oportunidades de empleo, el agotamiento de las reservas familiares de granos básicos y ausencia o pérdida de nuevas cosechas.

En ese lapso se observa un aumento dramático en la incidencia de la desnutrición aguda, las enfermedades Respiratorias y asociadas al consumo de agua contaminada, lo que indica una relación directa entre la recurrencia de la desnutrición aguda, los fenómenos climatológicos estacionales, la disponibilidad de ingresos y alimentos, y la mortalidad infantil, los niños y niñas se vuelven más vulnerables a la r aguda entre mayo y agosto.

Durante años se consideró este fenómeno como una emergencia, respondiendo con intervenciones de corto plazo como la ayuda alimentaria. Anteriormente no existía un análisis de los factores determinantes de la estacionalidad de la desnutrición en Guatemala para establecer una mejor comprensión de las variaciones estacionales en los ingresos del hogar, el acceso a alimentos nutritivos, el aumento de los precios y el estado de salud de los niños que diera como resultado una estrategia nacional que pudiera constituir una respuesta articulada al hambre estacional.

Habida cuenta de la naturaleza cíclica del problema y su impacto negativo en los medios de vida de los hogares más vulnerables, se considera prioritario tener una estrategia para abordar el hambre estacional basada en evidencias y metodologías adaptadas a la realidad guatemalteca.

El Plan es Integral

El Plan Hambre Cero se fundamenta en el concepto de SAN expresado en la ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional: “La Seguridad Alimentaria y Nutricional es el derecho de toda persona a tener acceso físico, económico y social, oportuno y permanente, a una alimentación adecuada en cantidad y calidad, con pertinencia cultural, preferiblemente de origen nacional; así como a su adecuado aprovechamiento biológico, para mantener una vida saludable y activa”

Presupuesto

El monto asignado al PHC en octubre de 2012 ascendía a Q 6,214,344,185.90; sin embargo al cierre del 2012 éste se fijó finalmente en 4,648,114,544.36, Q 1,566,229,641.54 menos, por la exclusión de las acciones del INSIVUMEH, CONRED, INE, ICTA, INGUAT, INFOM, CONALFA e INDECA.

Tabla 2 La Integración del presupuesto identificado a nivel nacional que apoya la seguridad alimentaria y nutricional PHO

ENTIDAD	MONTO	% DE EJECUCION
Ministerios	4,084,580,968.55	92 %
Ministerio de Educación	558,267,849.89	96 %
Ministerio de Salud Pública y Asistencia social	746,271,666.81	86 %
Ministerio de Trabajo y Asistencia Social	2,898,508.83	91 %
Ministerio de Economía	54,607,485.04	93 %
Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación	740,235,338.90	91 %
Ministerio de Comunicaciones, Infraestructura y Vivienda	832,996,855.59	94 %
Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales	48,916,964.42	95 %
Ministerio de Desarrollo Social	1,100,386,299.07	89 %
Secretarías	563,533,575.81	91 %
Secretaría de Coordinación Ejecutiva de la Presidencia	42,821,670.22	96 %
Fondo Nacional para la Paz	275,396,129.30	71 %
Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia	107,713,855.89	93 %
Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente	100,071,029.92	98 %
Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional	37,530,890.48	99 %
TOTAL	4,648,114,544.36	

Fuente: SESAN.

El presupuesto asignado para el PHC para el 2013, asciendo a Q 5,278 millones

Objetivos

1. Reducir en 10% la prevalencia de la desnutrición crónica infantil para finales del 2015 promoviendo el desarrollo infantil temprano
2. Prevenir el hambre estacional y reducir la mortalidad en la niñez menor de 5 años, para la desnutrición aguda
3. Promover la desnutrición alimentaria y nutricional fundamento del desarrollo integral de toda la población guatemalteca

-
4. Prevenir y atender las emergencias alimentarias, relacionadas con los cambios climáticos y los desastres naturales.

En base a estos cuatro objetivos el Plan hambre cero busca dos resultados a saber:

- a. Reducir el hambre crónica: Reducir en 10% la desnutrición crónica infantil entre 2012 y 2015
- b. Prevenir y mitigar el Hambre Estacional: Evitar las muertes por desnutrición aguda, especialmente durante los meses más críticos del período anual de hambre estacional

Focalización

La focalización permite atender de manera puntual a la población que prioritariamente requiere las intervenciones, y es un criterio decisivo para la asignación del gasto público.

Para la intervención contra la desnutrición crónica, incluida dentro de la ventana de los 1000 días el grupo objetivo son los niños y niñas menores de los 2 años, las mujeres embarazadas, madres lactantes y mujeres en edad fértil.

Para la intervención contra la desnutrición aguda el grupo objetivo son niñas y niños de 0 a 5 años y las madres embarazadas, que son las que más sufren los impactos de reducción drástica en cantidad y calidad de la dieta

Finalmente también están dentro de la población objetivo aquellos grupos de población que están en riesgo de inseguridad alimentaria y nutricional por sus niveles de pobreza, aislamiento, carencia de insumos para producir o comprar alimento e impacto súbitos por viabilidad climática y de tracto lento por el cambio climático.

Acciones

a. Las Diez acciones contra el hambre crónica

Estas acciones han probado su efectividad contra el hambre crónica, tiene una alta relación costo beneficio y forma parte de la ventana de los 1,000 días

1. Promoción y apoyo de la lactancia materna
2. Mejoramiento de la alimentación complementaria, a partir de los seis meses de edad
3. Mejoramiento de prácticas de higiene incluyendo el lavado de manos
4. Suplementación de vitamina “A”
5. Suplementación de Zinc terapéutico en el manejo de diarrea
6. Provisión de micronutrientes en polvo
7. Desparasitación y vacunación de niños y niñas
8. Suplementación de hierro y ácido fólico para prevención y/o tratamiento de la anemia en mujeres embarazadas

9. Prevención en la deficiencia de yodo, a través de sal Yodada
10. Fortificación con micronutrientes a los alimentos básicos

b. La cinco acciones contra el hambre estacional

1. Apoyo a la agricultura familiar para aumentar la producción para auto-consumo y venta con técnicas apropiadas de bajo insumos
2. Prevención y tratamiento de la desnutrición aguda moderada a nivel comunitario incluyendo alimentación suplementaria lista para consumo (ASLC)
3. Tratamiento oportuno de la desnutrición aguda severa utilizando alimentos terapéuticos listos para consumo (ATLC) a nivel comunitario y en centros de Recuperación Nutricional con la orientación y seguimiento de del personal de salud
4. Establecimiento de un sistema de alerta en SAN con base en redes de vigilancia nutricional incluyendo sitios centinelas
5. Red de Protección Social contra Hambre Estacional, a través de un programa de empleo temporal (mano de Obra Intensiva) y de programas de transferencia monetaria condicionadas y asistencia humanitaria

Acciones de Participación Ciudadana

- Considerando la magnitud del problema del hambre en Guatemala y la Dinámica Política - social generada por el pacto hambre cero, es fundamental que haya una movilización de los ciudadanos, a través de voluntariado, la responsabilidad social empresarial o de iniciativas particulares para realizar acciones que sumen para reducir la desnutrición crónica y aguda. La ciudadanía, con el apoyo de los medios de comunicación, ha de estar vigilante del gobierno, apoyando los esfuerzos de país y contribuyendo desde sus espacios como ciudadanos comprometidos.

En este sentido iniciativas como “guate sin hambre” un movimiento juvenil de sensibilización para la erradicación de la desnutrición y “Tengo algo que dar” un modelo de participación, público – privado para involucrar a la sociedad en la solución de la desnutrición, son excelentes vínculos de movilización social, que desde el Gobierno hay que alentar y respaldar.

Para acabar con la desnutrición todos tenemos algo que dar.

- Respaldo a líderes Nacionales e Internacionales contra el hambre

En toda iniciativa plan o movilización ciudadana siempre hay líderes que dinamizan y catalizan las acciones. Esas personas son capaces de movilizar a otras personas, contar historias, hacer relaciones, sumar esfuerzos y de poner la voz a un movimiento social con miles de caras. Este plan hambre cero trabajará con esos líderes guatemaltecos y guatemaltecas para conseguir que esta dinámica nacional que pondrá fin al hambre, crezca y sea imparable. Tradicionalmente también ha habido y sigue habiendo líderes internacionales que han tenido un interés especial en poner fin al hambre en Guatemala

y que pueden jugar un papel clave en la externalización del movimiento nacional y en aportar a Guatemala experiencias exitosas en otros países. Este plan buscará articularse también con esos líderes externos para enriquecer el esfuerzo nacional.

➤ Fortalecer la coordinación interinstitucional y la coherencia de políticas

Un tercer aspecto metodológico se relaciona con la prioridad dada a los mecanismos de coordinación entre instituciones de gobierno tanto para el accionar del terreno como para la coherencia de políticas y programas. Al ser el pacto hambre cero un pacto de estado y el Plan Hambre cero una prioridad Nacional de Gobierno hay que conseguir que los esfuerzos financieros y de recursos humanos de los diferentes ministerios y secretarías operadores (Desarrollo social, Agricultura, Ganadería y Alimentación, Economía, Salud Pública y Asistencia Social, Trabajo y Prevención Social, Comunicaciones, Infraestructura y Vivienda, Ambiente y Recursos Naturales, Educación de Coordinación Ejecutiva de la Presidencia, Obras Sociales de la Esposa del Presidente, Bienestar Social) y Planificaciones (Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Finanzas Públicas, Planificación y programación de la presidencia) vayan todas en la misma dirección

Instituciones Participantes

Los Representantes institucionales y de entidades corresponsables del plan hambre cero

1. Vicepresidente de la República (quien lo preside)
2. Secretario de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN) Secretario del consejo
3. Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)
4. Ministerio de Agricultura, Ganadería y alimentación (MAGA)
5. Ministerio de Economía (MINECO)
6. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)
7. Ministerio de Trabajo y Previsión Social (MINTRAB)
8. Secretaria de Obras Sociales de la Esposa del Presidente (SOSEP)
9. Ministerio de Comunicaciones, Infraestructura y Vivienda (MICIVI)
10. Ministerio de Finanzas Públicas (MINIFIN)
11. Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales (MARN)
12. Ministerio de Educación (MINEDUC)
13. Secretario de Coordinación Ejecutiva de la Presidencia (SCEP)
14. Dos Representantes del Sector Empresarial
15. Cinco representantes de la sociedad Civil
16. Presidente de la Asociación de Municipalidades (ANAM)
17. Presidente de la Comisión de Seguridad Alimentaria del Congreso de la República
18. Secretario de la planificación y programación de la presidencia (SEGEPLAN)
19. Consejo Nacional de la Juventud (CONJUVE)
20. Fondo Nacional para la Paz (FONAPAZ)
21. Coordinadora Nacional para la Prevención de desastres (CONRED)
22. Instituto de Fomento Municipal (INFOM)
23. Secretario de Bienestar Social (SBS)
24. Secretario Presidencial de la Mujer (SEPREM)

Acerca del Plan del Pacto Hambre Cero

Cobertura Geográfica

La cobertura y alcance del Plan es nacional y universal, aunque muchas de sus intervenciones se focalizan en los segmentos de población más vulnerable a la inseguridad alimentaria y nutricional. Para alcanzar los resultados planteados y considerando la magnitud del problema y las limitaciones de los recursos públicos se procederá a una priorización geográfica inicial que irá aumentando su cobertura gradualmente, cada año, incorporando más municipios hasta cubrir todo el territorio nacional

En relación al hambre crónica, la implementación del Plan se inicia en 166 Municipios priorizados con prevalencias altas y muy altas de desnutrición crónica basados en el Tercer Censo Nacional de Talla en Escolares 2008



En relación al componente de Hambre Estacional y a las acciones contra la desnutrición aguda, se trabajará gradualmente en los 213 Municipios con comunidades recurrentes de desnutrición aguda. A partir del 2014, tras hacer una evaluación de avances de las intervenciones, se decidirá si se ha de ampliar los municipios o revisar la lista. Es importante destacar que, aunque hay una priorización inicial de municipios, el resto del país debe ser atendido con acciones que favorezcan el pleno Derecho a la Seguridad Alimentaria y Nutricional

Corresponsabilidad Institucional

Para lograr que las intervenciones planificadas tengan los resultados esperados en la población más afectada por el hambre es necesaria la coordinación y la corresponsabilidad de los diversos sectores e instituciones representadas en el Consejo Nacional de Seguridad Alimentario y Nutricional (CONASAN) asumiendo las funciones específicas que les compete desarrollar según la ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SINASAN). En el nivel local, las acciones e impactos del Plan Hambre Cero, llegarán directamente a las familias vulnerables por medio de las instituciones ejecutoras que se integran en la Comisiones Departamentales, Municipales y comunitarias de SAN (CODESAN, COMUSAN Y COCOSAN).

En este marco, la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN) es la entidad responsable de la coordinación interinstitucional para llevar a cabo los planes anuales de SAN aprobados con la participación de las diferentes instituciones y sectores. Asimismo, la SESAN será la encargada de monitorear, dar seguimiento, informar y evaluar los avances de este Plan.

ÓRGANOS QUE INTEGRAN EL SISTEMA NACIONAL DE SEGURIDAD ALIMENTARIO Y NUTRICIONAL (SINASAN)*



*Decreto Número 32-2005. Ley de Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Capítulo I, Artículo 9

Instituciones responsables de los objetivos del Plan Hambre Cero

En el siguiente cuadro pueden verse las instituciones de Gobierno con responsabilidad directa en la consecución de los cuatro objetivos del Plan Hambre Cero

OBJETIVOS DEL PLAN HAMBRE CERO	INSTITUCIONES RESPONSABLES
Reducir en 10% la prevalencia de la desnutrición crónica infantil, para finales del 2015, promoviendo el desarrollo infantil temprano.	SEPREM, MSPAS, FONAPAZ, MINEDUC, MIDES, MINECO, MINFIN, SOSEP, MAGA, MINTRAB, MICIVI, MARN, CONJUVE, SEGEPLAN, FONAPAZ, SCEP, INFOM, SBS
Prevenir el hambre estacional y reducir la mortalidad en la niñez menor de 5 años, relacionada con la desnutrición aguda, para finales del 2015.	SEPREM, MSPAS, MARN, MAGA, FONAPAZ, INFOM, MICIVI, MIDES, SOSEP, CONRED, MINECO, MINFIN, MINTRAB, SCEP
Promover la seguridad alimentaria y nutricional de toda la población guatemalteca, fundamento del desarrollo integral de la persona humana.	SEPREM, MSPAS, FONAPAZ, MINEDUC, MIDES, MINECO, MINFIN, SOSEP, MAGA, MINTRAB, MICIVI, MARN, CONJUVE, SEGEPLAN, FONAPAZ, SCEP, INFOM, SBS
Prevenir y atender la emergencia alimentaria, relacionada con el cambio climático y los desastres naturales.	MINFIN, MARN, CONRED, MIDES, FONAPAZ, MAGA, MICIVI

Componentes Directos

a. Componentes Directos

Los componentes directos tienen una relación y efecto inmediato con la situación que se identifica. Se espera ejercer un efecto positivo en el estado de salud y nutrición de niños y niñas menores de dos años, a través de mejoras en la oferta de servicios de atención a la salud y reforzamiento de las prácticas del cuidado infantil, acciones de educación alimentaria y nutricional así también la mejora de higiene personal y doméstica. Se tiene previsto garantizar el acceso a alimentos complementarios de alto valor nutritivo y suplementos de micronutrientes a los niños menores de dos años y a mujeres embarazadas o en período de lactancia, dentro de estos componentes se incluyen

1. Provisión de servicios básicos de salud y nutrición a la población vulnerable.
2. Promoción de lactancia materna y alimentación complementaria
3. Educación alimentaria y nutricional
4. Alimentación Fortificada
5. Atención a población vulnerable a la inseguridad alimentaria

b. De Viabilidad y Sostenibilidad

Los componentes de viabilidad tienen como objetivo:

- Asegurar que las acciones de los componentes directos tengan un impacto real en la salud, nutricional de la población meta
- Apoyar a las familias vulnerables para que mejoren sus ingresos y/o producción para autoconsumo, a fin de que sean capaces por sí mismas de tener una adecuada alimentación y nutrición.

-
- Contribuir en el largo y mediano plazo al fortalecimiento de las capacidades de los individuos, sus familias y su comunidad para el mejoramiento de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en su propio territorio.

Los componentes de viabilidad y sostenibilidad son:

1. Mejoramiento de los ingresos y la economía familiar
 2. Agua y Saneamiento
 3. Gobernanza local en SAN
 4. Escuelas Saludables
 5. Hogar Saludable
 6. Alfabetización
- c. Ejes Transversales**

La transversalidad se refiere a aquellos temas y áreas cuyo contenido debe ser aplicado en forma integral y apropiada en cada uno de los componentes del Plan Hambre Cero, entre los cuales se mencionan:

1. Coordinación Intra e Interinstitucional
2. Comunicación para la Seguridad Alimentaria y Nutricional
3. Participación Comunitaria
4. Equidad de Género e Interculturalidad
5. Sistema de información SAN
6. Sistema de Monitoreo y Evaluación

Lineamientos de Planificación 2012- 2015

La SESAN es la entidad responsable de establecer los procedimientos de planificación técnica en coordinación con la SEGEPLAN y la Dirección Técnica del Presupuesto (DTP) del MINIFIN. En consecuencia, le corresponde revisar los planes operativos anuales institucionales y velar por que los mismos reflejen los lineamientos generales de la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional (POLSAN). Este marco normativo e institucional se complementa con el reglamento que desarrolla la normativa de la ley del SINASAN

La Gestión por Resultados

Es una herramienta que alinea a las distintas instituciones y dependencias de Gobierno hacia el logro de resultados que le permitan alcanzar la coherencia y consistencia entre los objetivos generales de Gobierno y los planes institucionales. El Plan Hambre Cero se ejecutara en el marco de la gestión por resultados según se muestra en la siguiente figura



IV. Metodología para recolección de información

Dentro de las posibles metodologías para la obtención y sistematización de la información, se consideró pertinente diseñar una estrategia que permitiera el acceso a fuentes primarias y secundarias.

Se recurrió a la técnica de entrevista con informantes clave para la obtención de información en profundidad sobre características específicas. Simultáneamente, se procedió a la revisión documental disponible procurando que las fuentes consultadas reflejaran la situación actualizada no más allá del año 2011.

Para la información financiera se consultaron los informes de ejercicios presupuestarios generados por componentes y eje transversal para los años 2013, 2014 y 2015. En relación con la percepción de los usuarios, se consultó específicamente los siguientes informes EL PLAN HAMBRE CERO Y LA REACTIVACION DE LA ECONOMIA CAMPESINA EN GUATEMALA Mitos y Realidades y El combate a la desnutrición y la reactivación de la economía campesina en Guatemala Balances y perspectivas ambos del COLECTIVO DE ESTUDIOS RURALES IXIM

En secuencia con lo mencionado, la metodología resume los aspectos que más se adaptan a la evaluación de políticas públicas en Guatemala y que lleva a cabo el CES. Para la preparación del documento se ha tomado la información de la Guía para la Evaluación de Políticas Públicas del Instituto de Desarrollo Regional Fundación Universitaria y de la Guía para la Evaluación de Políticas Públicas del Instituto De Desarrollo Regional Fundación Universitaria.

Durante todo el proceso de recolección de información, se procedió a la consulta de referencias bibliográficas que sustentan el análisis de los sistemas de salud, así como la opinión de expertos en el tema sujeto de estudio.

V. Presentación de resultados

Para lograr un ejercicio de Análisis y Avances del pacto que aporte elementos de juicio válidos, es necesario partir del reconocimiento que las modalidades de provisión de servicios del primer nivel en Guatemala son variantes de diseños anteriores o modalidades puesta en marcha por experiencias exitosa en países similares al nuestro, que introducen modificaciones orientadas a superar algunas de las debilidades identificadas. Por lo tanto, es fundamental que en dicho ejercicio se analicen los resultados a la fecha.

Ejecución Presupuestaria

A continuación se presentan cuatro cuadros que resumen la ejecución para los años 2013 – 2015, por componente y por eje para los años 2013 – 2015 en miles de millones de quetzales

Ejecución año 2013, (expresada en miles de millones quetzales)

AÑO	COMPONENTES DIRECTOS	% DE EJECUCION	COMPONENTES DE VIABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD	% DE EJECUCION	EJES TRANSVERSALES	% DE EJECUCION
2013	Provisión de servicios básicos de salud y nutrición a la población vulnerable	95%	Mejoramiento de los ingresos y la economía familiar	69%	Coordinación Intra e Interinstitucional	65%
	Promoción de lactancia materna y alimentación complementaria	N/D	Agua y Saneamiento	31%	Comunicación para la Seguridad Alimentaria y Nutricional	97%
	Educación alimentaria y nutricional	N/D	Gobernanza local en SAN	84%	Participación Comunitaria	82%
	Alimentación Fortificada	100%	Escuelas Saludables	78%	Equidad de Género e Interculturalidad	N/D
			Hogar Saludable	N/D	Sistema de información SAN	47%
Atención a población vulnerable a la inseguridad alimentaria	83%	Alfabetización	N/D	Sistema de Monitoreo y Evaluación	N/D	

FUENTE: Sistema de información Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional SIINSAN (reporte de ejecución)

Ejecución año 2014, (expresada en miles de millones de quetzales)

AÑO	COMPONENTES DIRECTOS	% DE EJECUCION	COMPONENTES DE VIABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD	% DE EJECUCION	EJES TRANSVERSALES	% DE EJECUCION
2014	Provisión de servicios básicos de salud y nutrición a la población vulnerable	85%	Mejoramiento de los ingresos y la economía familiar	90%	Coordinación Intra e Interinstitucional	78%
	Promoción de lactancia materna y alimentación complementaria	80%	Agua y Saneamiento	27%	Comunicación para la Seguridad Alimentaria y Nutricional	58%
	Educación alimentaria y nutricional	N/D	Gobernanza local en SAN	94%	Participación Comunitaria	N/D
	Alimentación Fortificada	96%	Escuelas Saludables	86%	Equidad de Género e Interculturalidad	N/D
			Hogar Saludable	89%	Sistema de información SAN	N/D
Atención a población vulnerable a la inseguridad alimentaria	96%	Alfabetización	74%	Sistema de Monitoreo y Evaluación	86%	

FUENTE: Sistema de información Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional SIINSAN (reporte de ejecución)

Ejecución año 2015, (expresada en miles de millones de quetzales)

DATOS AL 31 DE AGOSTO 2015

AÑO	COMPONENTES DIRECTOS	% DE EJECUCION	COMPONENTES DE VIABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD	% DE EJECUCION	EJES TRANSVERSALES	% DE EJECUCION
2015	Provisión de servicios básicos de salud y nutrición a la población vulnerable	45%	Mejoramiento de los ingresos y la economía familiar	37%	Coordinación Intra e Interinstitucional	34%
	Promoción de lactancia materna y alimentación complementaria	75%	Agua y Saneamiento	16%	Comunicación para la Seguridad Alimentaria y Nutricional	31%
	Educación alimentaria y nutricional	N/D	Gobernanza local en SAN	64%	Participación Comunitaria	51%
	Alimentación Fortificada	37%	Escuelas Saludables	68%	Equidad de Género e Interculturalidad	N/D
			Hogar Saludable	41%	Sistema de información SAN	35%
	Atención a población vulnerable a la inseguridad alimentaria	57%	Alfabetización	56%	Sistema de Monitoreo y Evaluación	74%

FUENTE: Sistema de información Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional SIINSAN (reporte de ejecución)

**Resumen de ejecución presupuestaria para los años 2013 – 2015, por componente ó Eje
(expresada en miles de millones de quetzales)**

AÑO	COMPONENTE O EJE	MONTO EJECUTADO	PORCENTAJE	ANALISIS
2013	COMPONENTES DIRECTOS	Q 1,423.20	90%	Lo que representa en cifras absolutas una ejecución del Q 3,766.0 representando en cifras relativas un 77% para el año 2013
	COMPONENTES DE VIABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD	Q 2,275.80	69%	
	EJES TRANSVERSALES	Q 67.0	72%	
AÑO	COMPONENTE O EJE	MONTO EJECUTADO	PORCENTAJE	ANALISIS
2014	COMPONENTES DIRECTOS	Q 1,542.90	89%	Lo que representa en cifras absolutas una ejecución del Q 5,609.3 representando en cifras relativas un 85% para el año 2014
	COMPONENTES DE VIABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD	Q 4,013.4	84%	
	EJES TRANSVERSALES	Q 53.0	81%	
AÑO	COMPONENTE O EJE	MONTO EJECUTADO	PORCENTAJE	ANALISIS
2015	COMPONENTES DIRECTOS	Q 1,248.7	48%	Lo que representa en cifras absolutas una ejecución del Q 2,813.4 representando en cifras relativas un 45% HASTA EL MES DE AGOSTO 2015
	COMPONENTES DE VIABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD	Q 1,527.40	44%	
	EJES TRANSVERSALES	Q 37.3	44%	

FUENTE: Sistema de información Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional SIINSAN (reporte de ejecución)

Tomando como base los resultados de los cuadros anteriores se puede deducir que el porcentaje promedio en el transcurso de los tres años es de 76%, para el rubro de componentes directos y de un 66% tanto para los rubros de componentes de viabilidad y sostenibilidad como para los rubros de ejes transversales.

Los actores Gubernamentales y de apoyo inmersos dentro de esta ejecución por componente serían:

- a) Componentes Directos: MSPAS, MIDES, MINIFIN, SOSEP, SBS, SEPREM, MINEDUC, MINECO, SESAN, MAGA, CONAFOR, CONRED, MICIVI, FONAPAZ (FODES), MINITRAB, mientras que los actores de apoyo podemos identificar: Red de Cooperantes en Salud, Sociedad Civil Organizada y Sector Empresarial, Cooperación Internacional, Industria Alimentaria,
- b) Componentes de Viabilidad y Sostenibilidad: INDECA, INTECAP, ICTA, MINECO, MAGA, MINITRAB, MARN, INGUAT, MINIFIN, MICIVI, MSPAS, INFOM, MINIDUC, SESAN, SCEP, SEGEPLAN, MUNICIPALIDADES, FONAPAZ (FODS), CONALFA. Como actores de apoyo podemos identificar la participación de: Sector Empresarial, Cooperación Internacional, Sociedad Civil Organizada, Cooperativas, MIPYMES, Municipalidades

Impacto

La fuente consultada para este caso fue sustraída de la pagina Web siinsan.gob.gt, Evaluación de Impacto entendiendo este como un análisis, avances y presentación de estadísticas del Pacto Hambre Cero, la cual Pertenece a una serie de encuestas anuales de una evaluación final del período 2012 – 2015. Participan tres instituciones de gobierno (INE, SESAN y MINFIN) y un asesor técnico externo (IFPRI). La encuesta incluye mediciones de peso, talla y muestra de sangre en los niños menores de cinco años, mujeres embarazadas y en edad fértil, grupos de población priorizados en la ventana de oportunidad de los mil días. Se visitan hogares de los 166 municipios priorizados por desnutrición crónica según el Plan del Pacto Hambre Cero. Es de hacer notar que solamente se cuenta con información para los años 2012 y 2013.

En cuanto al Estado Nutricional de la Población Menor de cinco años y mujeres en edad fértil para el primer año (2012) considerado como año base, comparado con el año 2013 se cuentan con los siguientes hallazgos:

AÑO (2012) línea de base	AÑO (2013)
<p>a) La prevalencia de desnutrición crónica, entendida como un puntaje z de talla para edad inferior a menos 2 desviaciones estándar del patrón de referencia de la OMS, es de 59.9 % en la población de tres a 59 meses de edad, en los 166 municipios priorizados por el Plan del Pacto Hambre Cero.</p>	<p>a) En la segunda encuesta de monitoreo en el marco de la evaluación de impacto del Plan del Pacto Hambre Cero se ha observado una prevalencia de desnutrición crónica de 58.2% (proporción de individuos cuya talla es menor del valor de -- -2 desviaciones estándar de lo correspondiente para su edad, según los patrones de referencia de la Organización Mundial de la Salud) en</p>

<p style="text-align: center;">AÑO (2012)</p> <p style="text-align: center;">línea de base</p>	<p style="text-align: center;">AÑO (2013)</p>
<p>b) La prevalencia de desnutrición crónica en el grupo de tres a 11 meses de edad es de 36.3 %, mientras que los grupos de edad mayores de 12 meses presentan prevalencias superiores al 59.9 % y tienen adiciones relativamente bajas a partir de entonces, sugiriendo que la ventana de oportunidad para las intervenciones directas o esenciales se encuentra en el espacio del primer año de vida.</p> <p>c) La prevalencia de desnutrición crónica de 32.0 % observada en los niños menores de seis meses puede ser atribuida a una desnutrición crónica intrauterina y a alguna porción aditiva en ese período de vida posnatal.</p>	<p>la población de tres a 59 meses de edad. En la estimación de esta prevalencia se usó la misma metodología aplicada en la primera encuesta (noviembre--diciembre de 2012) en que el universo de estudio son los 166 municipios priorizados y en la que la prevalencia estimada fue de 59.9%.</p> <p>b) Al desagregar por grupos de edad, el comportamiento de la prevalencia de desnutrición crónica continúa mostrando el mismo patrón observado en la encuesta de base: aproximadamente un tercio de la población del grupo de menores de seis meses muestra deterioro del crecimiento longitudinal. Las tasas observadas en este grupo de edad son una manifestación de fallo de crecimiento en el vientre materno debido a deficiencias nutricionales durante o antes del embarazo o como mecanismos de adaptación de una población maternal de muy baja talla (desnutrición crónica materna).</p> <p>c) Existe un deterioro marcado en el primer año de vida que se traduce en una tasa de desnutrición crónica que supera el valor promedio general a partir de los 12 meses de edad en que se observa afección de dos tercios de la población. Igual que lo observado en la primera encuesta, el período crítico de apoyo a una lactancia materna exclusiva exitosa y el inicio de la alimentación complementaria adquieren particular importancia en este grupo de edad.</p>

<p style="text-align: center;">AÑO (2012)</p> <p style="text-align: center;">línea de base</p>	<p style="text-align: center;">AÑO (2013)</p>
<p>d) En todos los grupos de edad, existe siempre un mayor deterioro del crecimiento lineal en la población de niños que viven en el área rural.</p> <p>e) La prevalencia general de anemia en los niños de seis a 59 meses de edad de los 166 municipios priorizados por el Plan del Pacto Hambre Cero es de 34.4 %.</p> <p>f) El grupo de niños de seis a 11 meses de edad presenta una prevalencia de anemia de 71 % (la mayor entre todos los grupos de edad estudiados) y desciende gradualmente conforme avanza la edad. Esta alta prevalencia puede sugerir la necesidad de reforzar las buenas prácticas de cuidado prenatal y particularmente las buenas prácticas obstétricas.</p> <p>g) El 40.3 % de las mujeres estudiadas (15 a 49 años de edad) presenta una talla inferior a 145.0 cm, que es una talla considerada de muy alto riesgo obstétrico</p>	<p>d) Al comparar el patrón de desnutrición crónica en ambas encuestas, por grupos de edad, se observa una tendencia un incremento de las tasas de desnutrición crónica en los menores de un año y una tendencia a reducción de las tasas en los mayores de un año.</p> <p>e) En general, persiste el comportamiento de mayor deterioro entre la población que reside en las áreas rurales (tasa de desnutrición crónica de 62.5%) en comparación con las poblaciones residentes en áreas consideradas como urbanas (tasa de desnutrición crónica de 44.5%) en el territorio de los 166 municipios del estudio.</p> <p>f) En la segunda encuesta se encontró una prevalencia de anemia de 29.9% entre la población cuya edad estaba entre seis y 59 meses. En la primera encuesta, la prevalencia encontrada fue de 34.4%. En este caso, la tendencia de reducción fue mucho más marcada en el área rural que en la urbana. Al desagregar las tasas según grupos de edad, la tendencia de reducción es generalizada, aunque persiste el patrón de mayores tasas en los grupos más jóvenes, observándose que superan el promedio entre los grupos menores de 24 meses, con la mayor tasa en los menores de un año.³²</p> <p>g) Entre las mujeres en edad fértil, no embarazadas, se encontró que 48.5% presentaban sobrepeso (33.8%</p>

<p style="text-align: center;">AÑO (2012)</p> <p style="text-align: center;">línea de base</p>	<p style="text-align: center;">AÑO (2013)</p>
<p>y también es un factor de riesgo para bajo peso al nacer. Esta baja talla es marcadamente superior entre las mujeres del área rural (42.5 %) comparadas con las del área urbana (32.7 %).</p> <p>h) La prevalencia de sobrepeso u obesidad entre las mujeres no embarazadas de 15 a 49 años de edad de los 166 municipios priorizados por el Plan del Pacto Hambre Cero es de 45.2 % en total; ello se desagrega en 33.1 % de sobrepeso (Índice de Masa Corporal entre 25 y 29.9 m/kg²) y 12.1 % de obesidad (IMC mayor o igual a 30.0 m/kg²).</p> <p>i) El 15.6 % de las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad presenta anemia; esto es resultante de 14.8 % de anemia entre las mujeres embarazadas y 15.9 % entre las mujeres no embarazadas.</p>	<p>con índice de masa corporal entre 25 y 29.9 kg/m²) u obesidad (14.7% con índice de masa corporal de 30 kg/m² o más). Esta cifra tiene a ser superior a la observada en la primera encuesta (45.2%).</p> <p>h) La prevalencia de anemia entre las mujeres en edad fértil evaluadas en esta segunda encuesta fue de 15.9%, con tendencia a tasas superiores en áreas rurales en contraste con áreas urbanas. El comportamiento general sigue siendo similar a lo observado en la primera encuesta.</p> <p>i) Una prueba de naturaleza semicuantitativa del contenido de yodo en la sal consumida en los hogares muestra que 38% de los hogares estaban consumiendo sal sin fortificar, 60% consumían sal cuyo nivel de fortificación se encontraba dentro de los rangos normativos, y 11% de las muestras de sal contenían niveles superiores a lo normativo de fortificación con yodo en el país. Las muestras que excedían los niveles normativos se encontraron en la región adyacente a la frontera mexicana, y las muestras de sal no fortificada estaban distribuidas principalmente en la región del altiplano central y el norte del país.</p>

FUENTE: Sistema de información Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional SIINSAN (Estado Nutricional de la población menores a cinco años y mujeres en edad fértil tomo I)

Análisis

Siendo la desnutrición crónica la consecuencia de una serie de privaciones y daños a lo largo de la vida del niño o de crisis agudas repetitivas, es claro que esos ocurren en un entorno complejo de determinantes sociales, económicos, ambientales, alimentarios y sanitarios cuyo abordaje debe ser integral. La satisfacción de esas necesidades para optimizar el crecimiento y desarrollo debe ser completa y permanente si ha de esperarse una mejoría en las tasas de desnutrición. El plan de Pacto Hambre Cero ha propuesto una serie de acciones de distinta naturaleza. Aquellas acciones consideradas como directas incluyen intervenciones que han probado ser eficaces en condiciones controladas y han demostrado efectividad cuando se han implementado con adecuada focalización de poblaciones vulnerables, con programas de cobertura amplia en el tiempo y a gran escala en el sentido de cobertura geográfica. La focalización temporal en el espacio de oportunidad de la ventana de los mil días ha sido promovida y apoyada para ser llevada a gran escala. Sin embargo, el comportamiento de las tasas de desnutrición crónica según los grupos de edad sugiere que la ventana de oportunidad en la población estudiada es mucho más corta, enfatizando en la necesidad de acrecentar la atención en el período gestacional y en el primer año de la vida.

Lo anterior alerta sobre la necesidad de revisar que se cumplan todas y cada una de las acciones propuestas para este período muy temprano del ciclo de la vida. Al persistir la disparidad de las tasas de desnutrición crónica entre los grupos rurales en comparación con los urbanos se alerta sobre la necesidad de maximizar los esfuerzos por alcanzar a aquellas poblaciones más alejadas e históricamente menos atendidas, naturalmente sin descuidar a los segundos.

Esto implica presencia más permanente, con plataformas estructurales de atención y servicios de calidad y ampliación real de la cobertura territorial con provisión adecuada de los insumos para la entrega de los bienes y servicios planificados. Evaluación de impacto del Plan del Pacto Hambre Cero. Segunda encuesta de monitoreo en los 166 municipios priorizados.

Ciertamente la tendencia a una reducción de anemia entre los niños puede ser resultante del hecho de que la acción directa para su combate como es la entrega de micronutrientes múltiples tiene la característica de producir cambios en muy corto tiempo si existe apego al tratamiento; además, esta acción según la normativa de atención requiere de solamente dos oportunidades de contacto con el beneficiario en el año para proveerle de una dotación completa de suplemento por semestre.

El caso del comportamiento de anemia en las mujeres en edad fértil, por el contrario, puede ser el resultado del hecho de que se requieren contactos más frecuentes en períodos críticos dentro de una atención más integral. Por otro lado, las acciones necesarias para proteger a los menores de un año están asociadas a contactos más permanentes y acciones que no son dirigidas a un individuo en particular, los bienes y servicios dirigidos a mejorar la lactancia materna, las buenas prácticas de una alimentación complementaria adecuada, las prácticas de higiene personal, del hogar y del ambiente en general dirigidas a la reducción de infecciones y procesos inflamatorios, requieren de estrategias dirigidas a la familia y

la comunidad que produzcan conocimiento e induzcan de manera informada a los cambios de comportamiento.

Estas acciones tienen efectos que se producen en plazos mayores. Las estrategias de comunicación para lograr los objetivos de cambio necesitan ser revisados. Se requiere fortalecer la implementación de las acciones de sostenibilidad, que son identificadas como sensibles a la nutrición. Las acciones propuestas son de naturaleza estructural y son las que, aun cuando los efectos sean de plazo más largo, garantizan el desarrollo y protegen los logros.

En cuanto a la Situación Socioeconómica de Hogares para el primer año (2012) considerado como año base, comparado con el año 2012 se cuentan con los siguientes hallazgos:

<p style="text-align: center;">AÑO (2012)</p> <p style="text-align: center;">línea de base</p>	<p style="text-align: center;">AÑO (2013)</p>
<p>a) El nivel reportado de ingreso promedio mensual per cápita en la muestra es de 338.4 quetzales (equivalente a US\$ 42.9 al mes). Debe tenerse en cuenta que este bajo nivel de ingreso se explica en parte a que la población objetivo de la encuesta representa al 50% de municipios de mayor desnutrición en el país, lo cual está asociado a una población de menores ingresos. Asimismo, debe contemplarse la posibilidad de algún sub--reporte de ingresos, en particular aquellos vinculados a actividades agropecuarias e independientes.</p>	<p>a) El nivel reportado de ingreso promedio mensual per cápita en la muestra es de 383.4 quetzales (equivalente a US\$ 48.7 al mes), un 13% superior en términos nominales y un 8% superior en términos reales al ingreso per cápita promedio obtenido a partir de la Encuesta 2012. Debe tenerse en cuenta que este bajo nivel de ingreso se explica en parte a que la población objetivo de la encuesta representa al 50% de municipios de mayor desnutrición en el país, lo cual está asociado a una población de menores ingresos. Asimismo, debe contemplarse la posibilidad de algún sub-reporte de ingresos (natural en este tipo de encuestas), en particular aquellos vinculados a actividades agropecuarias e independientes.</p> <p>b) Mayores niveles de desnutrición crónica están correlacionados con menores niveles de ingreso de las familias, tanto en zonas rurales como urbanas.</p> <p>c) El ingreso per cápita es sustancialmente mayor (en alrededor</p>

<p style="text-align: center;">AÑO (2012)</p> <p style="text-align: center;">línea de base</p>	<p style="text-align: center;">AÑO (2013)</p>
<p>b) Mayores niveles de desnutrición crónica están correlacionados con menores niveles de ingreso de las familias.</p> <p>c) El ingreso per cápita es sustancialmente mayor (en alrededor de un 50%) en áreas urbanas que en áreas rurales a lo largo de todos los grupos de municipios con distintos niveles de desnutrición crónica y para todos los quintiles de ingreso, y la diferencia entre ingreso urbano y rural es aún más pronunciada en los quintiles de ingreso per cápita más altos.</p> <p>d) El nivel de gasto per cápita mensual promedio de los hogares de la muestra es de 539.8 quetzales, del cual alrededor del 61% corresponde a gastos en alimentos y bebidas.</p> <p>e) El gasto es, en promedio, un 25% menor para las familias que viven en zonas rurales que para aquellas que viven en zonas urbanas. Del mismo modo, el nivel de gasto aumenta progresivamente entre quintiles, siendo alrededor de un 60-</p>	<p>de un 50%) en áreas urbanas que en áreas rurales a lo largo de todos los grupos de municipios con distintos niveles de desnutrición crónica y para todos los quintiles de ingreso, y la diferencia entre ingreso urbano y rural es aún más pronunciada en los quintiles de ingreso per cápita más altos.</p> <p>d) Para el universo de hogares de la encuesta, el índice de Gini es de 47%, equivalente a un nivel de desigualdad elevado, aunque por debajo de lo estimado en otros estudios para Guatemala que cubren la totalidad del país.</p> <p>e) En promedio, el 73.7% de los hogares encuestados tiene acceso a la red de distribución de energía eléctrica, el 71.1% tiene acceso a una red de distribución de agua y el 23.4% tiene acceso a una red de drenajes. Estos porcentajes estimados de acceso a servicios básicos parecen haber aumentado respecto a la Encuesta 2012. Aunque esto podría deberse en parte a diferencias en la muestra de hogares encuestados entre un año y otro, la magnitud de los cambios pareciera indicar que el acceso a servicios básicos (y en particular a energía eléctrica y a una red de distribución de agua) ha efectivamente crecido a lo largo de los 166 municipios priorizados por el Plan del Pacto Hambre Cero.</p> <p>e) La mayoría de los hogares (89.4%) utilizan leña como su fuente de energía, mientras que un 8.2% utiliza gas propano (queroseno) y apenas un 2.0% utiliza energía eléctrica. Estos valores son muy similares a los</p>

<p style="text-align: center;">AÑO (2012)</p> <p style="text-align: center;">línea de base</p>	<p style="text-align: center;">AÑO (2013)</p>
<p>-70% mayor en el quintil de mayores gastos en comparación al quintil de menores gastos.</p> <p>f) Para el universo de hogares de la encuesta, el índice de Gini es de 43.6%, equivalente a un nivel de desigualdad elevado, aunque por debajo de lo estimado en otros estudios para Guatemala.</p> <p>g) El nivel de correlación entre ingreso y gasto per cápita es elevado e igual a 0.56. El nivel de ingreso per cápita muestra mayor dispersión que el nivel de gasto per cápita, lo que indica que a pesar de la alta correlación entre ambas variables los hogares tienden a mostrar niveles de gasto más estables en comparación a sus niveles de ingreso.</p> <p>h) La tasa de pobreza para el total de los municipios calculada a partir de</p>	<p>encontrados durante la Encuesta 2012.</p> <p>f) Los hogares están formados por un promedio de 6.2 personas y cada hogar suele disponer de sólo una o dos habitaciones utilizadas como dormitorio. Esto resulta en un promedio de 4.4 personas por dormitorio (3.6 en zonas urbanas y 4.7 en zonas rurales).</p> <p>g) El material predominante en los techos y las paredes de la vivienda es generalmente de mayor calidad en aquellos municipios con menor desnutrición crónica (y mayores ingresos). Para el grupo 1, con mayor prevalencia de desnutrición crónica, los materiales predominantes son láminas metálicas en el techo y adobe en las paredes, mientras que en los grupos 2 y 3, el material predominante es láminas metálicas en el techo y block en las paredes. Asimismo, los materiales predominantes en áreas rurales difieren de aquellos en áreas urbanas.</p> <p>h) El 85.0% de los hogares es propietario de la vivienda que ocupa mientras que</p>

<p style="text-align: center;">AÑO (2012)</p> <p style="text-align: center;">línea de base</p>	<p style="text-align: center;">AÑO (2013)</p>
<p>la encuesta del Plan del Pacto Hambre Cero 2012 se sitúa en 85.0% y la tasa de pobreza extrema en 24.6%. Estas tasas son sustancialmente más altas que las obtenidas a través de la ENCOVI 2011, lo cual se debe a diferencias en la población de interés y diferencias metodológicas en la estimación del gasto per cápita.</p> <p>i) En términos de una distinción urbano/rural, las áreas urbanas presentan un mayor porcentaje de hogares que viven por debajo de la línea de la pobreza tanto extrema como general (35 y 92 puntos porcentuales, respectivamente); y esta diferencia se acentúa mientras mayor es la tasa inicial de prevalencia de desnutrición crónica.</p> <p>j) En promedio, el 58.9% de los hogares encuestados tiene acceso a la red de distribución de energía eléctrica, el 64.1% tiene acceso a una red de distribución de agua y el 19.8% tiene acceso a una red de drenajes, con diferencias importantes entre áreas urbanas y rurales.</p> <p>k) La mayoría de los hogares (90.3%) utilizan leña como fuente de energía para cocinar, mientras que un 8.4% utiliza gas propano (queroseno) y apenas un 1.2% utiliza energía</p>	<p>apenas el 3.7% ocupan la vivienda en condición de alquiler. Un 11.4% de la población lo hace en otra condición que en su 30 mayoría representan viviendas cedidas o prestadas (en usufructo). El porcentaje de hogares propietarios de su vivienda es más elevado en áreas rurales que en áreas urbanas.</p> <p>i) Un 87.4% del total de hogares son dueños de casas y/o terrenos. En general, los hogares situados en zonas rurales son los que declaran mayor posesión de bienes inmuebles, lo cual en parte está relacionado con una mayor posesión de tierras para cultivo.</p> <p>j) Un promedio de 15.3% de los hogares en áreas urbanas declara poseer vehículos comparado con un 6.1% en áreas rurales. El 15.7% de los hogares declaran poseer una bicicleta, el 81% un teléfono celular, el 64.6% una televisión y/o radio y el 6.7% una computadora y disponer de acceso a internet y/o correo electrónico. En promedio, los hogares que viven en áreas urbanas son los que declaran mayor posesión de estos bienes.</p> <p>k) El porcentaje de hogares con algún miembro dedicado a actividades agrícolas es de 57.1%, algo menor a aquel encontrado en la Encuesta 2012 (cerca al 67%). El tamaño promedio de las explotaciones es de 0.6</p>

<p style="text-align: center;">AÑO (2012)</p> <p style="text-align: center;">línea de base</p>	<p style="text-align: center;">AÑO (2013)</p>
<p>eléctrica.</p> <p>l) Los hogares están formados por un promedio de 6.2 personas y cada hogar suele disponer de sólo una o dos habitaciones utilizadas como dormitorio. Esto resulta en un promedio de 4.6 personas por dormitorio (3.8 en zonas urbanas y 4.9 en zonas rurales).</p> <p>m) El material predominante en los techos y las paredes de la vivienda es generalmente de mayor calidad en aquellos municipios con menor desnutrición crónica (y mayores ingresos). Para el 36 grupo 1, con mayor prevalencia de desnutrición crónica, los materiales predominantes son láminas metálicas en el techo y adobe en las paredes, mientras que en los grupos 2 y 3, el material predominante es láminas metálicas en el techo y block en las paredes. Asimismo, los materiales predominantes en áreas rurales difieren de aquellos en áreas urbanas.</p> <p>n) El 83.5% de los hogares es propietario de la vivienda que ocupa mientras que apenas el 3.1%</p>	<p>hectáreas, aunque la mediana es de sólo 0.2 hectáreas. El 93.2% de los hogares produce maíz como cultivo principal, mientras que el 55.3% produce frijol, el 13.4% produce café y el 7.2% produce cardamomo. La producción agrícola se utiliza principalmente para autoconsumo, representando el 78.7% del total.</p> <p>l) El porcentaje de hogares que solicitaron un crédito durante los 12 meses anteriores a la encuesta es de 16.2%. De ellos, un 94.3% declararon haber recibido el crédito que solicitaron. El 50.8% de los hogares recibió crédito de un banco privado o de una caja de ahorro, el 25% recibió crédito de una cooperativa y el 24.2% recibió crédito de otras fuentes, incluyendo ONGs, prestamistas informales, o familiares y amigos.</p> <p>m) Los tipos de ayuda más comúnmente recibidos por los hogares fueron útiles escolares (41.9%), asistencia médica (37.6%), dinero (22.7%) e insumos, semillas y fertilizante (22.5%). Asimismo, el porcentaje de hogares que reciben ayuda de alimentos muestra un ligero aumento entre 2012 y 2013, en comparación con el resto de tipos de ayuda. En general, un mayor porcentaje de hogares recibe ayuda en zonas con mayor prevalencia de desnutrición crónica y en áreas rurales. Por otra parte, éstas provienen mayoritariamente de instituciones públicas (con porcentajes cercanos al 95% en la mayoría de los casos).</p> <p>n) En promedio, el 45.5% de los hogares tenían conocimiento del Plan Hambre Cero a la fecha de la Encuesta 2013, que implica un aumento considerable</p>

<p style="text-align: center;">AÑO (2012)</p> <p style="text-align: center;">línea de base</p>	<p style="text-align: center;">AÑO (2013)</p>
<p>ocupan la vivienda en condición de alquiler. Un 13.4% de la población lo hace en otra condición que en su mayoría representan viviendas cedidas o prestadas (en usufructo). El porcentaje de hogares propietarios de su vivienda es más elevado en áreas rurales que en áreas urbanas.</p> <p>o) Un 86.6% del total de hogares son dueños de casas y/o terrenos. En general, los hogares situados en zonas rurales son los que declaran mayor posesión de bienes inmuebles, lo cual en parte está relacionado con una mayor posesión de tierras para cultivo.</p> <p>p) Un promedio de 16.1% de los hogares en áreas urbanas declara poseer vehículos comparado con un 6.4% en áreas rurales. El 16.8% de los hogares declaran poseer una bicicleta, el 81.1% un teléfono celular, el 69.7% una televisión y/o radio y el 8.1% una computadora y disponer de acceso a internet y/o correo electrónico. En promedio, los hogares que viven en áreas urbanas son los que declaran mayor posesión de estos bienes.</p> <p>q) El porcentaje de hogares con algún miembro dedicado a actividades</p>	<p>respecto de los niveles de conocimiento del plan en la Encuesta 2012 (cerca al 30%) y que podría estar estrechamente relacionado a la intensificación de las intervenciones comprendidas en el Plan del Pacto Hambre Cero en 2013. Es interesante observar que para la mayoría de los casos este porcentaje es mayor en áreas urbanas que en áreas rurales.</p> <p>o) De todos los programas de asistencia en funcionamiento, el de mayor incidencia es Bono Seguro en sus dos variantes: Salud y Educación (con un 16.8% de los hogares de la población objetivo recibiendo el Bono Seguro de Salud y un 12.4% recibiendo el Bono Seguro de Educación) seguido del Programa de Fertilizantes (16.3% de los hogares) y de Bolsa Segura (10.1% de los hogares). Estos programas cuentan con un mayor porcentaje de hogares participantes en zonas rurales que en zonas urbanas.</p>

<p>AÑO (2012)</p> <p>línea de base</p>	<p>AÑO (2013)</p>
<p>agrícolas es de 67.3%. El tamaño promedio de las explotaciones es de 1.2 hectáreas, aunque la mediana es de sólo 0.3 hectáreas. El 94.9% de los hogares produce maíz como cultivo principal, mientras que el 55.3% produce frijol, el 18% produce café y el 18.4% produce cardamomo. La producción agrícola se utiliza principalmente para autoconsumo, representando el 80.5% del total.</p> <p>r) El porcentaje de hogares que solicitaron un crédito durante los 12 meses anteriores a la encuesta es de 20.8%. De ellos, un 94.6% declararon haber recibido el crédito que solicitaron. El 46.8% de los hogares recibió crédito de un banco privado o de una caja de ahorro, el 28.5% recibió crédito de una cooperativa y el 24.6% recibió crédito de otras fuentes, incluyendo ONGs, prestamistas informales, o familiares y amigos.</p> <p>s) Los tipos de ayuda más comúnmente recibidos por los hogares fueron alimentos (11.7% de la población objetivo), asistencia médica (50.8%), dinero (27.6%) y útiles escolares (53.5%). En general, un mayor porcentaje de hogares recibe ayuda en zonas con mayor prevalencia de desnutrición crónica y en áreas rurales. Por otra parte, éstas provienen mayoritariamente de instituciones públicas.</p> <p>t) En promedio, sólo el 29.7% de los hogares tenían conocimiento del Plan Hambre Cero con anterioridad a la realización de la</p>	

<p>AÑO (2012)</p> <p>línea de base</p>	<p>AÑO (2013)</p>
<p>encuesta, aunque este porcentaje aumenta en el caso de los hogares ubicados en los municipios con menor desnutrición crónica.</p> <p>u) De todos los programas de asistencia en funcionamiento, el de mayor incidencia es Bono Seguro (con un 31.1% de los hogares de nuestra población objetivo participando) seguido del Programa de Fertilizantes (14.7% de los hogares) y de Bolsa Segura (4% de los hogares).</p> <p>v) Se observan pequeñas filtraciones de participación en algunos de estos programas. Por ejemplo, el 15.5% de todos los hogares que declaran participar en el programa Bono Seguro son hogares urbanos a pesar de que este programa está focalizado en zonas rurales. En la misma línea, el 5.4% de los hogares que declararon participar en el programa de fertilizantes son hogares en los que ninguno de sus miembros realiza actividades agrícolas.</p> <p>w) De entre todos los programas, cinco de ellos reflejan una participación prácticamente nula en términos de los hogares pertenecientes al marco muestral de la encuesta: Silo Familiar, Producción Frutícola, Desarrollo de Apiarios y Utilización de Subproductos, Implementación de Sistemas Agroforestales y Asistencia Técnica Agropecuaria.</p> <p>x) El análisis de correlación parcial nos permite identificar aquellos indicadores socioeconómicos afines a los cuatro pilares de la seguridad alimentaria -- -disponibilidad, acceso, consumo y</p>	

<p>AÑO (2012)</p> <p>línea de base</p>	<p>AÑO (2013)</p>
<p>aprovechamiento biológico y vulnerabilidad-- que guardan un mayor grado de asociación con el nivel de desnutrición crónica de los niños en el hogar. Las tres variables que guardan una mayor correlación con el nivel de desnutrición crónica son la edad del niño (relación positiva: a mayor edad mayor prevalencia de desnutrición crónica), el ingreso per cápita del hogar y el nivel de educación de la persona al cuidado del niño (ambas con relación negativa). Otras variables correlacionadas negativamente, aunque de manera más débil, con la prevalencia de la desnutrición crónica son el valor de bienes inmuebles de la familia, la calidad de la vivienda, la educación del jefe de hogar, el acceso a agua y desagüe y la edad del jefe de hogar. Las variables correlacionadas positivamente aunque de manera débil, por su parte, son el número de miembros del hogar, si el hogar está vinculado a actividades agrícolas, si el hogar se encuentra en un área rural y el que el niño sea varón. Finalmente, acceso a electricidad y el género del jefe de hogar no guardan correlación directa con el nivel de desnutrición crónica, luego de aislar el efecto de las otras variables.</p>	

FUENTE: Sistema de información Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional SIINSAN (Situación Socioeconómica de hogares tomo II)

Análisis

A raíz de estos hallazgos se formulan las siguientes conclusiones:

- a) Incrementar e intensificar la distribución de información sobre los alcances y contenidos del Plan Hambre Cero entre la población objetivo para que los beneficiarios asocien correctamente las intervenciones recibidas con el Plan.

- b) Evaluar las filtraciones identificadas en los programas del Plan Hambre Cero y mejorar su focalización con la finalidad de reducir las filtraciones a niveles mínimos.
- c) El análisis de correlación parcial revela una correlación positiva importante entre desnutrición del niño y su edad, que no solo se explica por el fenómeno de deterioro del estado nutricional acumulativo del niño, sino además por fallos en la práctica de lactancia materna continuada. Esto refleja la importancia de dirigir acciones de política más allá del periodo de gestación y el primer año de vida; es decir, dirigir y ampliar los esfuerzos para atender a mujeres en edad fértil y con alta probabilidad de embarazo.
- d) Para reducir los niveles de desnutrición crónica infantil en el país también se deben concentrar esfuerzos en la educación de las personas a cargo del niño, comúnmente la madre, a través, por ejemplo, de campañas de educación masiva en centros de salud, centros educativos, locales comunales y visitas a hogares.
- e) Adicionalmente, la evidencia muestra que los niños varones requieren, en principio, atención adicional que las niñas mujeres en cuanto a medidas para reducir la desnutrición.
- f) Por último, se debe prestar particular atención, al menos en primera instancia, a hogares de menores ingresos, hogares con un jefe de hogar relativamente joven y hogares vinculados a actividades agrícolas, generalmente concentrados en zonas rurales.

Análisis de datos de consumo aparente de alimentos

La recolección de datos de consumo de alimentos es una tarea muy costosa en tiempo y recursos financieros y por ello es muy poco frecuente que se ejecuten estos esfuerzos tan necesarios para entender el patrón de alimentación de poblaciones. El esfuerzo realizado en el contexto de la evaluación de impacto del Plan del Pacto Hambre Cero merece una difusión entre los medios académicos para su uso en la interpretación y entendimiento del perfil de la población priorizada por este Plan.

Merece aún más que la información recolectada sea conocida por los tomadores de decisiones para que, basado en la información recolectada y analizada, se tomen las medidas necesarias a fin de prevenir el deterioro en la alimentación de las poblaciones más vulnerables y se proteja en particular a aquellos que residen en las áreas rurales.

Es necesario enfatizar, que las características de la dieta de las poblaciones estudiadas, sigue siendo la de un desbalance en las fuentes energéticas, siendo los carbohidratos las fuentes más importantes de la energía consumida y con baja contribución de fuentes lipídicas. La otra característica importante del patrón dietético de la población estudiada es que las fuentes de alimentos consumidos o disponibles en el hogar son primordialmente de origen vegetal, con alto contenido de fibra.

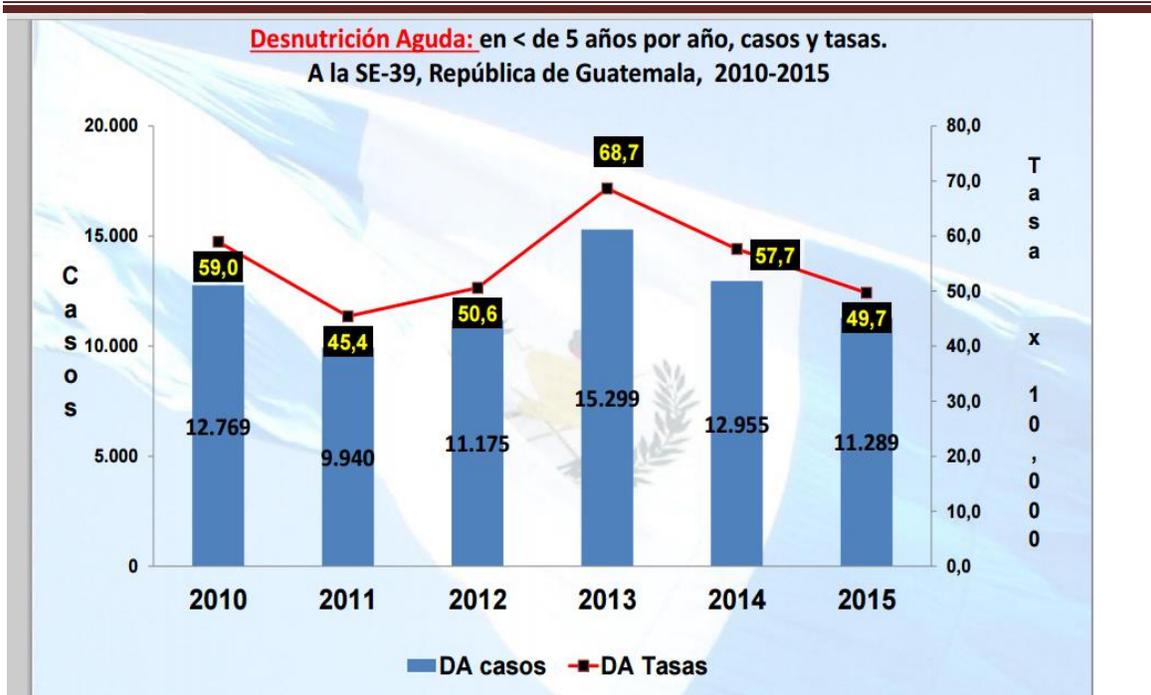
Este tipo de patrón alimentario desde la perspectiva de la prevención de algunas enfermedades crónicas puede ser ventajoso; sin embargo, dada la deficiencia de

micronutrientes, presenta una desventaja en la biodisponibilidad de micronutrientes esenciales y de particular importancia en la salud pública de nuestros países, especialmente hierro, zinc y vitamina A. En los últimos tiempos se percibe un auge de la agricultura familiar como una estrategia loable para mejorar la disponibilidad de alimentos para consumo en el hogar.

El patrón alimentario observado en estas poblaciones, puede ser una llamada de atención para que no se descuide la producción pecuaria para mejorar también el perfil de alimentos disponibles de tal modo que permita la producción de fuentes de origen animal tales como carnes, huevos y lácteos y de esta forma mejora la biodisponibilidad de los alimentos aparentemente presentes en la dieta de estas poblaciones.

Desnutrición

La desnutrición se manifiesta por bajo peso en relación a la talla del individuo, el cual se origina por una situación reciente de falta de alimentos o una enfermedad que haya producido una pérdida rápida de peso. Este tipo de desnutrición es recuperable, sin embargo, de no ser atendida oportunamente pone en alto riesgo la vida del individuo. A continuación se presenta una gráfica con resultados anuales (2010 – 2015) sobre la situación de esto en el país en cifras porcentuales y absolutas para los años en cuestión



FUENTE: Sistema de información Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional SIINSAN información semanal de casos Desnutrición aguda.

Análisis:

- a) Para los años 2010 al 2013, la tasa ascendió de un 59 a un 68.7 por 10 mil niños, sin embargo en el segundo año de aplicabilidad del pacto hambre cero los resultados han significado reducciones hasta de un 49.7 para el presente lo cual demuestra que se están realizando acciones concretas en pro de lograr los objetivos trazados
- b) Si nos remontamos en el tiempo hace 10 años la cantidad de menores afectados por el flagelo ascendía por arriba de los 43,000. Sin embargo, los casos de desnutrición aguda se han reducido en 23,3 por ciento respecto al mismo período del año 2013, cuando se reportaron 2,366 casos más. Factores tales como la voluntad política, el presupuesto asignado, el monitoreo y evaluación de campo, así como el sistema de medición de impacto anual de las medidas implementadas para la reducción del flagelo, han generado resultados positivos.
- c) **Cifras positivas** El año anterior (2014), aproximadamente 1,4 millones de mujeres en edad fértil y más de 900.000 menores de cinco años fueron atendidos con micronutrientes. De igual forma, más de 440.000 menores de cinco años fueron

- desparasitados y se atendieron alrededor de 275.000 casos de diarrea, así como 1,2 millones de menores de cinco años fueron monitoreados en su crecimiento.
- d) Al inicio de la actual administración de gobierno, las estadísticas eran de 2,2 fallecidos por cada 100 niños que padecían desnutrición aguda; en 2013 se redujo a 1,1 y actualmente la estadística está en 0,70 fallecidos por cada 100, esto quiere decir que muere menos de un menor por cada 100 enfermos.
 - e) Se resalta que “se redujo más del 50 por ciento la tasa de letalidad en los dos años y medio de gestión del Plan. Han sido positivas las intervenciones de la Ventana de los mil días y por ello tenemos el reconocimiento, que señalan que el camino que se está tomando es el adecuado”.
 - f) Los casos de desnutrición aguda en niños menores de 5 años de Guatemala registraron en 2014 una reducción interanual del 11 por ciento y de un 8% en lo que va del año 2015.
 - g) Este tipo de enfermedad, que se mide por el bajo peso respecto de la estatura, afectó a 15.373 infantes el año pasado, mientras que en 2013 los casos diagnosticados fueron 18.093. Un año antes, cuando se inició el Pacto Hambre Cero, se contabilizaron 14.020 niños desnutridos.
 - h) Con el abordaje de Hambre Cero se ha tenido un impacto positivo. Estos números se dan a pesar del efecto de la sequía provocada por la canícula prolongada, esto se minimizó gracias a la entrega de alimentos
 - i) Hambre Cero es uno de los tres ejes del actual gobierno guatemalteco y tiene como objetivo principal reducir la desnutrición crónica (baja estatura respecto de la edad) que sufre el 49,8 por ciento de niños, lo que sitúa al país centroamericano con la tasa más alta de Latinoamérica.

- j) Los departamentos donde se registraron más casos el año pasado (2014) fueron Escuintla, Sacatepéquez, Santa Rosa y Guatemala. No obstante, la prevalencia de desnutrición crónica sigue estando en regiones áridas como el occidente y oriente y será durante este 2015 cuando se realice una encuesta para establecer si este flagelo también se redujo.

- k) Christian Skoog, representante del Fondo de las Naciones Unidas para Infancia (Unicef) en Guatemala, aplaudió las nuevas estrategias que lograron en 2013 la reducción en 1,7 por ciento la desnutrición crónica y dijo que esta lucha “es de largo plazo” y que se necesita paciencia para ver mayores resultados.

“Lo que queremos ahora es asegurar que el próximo gobierno tome el contenido del Plan Hambre Cero porque es muy importante, no es algo inventado por Guatemala sino que son experiencias adquiridas en el mundo”, sostuvo.

En 2014, además, la mortalidad por desnutrición aguda se redujo 4,5 por ciento al registrarse 181 decesos, cifra que fue menor a los 189 casos confirmados un año antes, según los datos consignados en el Sistema Nacional de Información, Monitoreo y Alerta de la Inseguridad Alimentaria y Nutricional (Siinsan).

De acuerdo con el Siinsan, los fallecimientos se registraron en 92 de los 338 municipios. 156 de los casos, el 30 por ciento, ocurrieron en Barillas (7), El Estor (6), Jocotán (4), Malacatán (4), Panzós (4), San Juan Sacatepéquez (4) y Coatepeque, Guanagazapa, El Tumbador, Ixcán, La Democracia, La Libertad, Sayajché y Villa Nueva, tienen tres casos cada uno.

**Notificaciones Recibidas
Hasta la Semana Epidemiológica 53
Casos Semanales, Acumulados y Tasas
REPÚBLICA DE GUATEMALA. Años 2013 - 2014**

RESUMEN										
Patologías	2013			2014			Dif. De Casos	% Relativo de Tasas	Dif. De Casos Acum	% Relativo de casos
	Casos	Acum	Tasas	Casos	Acum	Tasas				
DA Menores de 5 años	0	18093	81.19	20	15461	68.80	20	-15.25	-2632	-14.55
DA ANTROP Menores de 5 años	0	16292	73.11	17	14243	63.38	17	-13.30	-2049	-12.58
DA CLINICA Menores de 5 años	0	1801	8.08	3	1218	5.42	3	-32.93	-583	-32.37
DA moderada Menores de 5 años	0	11919	53.48	13	10764	47.90	13	-10.44	-1155	-9.69
DA Severa Total Menores de 5 años	0	6174	27.70	7	4697	20.90	7	-24.55	-1477	-23.92
Kwashiorkor Menores de 5 años	0	825	3.70	3	618	2.75	3	-25.71	-207	-25.09
Kwashiorkor Marasmático Menores de 5 años	0	172	0.77	0	156	0.69	0	-10.05	-16	-9.30
Marasmo Menores de 5 años	0	804	3.61	0	444	1.98	0	-45.23	-360	-44.78

FUENTE: Sistema de información Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional SIINSAN información semanal de casos Desnutrición aguda.

Análisis:

- a) El total de todo el año es decir 53 semanas de registro el reporte acumula 15,461 casos, no se cuenta con la información del año anterior.
- b) El 70% (10,764) de los casos reportados corresponden a desnutrición moderada y 30% para la severa (4,697)
- c) Para el año 2014 de los 15,461 casos acumulados se registró un mortalidad de 181 lo que representa una tasa del 0.011%

**Notificaciones recibidas
Hasta la semana epidemiológica 39
casos semanales, acumulados y tasas
República de Guatemala, 2014 – 2015**

Patologías	2014			2015			Dif. De Casos	% Relativo de Tasas	Dif. De Casos Acum	% dif casos Acum.
	Casos	Acum	Tasas	Casos	Acum	Tasas				
DA Menores de 5 años	297	12955	57.65	150	11289	49.68	-147	-13.82	-1666	-12.86
DA ANTROP Menores de 5 años	266	11926	53.07	138	10479	46.12	-128	-13.10	-1447	-12.13
DA CLINICA Menores de 5 años	31	1029	4.58	12	810	3.56	-19	-22.15	-219	-21.28
DA moderada Menores de 5 años	192	8988	40.00	111	7795	34.31	-81	-14.23	-1193	-13.27
DA Severa Total Menores de 5 años	105	3967	17.65	39	3494	15.38	-66	-12.90	-473	-11.92
Kwashiorkor Menores de 5 años	11	502	2.23	7	384	1.69	-4	-24.35	-118	-23.51
Kwashiorkor Marasmático Menores de 5 años	7	129	0.57	2	93	0.41	-5	-28.70	-36	-27.91
Marasmo Menores de 5 años	13	398	1.77	3	333	1.47	-10	-17.26	-65	-16.33

FUENTE: Sistema de información Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional SIINSAN información semanal de casos Desnutrición aguda.

Análisis:

- Hasta la semana 39 el reporte acumula 11,289 casos, 13% de reducción con respecto al año anterior.
- Comparando con el ingreso a Epiweb, en realidad son 12,627 casos, reducción del 2% y 10.6% de casos sin notificar. (considerar los barridos efectuados)
- El 69% (7,795) de los casos reportados corresponden a desnutrición moderada y 31% para la severa (3,494), lo cual se mantuvo comparado con resultados del año anterior en un 70 y 30% respectivamente
- El 59% de los casos pertenecen al grupo de 1 a 4 años. El 79.5% de los casos son menores de 24 meses y de estos 68.1% de los casos pertenecen al grupo de 6 meses a menos de 24 meses.
- Al momento del vaciado de la información un área de salud se encontraba en la semana indicada (39) en zona de brote: Chiquimula (6ta. semana consecutiva) a expensas del barrido. 4 áreas en zona de alerta.
- Sololá, Chiquimula, Retalhuleu, Totonicapán, El Progreso, Baja Verapaz y Jalapa presentan incremento de casos con respecto al año anterior

- g) Para el año 2015 de los 11,289 casos acumulados se registró un mortalidad de 89 lo que representa una tasa del 0.007%

Recomendaciones:

- a) Asegurar la existencia de vacunas, micronutrientes y todos los procesos de promoción de la salud contenidos en el programa de la ventana de los 1000 días y el Pacto Hambre Cero, que permita alcanzar las metas propuestas. Responsables: Director de área de salud y nutricionista, con el apoyo de la gerencia financiera. Apoyo y acompañamiento del PROSAN, SIAS y la Gerencia Financiera del nivel central.
- b) Difundir los resultados de la vigilancia con todas las instituciones involucradas en la lucha contra el hambre, que permita hacer evaluaciones y redireccionar las intervenciones si fuera necesario. Responsables: Autoridades del Despacho Ministerial, con el apoyo y acompañamiento del SIAS y CNE.
- c) Asegurar para la existencia de SRO (sales de rehidratación oral), antibióticos y otros insumos, así como el cumplimiento de las normas de atención con calidad, para la adecuada y oportuna asistencia a los niños menores de 5 años con desnutrición y que presentan complicaciones. Responsables: Director de área de salud, SIAS, Coordinación de Hospitales y PROSAN.
- d) Fortalecer la supervisión, monitoreo y evaluación de los procesos de diagnóstico, registro y atención de los niños con Desnutrición Aguda, bimensual. Responsables: Director de área de salud, Directores de hospital y SIAS.
- e) Fortalecer los procesos de coordinación interinstitucional para asegurar que las intervenciones propuestas lleguen efectivamente a las comunidades en mayor riesgo de inseguridad alimentaria y nutricional. Responsable de Salud: Director de área de salud. Gobernador departamental como responsable del CODESAN.
- f) Fortalecer todos los procesos de Vigilancia Epidemiológica y asistencia alimentaria, especialmente en los departamentos y municipios priorizados. Responsable de Salud: Director y Epidemiólogo de área de salud. Gobernador departamental como responsable del CODESAN.
- g) Fortalecer los procesos de análisis a nivel local, que permita la oportuna identificación de las comunidades de mayor riesgo para la adecuada asistencia alimentaria y nutricional, así como la identificación oportuna de casos y evitar la mortalidad.

Derecho a la Salud

La disponibilidad, la accesibilidad y la calidad son elementos interrelacionados y esenciales del derecho a la salud, y serán los criterios útiles para evaluar el respeto del derecho a la salud en un contexto determinado según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (OMS, 2007).

DISPONIBILIDAD: El Plan dispone de un número suficiente de establecimientos tomando en cuenta todo el aparato de instituciones públicas y privadas que participan dentro del pacto, bienes, servicios y programas de cada una de las instituciones participantes. Se incluye dentro del mismo personal capacitado sobre el que hacer del Pacto y remunerado de acuerdo a estándares de cada institución, con contratos anuales, renglones 022, 029, 182 y 189 en su mayoría.

ACCESIBILIDAD: La variable de acceso es complementaria a la de disponibilidad. El Modelo para la implementación del PLAN cuenta con establecimientos, bienes y servicios accesibles a todos los grupos de la población que atiende, en especial los grupos vulnerables o marginados como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños. Las dimensiones a considerar en el análisis de este criterio son: No discriminación para el caso se atiende a toda la población que demanda el servicio, priorizando al grupo materno infantil, accesibilidad física, la ubicación de los servicios sigue criterios para maximizar el acceso físico, en cuanto al aspecto de accesibilidad económica, por los servicios que se prestan no se hace ningún cobro por lo que no existen barreras económicas. Accesibilidad a la información este aspecto no está desarrollado por lo que a nivel comunitario no existe ninguna actividad que apoye este aspecto únicamente a nivel central en donde cada mes se reúnen dentro de la consejo técnica institucional CTI para monitorear las acciones.

CALIDAD: El Plan cuenta con establecimientos, bienes y servicios apropiados desde el punto de vista científico y de buena calidad, respetuosos de la ética, culturalmente apropiada y sensible a los requisitos de género. Esto requiere de personal capacitado, insumos y equipo científicamente aprobados de acuerdo a la cartera de servicios, establecimientos concebidos para respetar la confidencialidad y en buen estado.

La Participación Social

Participación organizada de los ciudadanos en la formulación, ejecución y evaluación de las políticas públicas, en este caso, de los planes, programas y acciones del plan dentro del marco territorial, así como en las tareas de contraloría social (Cardozo, 2008); la participación tiene un espectro que incluye: informar, consultar, involucrar, colaborar, y decidir. A continuación se describen los elementos centrales de la participación social del Plan:

TOMA DE DECISIONES: El Plan permite/promueve la participación comunitaria en la toma de decisiones, ¿Qué tipo de decisiones? ¿Quiénes participan?

Este aspecto como se menciona anteriormente no está contemplado dentro del Pacto a nivel comunitario siendo uno de los aspectos que se deben fortalecer. Con lo que se puede mejorar la Operativización del Pacto promoviendo la participación comunitaria en aspectos como

promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de cada uno de los aspectos esenciales, así como el de permitir una tipo de EVALUACIÓN/AUDITORÍA SOCIAL que permite/promueva la participación comunitaria en la evaluación de sus programas y en la auditoría de sus recursos y en la calidad de su atención.

Institucionalización

El Plan cuenta con un marco legal, conceptual y normativo que permita establecer la prestación de los servicios por medio de una cartera de atención y con los recursos humanos, infraestructura, equipamiento y fondos necesarios para la operación del modelo. De igual manera se refiere a que los procesos desarrollados dentro fortalezcan la infraestructura y el empleo público.

Factibilidad

La factibilidad se refiere a la disponibilidad de los recursos necesarios para llevar a cabo los objetivos o metas señalados, la factibilidad se apoya en 3 aspectos básicos: factibilidad operativa, factibilidad económica y factibilidad técnica. De acuerdo con Hanlon (Toledo, 2004), estos aspectos pueden ser resumidos a través de 5 indicadores denominados PERLA, que son: *Pertinencia, Factibilidad Económica, Disponibilidad de Recursos, Legalidad y Aceptabilidad.*

PERTINENCIA: El Plan presta a los usuarios los servicios de acuerdo a sus necesidades, al perfil de cada programa participante y a la cosmovisión local, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica.

DISPONIBILIDAD DE RECURSOS: El Plan dispone de los recursos operativos y técnicos necesarios para llevar a cabo los objetivos o metas que se plantea.

LEGALIDAD: El Plan realiza sus programas dentro del marco de las leyes generales y normas sanitarias del país, así como los acuerdos internacionales.

ACEPTABILIDAD: En la población se refleja la voluntad y disposición de las personas y organizaciones para recibir los servicios y participar en los programas y proyectos que promueve el Plan. Al parecer no existen resistencias de los usuarios con respecto a los servicios recibidos

Gestión

Forma sistemática de toma de decisiones propias de una organización. Es decir, la secuencia ordenada, y (a veces) racional en la cual deben ser plantadas y resueltas sus decisiones. Definir el modelo de gestión involucra definir cuáles son las principales decisiones que se toman en una institución, cómo se las toma, quién y cuándo las toma. En otros términos involucra definiciones desde el ser, desde el hacer y desde el estar. (Tobar 2002) Para efectos de este estudio se hizo énfasis en el componente del hacer del Plan de gestión, conformado por: prioridades, funciones y actividades.

Estos tres elementos (prioridades, funciones y actividades) son realizadas por SEGEPLAN quien es la instancia que aglutina cada uno de los planes operativos de las instituciones involucradas en el PHO con lo que le da un orden para la realización y cumplimiento de metas

SISTEMA DE INFORMACIÓN: El PHO determina un proceso de recolección, procesamiento y análisis de información que apoya la toma de decisiones y trata de articular la red de servicios.

VI. Percepción de los usuarios

Como parte de los insumos de análisis se debe contemplar este aspecto ya que permite medir el grado de aceptación desde el punto de vista de los usuarios, sin embargo con la finalidad de contar con algunos datos al respecto se presenta a continuación información obtenida en El informe titulado combate a la desnutrición y la reactivación de la economía campesina en Guatemala Balances y perspectivas, Colectivo de Estudios Rurales Ixim

Comentarios a Mi Bono Seguro

“Yo como madre veo que ya no está bueno eso del Bono Seguro, ya solo para el pasaje alcanza, queremos que aumenten la cantidad así vamos a estar tranquilas porque así como está ya no tenemos ganas de recibirlo”, comunitaria Chinaboquil, Chisec.

“En el gobierno anterior nos daban Q.300.00 ahora solo dieron Q.150.00 lo cual no alcanza para comprarle cosas a nuestros hijos”, comunitaria Chinaboquil, Chisec.

“El año pasado solo nos dieron dos entregas en la primera Q.300.00 y en la segunda Q.150.00”, comunitaria Chinaboquil, Chisec.

“Yo estoy triste porque ya no nos dieron el bono, aquí solo fincas hay y no tenemos terrenos donde sembrar para criar a nuestros hijos, queremos apoyo para comprar tierra”, comunitaria Chinaboquil, Chisec.

“Yo ya no estoy beneficiada de Mi Bono Seguro, me sacaron y no sé por qué”, comunitaria Chinaboquil, Chisec.

“Antes estaba mejor lo del Bono, ahora ya solo dieron Q.150.00, queremos saber cómo va a seguir porque ese dinero es muy poco, ya solo alcanza para el pasaje y ya no se puede comprar nada para los hijos”, comunitaria Chinaboquil, Chisec.

“Como personas beneficiadas creemos que el gobierno debe cumplir lo que prometió, que cada mes iban a dar Q.1, 000.00, y hasta ahora no están cumpliendo”, comunitaria Chinaboquil, Chisec.

“Lo que me di cuenta es que el Bono ya no sirve para nada, gastamos tiempo, pasaje y comida para recibirlo y solo nos dan Q.150.00, ya no estamos de acuerdo en recibirlo porque no sale la cuenta”, comunitaria Chinaboquil, Chisec.

“Vivimos en comunidades lejanas, tenemos que pagar pasaje para recibir el Bono y ya no nos alcanza el dinero”, comunitaria Esperanza Yalicar, Chisec.

“Muchas mujeres ya no están beneficiadas, tenemos derecho y queremos seguir incluidas en el programa”, comunitaria Candelaria Yalicar, Chisec.

“El gobierno como que ya no quiere ayudar a las mujeres y esto no es justo porque requieren el apoyo en sus vidas, necesitamos apoyo para que nuestros hijos continúen estudiando y algún día lleguen a ser profesionales”, comunitaria Candelaria Yalicar, Chisec.

“A las que participan las escogen entre amigas y las que necesitan no son beneficiadas; algunas pelean, discuten y se insultan entre ellas”, comunitaria Aldea La Isla, Santa Cruz, Alta Verapaz.

“He visto personas que tienen dinero y reciben ese beneficio, y se supone que solo a las familias de escasos recursos se lo deben dar”, comunitario Aldea La Isla, Santa Cruz Verapaz.

“En la comunidad hay algunas señoras que se enojan porque no les dan el Bono”, comunitaria Acamal, Santa Cruz Verapaz.

Fuente: Informe combate a la desnutrición y la reactivación de la economía campesina en Guatemala Balances y perspectivas, Colectivo de Estudios Rurales Ixim

Como se observa, las inconformidades se refieren al espaciamento de la entrega de las transferencias, a la disminución del monto de las mismas, a la exclusión del programa, y a conflictos comunitarios.

Mi Cosecha Segura

Dentro de este tema se puede hacer mención a las siguientes opiniones de los usuarios del mismo el cual se obtuvo del mismo informe citado anteriormente

- “El fertilizante vino tarde para la siembra, así es difícil que nos sirva”, comunitaria Chinaboquil, Chisec.
- “Gastamos Q.85.00 por el fertilizante, transporte Q.20.00, tiempo Q.40.00, pago para hacer el trámite Q.15.00, pago por el fertilizante Q.10.00”, comunitario Chinaboquil, Chisec.
- Pagué Q.75.00 por el fertilizante”, comunitario Chinaboquil, Chisec.
- “Hay personas que ni tienen en donde sembrar y reciben el fertilizante y lo venden, y hay otros que lo necesitan y no lo reciben, por eso existen conflictos e inconformidad en la comunidad”, comunitario Barrio Santo Tomás, Santa Cruz Verapaz.
- “Aquí hay personas que no necesitan el fertilizante, lo reciben y lo venden”, comunitario Aldea La Isla, Santa Cruz Verapaz.
- “Se los dan a las personas pudientes, que tienen dinero”, comunitario Acamal, Santa Cruz Verapaz.

Limitaciones del análisis

Uno de los principales hallazgos de esta evaluación consiste en la identificación de limitaciones para realizar comparaciones entre las distintas políticas con sus respectivos programas y sus variantes implementadas, entre otras razones por las siguientes:

- a) Escalas de implementación. Las escalas de implementación de algunos programas son pequeñas en su origen y se han mantenido focalizadas a lo largo de los años, por lo cual se desconoce cuál sería o fue su funcionamiento en una escala mayor. En los foros nacionales, sin embargo, se reconoce que algunos modelos deben sus resultados al involucramiento de equipos de conducción compuestos por personajes destacados del país, que no se podría aspirar a tener en circunstancias normales en número suficiente para realizar la gestión. Otros programas, por su parte, se ha considerado de mucho éxito como modelos para conducir la ampliación en plazos relativamente pequeños y con el recurso humano disponible en las áreas de salud por ejemplo.
- b) Grado de evolución. El PHC ha alcanzado un grado elevado de institucionalización Y reglamentación en sus procedimientos; es uno de los pocos ejemplos de gestión por resultados y tiene alcance nacional, sería conveniente analizar los resultados desde la lupa de la transparencia.
- c) Base ideológica. El PHC presentado como una respuesta tal vez más orientado hacia una postura utilitarista (enfocar los recursos en grupos específicos para obtener mayores resultados en indicadores nacionales), mientras otras políticas más orientado hacia una postura liberal igualitaria (el desempeño del sistema se mide por la realización del

- derecho a la salud y por las oportunidades de partida para los miembros de la sociedad).¹¹
- d) Alcance del modelo. El Pacto es un sistema donde se basa en la regulación, conducción y entrega de servicios para colocar fondos para los habitantes en las áreas rurales dispersas que carecían de atención y financiamiento en el país.
 - e) Percepción de usuarios: Lastimosamente por factores de presupuesto y principalmente de tiempo no fue posible realizar algún acercamiento con la población objetivo de la presente política ya que esto hubiere dado mejores elementos de juicio para medir el grado real de aceptación de las actividades realizadas así como la forma de realizarlas por parte de la población beneficiada, sin embargo que el afán de que este aspecto no quedara sin contemplarse se plasmó lo expuesto en los informes: El Plan Hambre Cero y la Reactivación de la Economía Campesina en Guatemala Mitos y Realidades y El combate a la desnutrición y la reactivación de la economía campesina en Guatemala Balances y perspectivas de Colectivo de Estudios Rurales IXIM, citado anteriormente

VII. Discusión de resultados

El Grupo de Análisis Estratégico para el Desarrollo “GAED” en la presentación de los estudios “Cambios nutricionales y focalización de las transferencias condicionadas del Plan del Pacto Hambre Cero” e “Impacto de la desnutrición crónica en el retraso escolar de niñas y niños en el primer grado de escuelas públicas del país”, dentro de las conclusiones presentadas se pueden hacer mención a las siguientes:

Priorización del PHC basada en Desnutrición Crónica a municipios prioritarios.

Grupo 1 (33 municipios):

Más de 70 de cada cien niños tienen Desnutrición Crónica

Grupo 2 (50 municipios):

Entre 60 y 70 de cada cien niños tienen Desnutrición Crónica

Grupo 3 (83 municipios):

Entre 43 y 59 de cada cien niños tienen Desnutrición Crónica

El Pacto Hambre Cero señala entre los productos del Mides:

Las transferencias condicionadas y bolsas de alimentos en el Pacto Hambre Cero

- a) La entrega de transferencias condicionadas a las familias, para reducir la desnutrición crónica.

¹¹ Roberts, Hsiao, Berman y Reich (2008). **Judging Health Sector Performance: Ethical Theory**. En: *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*. Oxford University Press.

-
- ✓ Dieciséis de cada cien hogares (16/100) han recibido el Bono Seguro de Salud
 - ✓ Las familias con menos ingreso han sido menos beneficiadas que aquellas con más ingresos.
 - ✓ La situación mejora ligeramente si tienen hijos en edad objetivo del PHC (alrededor de 1%).
 - ✓ El Bono de Salud beneficia más a las áreas rurales que a las urbanas, sin embargo prioriza mas al grupo 2 de prioridad intermedia que al 1, el más prioritario.
 - ✓ Doce de cada cien (12/100) familias han recibido este bono Seguro de Educación.
 - ✓ Las familias más pobres han sido menos beneficiadas que las de ingreso medio.
 - ✓ Este bono beneficia más áreas rurales, que urbanas en especial al grupo 2, que es menos prioritario que el 1.
- b) La entrega de bolsas de alimentos a familias para lograr el incremento del consumo calórico familiar.
- ✓ La bolsa segura beneficia más al área rural que urbanas, en especial al grupo 1, el más prioritario.
 - ✓ Diez de cada cien familias (10/100) han recibido alguna vez la bolsa segura.
 - ✓ Familias con bajos ingresos, son menos favorecidas que las de ingreso medio
 - ✓ Pese a que las familias rurales tienen mayor probabilidad de recibir bonos y bolsas (3-10 puntos porcentuales), el Ingreso no parece ser importante a la hora de distribuir los recursos.
 - ✓ Tener niños menores a 5 años mejora la probabilidad de recibir transferencias (3-5 puntos porcentuales).
 - ✓ El grupo 1 es menos favorecido que el 2 para recibir el bono de salud, aunque tiene más posibilidades de recibir la bolsa que los grupos 2 y 3.
 - ✓ Pese a que los bonos y bolsas parecen favorecer más a las áreas rurales, el ingreso del hogar no es un criterio importante usado en la distribución de recursos.
 - ✓ Familias con niños en edad prioritaria del PHC, son ligeramente más beneficiadas que familias sin niños menores a cinco años.
 - ✓ El hecho de que familias del grupo 2, sean más beneficiadas que el grupo 1, y que el ingreso no sea un factor determinante para distribuir los bonos y la bolsa, indica que hay espacios importantes para la mejora de la focalización.
 - ✓ Finalmente, es importante contar con acceso completo y de forma oportuna a la información pública proveniente de las Encuestas del Pacto Hambre Cero por parte del INE y la SESAN para poder contar con un análisis independiente más completo y actualizado.
 - ✓ No cambio ni empeoró la Desnutrición Crónica y Global en la niñez menor a cinco años en general, sin embargo. Hay evidencia, aunque débil, de un posible deterioro en la Desnutrición Crónica en las niñas en la Ventana de los Mil Días de alrededor de 4 puntos porcentuales. Esta incertidumbre se podría reducir con muestras más grandes, y/o con acceso a la tercera y cuarta encuesta del PHC.

- ✓ Información antropométrica del sistema de monitoreo de la SESAN podría dar luces sobre que paso con la niñez objetivo del programa.
- ✓ Las encuestas como instrumentos de Monitoreo, son útiles, siempre y cuando exista un análisis estadístico que apoye las afirmaciones que se deriven de ellas.
- ✓ Finalmente, es importante que el INE y la SESAN hagan pública toda la información de las encuestas y la evaluación de impacto de forma oportuna para comprender que cambios se han dado en la población objetivo.

VIII PROSPECTIVAS

Dentro de este aspecto inicialmente hay que hacer mención a las declaraciones de nuestros futuros dirigentes específicamente del presidente electo Jimmy Morales, quien según publicaciones de Prensa Libre del día martes 10 de noviembre del año en curso en página 6 dice textualmente “El presidente electo Jimmy Morales, felicitó al Conasán por trabajar en uno de los problemas que calificó de “mucho tristeza”. Al mismo tiempo se unió al trabajo y dijo “Tenemos que combatir y luchar juntos para erradicar el hambre del país. Me gusta mucho Hambre Cero, no hay necesidad de cambiar nombres, hay necesidad de actuar, de hacer todo aquello que no hemos hecho como nación” refirió. El presidente electo destacó que se debe identificar, plantear y socializar el problema de fondo, y recomendó a los representantes del Consejo que amen el trabajo que ejecutan en beneficio de la niñez del país.

Se destaca en esta información que el Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional aprobó el Plan Estratégico de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2016 – 2020, con la presencia de las máximas autoridades del país, quienes reiteraron su compromiso en la lucha contra la desnutrición. El documento tiene tres objetivos estratégicos a favor de la población vulnerable niños, niñas y mujeres, además prevé que la inversión en los próximos cuatro años sea de 30 millones de quetzales, situación que contrasta con la información proporcionada directamente por la SESAN la cual indica que serán alrededor de 20 millones (cinco por cada año) .

El presidente del Conasán, expuso que el nuevo Plan es una actualización de las intervenciones existentes para que implementen en los próximos años. “El plan permitirá brindar herramientas para tomar decisiones, mecanismos de medición de desempeño e instrumentos para disminuir la vulnerabilidad”

En base a lo anterior se puede resumir indicando que las puertas están abiertas para la continuidad del PHC, sin embargo es de hacer notar que el mismo debe de reubicarse y de mejorar las situaciones que se detectan como deficientes y responder a inquietudes de la misma puesto que dentro del mismo artículo de prensa libe se destaca lo siguiente:

Representantes del sector sindical en el Conasán, pidió a los miembros resultados, ya que cuando fue implementado el Pacto Hambre Cero hubo promesas que no han sido cumplidas. “supuestamente era para disminuir la mortalidad algo que no se ha hecho. En otras reuniones, e actas ha quedado que nos den un informe de la reducción de las muertes por desnutrición, pero no se nos ha dado.” Indico. La representante de los pueblos indígenas, solicito, que se incrementen las intervenciones para que se vea el impacto “Se deben crear otras acciones que fortalezcan”

Según El informe combate a la desnutrición y la reactivación de la economía campesina en Guatemala Balances y perspectivas, Colectivo de Estudios Rurales Ixim se puede extraer lo siguiente:

En cuanto a los problemas que presenta la institucionalidad pública ejecutora del PHC —y de las políticas públicas en general se puede indicar que existe poca coordinación en el terreno, baja ejecución presupuestaria, dificultad para disponer de recursos financieros efectivos.

A esto deben sumarse los problemas y desacuerdos en las comunidades por exclusión de participantes en los programas sociales; poco impacto de los programas debido al deterioro en su ejecución; y finalmente, la no búsqueda de cambios de fondo —estructurales— en el país, que permitan verdaderamente combatir la pobreza y la desnutrición en Guatemala.

La Ventana de los Mil Días continúa sin ser adecuadamente ejecutada. No se cuenta aún con datos que muestren los avances o no en la meta de reducir la prevalencia de desnutrición crónica infantil en un 10% para el 2015. Los casos de niños fallecidos por desnutrición (ningún niño debería de morir por desnutrición en Guatemala) si bien han disminuido (146 en 2012, 116 en 2013), se cuestiona la forma en que se determina la causa de la muerte.

Los programas de transferencias condicionadas se han deteriorado en su ejecución, con lo cual su efecto es limitado en la búsqueda de lograr mejoras en la economía familiar y local. El espaciamiento de las entregas y la reducción del monto recibidos por las familias muestran claramente ese deterioro.

Persiste una alta politización en los programas. El manejo clientelar y partidario ha sido una denuncia constante en los programas analizados, llegando al extremo que en algunos casos son secretarios generales municipales o departamentales del partido de gobierno y diputados quienes manejan los programas y listas de usuarios.

Los programas de “viabilidad y sostenibilidad” analizados si bien en su mayoría han crecido en cantidad de participantes y presupuesto no han mostrado ser efectivos para la mejora de las condiciones de vida en las áreas rurales (acceso a medios de producción, mejora de la producción agropecuaria, mejora en el empleo y el ingreso).

El MAGA tampoco ha sido efectivo en el combate a la roya o la mancha de asfalto que afectan a pequeños productores de café y maíz, respectivamente.

Por el contrario, acciones impulsadas por el Estado como el programa de fertilizantes ha mostrado ser inoperante y de impacto negativo para la economía campesina y nacional. Mantenerlo solamente responde a intereses clientelares. Siendo que el discurso y los planes a apoyo del MAGA a las economías campesinas plantean como columna vertebral de estas economías a la agricultura familiar se hace necesario que el enfoque de intervención aplique conocimientos y prácticas de la agricultura sustentable y la agroecología, como formas de producir social y ambientalmente adecuadas. Esta ha sido un planteamiento de diversas organizaciones indígenas y campesinas, a la fecha sin respuesta desde el MAGA.

No hay esfuerzos serios por capitalizar a las comunidades rurales, lo evidencia claramente el programa de compra de granos básicos a pequeños productores en el cual pagan únicamente el precio de producción. Esto muestra los límites del modelo económico en Guatemala: Mantener a las personas en la sobrevivencia, recuperando si mucho los costos de producción, sin posibilidad de obtener ganancia en el proceso productivo, de acumular capital.

No se promueve activamente el acceso a la tierra en propiedad, por el contrario, se ataca a las comunidades indígenas y campesinas en sus territorios con el impulso desde el gobierno de monocultivos, minería e hidroeléctricas, violando lo preceptuado en el Convenio 169 de la OIT sobre la consulta de buena fe, previa e informada.

Si bien el extensionismo agrícola ha sido retomado, la contratación de personal no ha quedado exenta de favores políticos y compadrazgos, con personal que en muchos casos no llena el perfil requerido; además sin contar con recursos suficientes para el trabajo en el terreno.

Las mujeres cada vez más van siendo incorporadas como destinatarias de las políticas públicas, dado que se consideraran mejores administradoras de los recursos. Sin embargo, se debe analizar cuidadosamente el papel que desempeñan. El calificar y considerarlas como “agentes de cambio” no es suficiente para generar relaciones de poder menos desfavorables para las mujeres. De hecho las nuevas responsabilidades no van acompañadas de medidas que alivien el peso de la labor reproductiva, por lo que les puede resultar una carga más, sin generar mayores libertades.

Es necesario que la institucionalidad pública formule e incorpore a su actuar estrategias de género que contemplen las diferentes dimensiones de la discriminación y exclusión de las mujeres para lograr mayor libertad, equidad y justicia.

Las limitaciones del PHC tanto en su diseño como en su ejecución hace necesario plantear acciones para corregir el rumbo. Aun cuando desde el propio discurso presidencial de toma de posesión este gobierno estableció una prioridad política alta a la lucha contra la desnutrición crónica en la niñez, atreviéndose inclusive a proponerse una meta cuantitativa de impacto frente a la cual evaluar su desempeño al final de la gestión, la evidencia respecto de los avances en la implementación del Plan Hambre Cero es poco alentadora. Se requiere profundizar un denodado esfuerzo de investigación, que comience por trazar un mapa de cuáles son los procesos y dinámicas que están entrapando de peor manera la cadena de gestión pública e

impidiendo que se entreguen los bienes y servicios preestablecidos en el PHC a toda su población meta.

Hoy, más que nunca, el PHC requiere abrirse a la ciudadanía y ventilar públicamente los desafíos que enfrenta. Lo que está en riesgo es mucho: la pérdida de credibilidad de una iniciativa que ha logrado convocar la atención y los recursos de múltiples actores, que ha demostrado efectividad cuando se ha puesto en marcha en otras latitudes. Si bien se puede cuestionar la ausencia de elementos clave en su diseño, con lo que tiene, debería dar algunos resultados. Mínimamente, debemos exigir que hagan lo que han planteado que debe hacerse.

IX Conclusiones

Diversos estudios han mostrado la tendencia del sector público a concentrar los mayores beneficios fiscales en los estratos socioeconómicos más altos. Este patrón también predomina en la prestación de servicios públicos de salud. En los últimos años, el balance a favor del gasto curativo en entidades especializadas de tercer nivel se ha ido profundizando. El deterioro de las condiciones financieras de los programas, en ese marco, obliga a una reflexión sobre la respuesta social a los problemas de salud de las comunidades más vulnerables debido a la pobreza, la ruralidad y la inaccesibilidad geográfica, económica y funcional a condiciones de salud y servicios de atención compatibles con el estándar del país para los ciudadanos.

Los aportes de la pacto hambre cero, según los resultados del estudio, son:

- **Base legal, organizativa y de gestión.** La estructura, marco legal, procedimientos administrativos, infraestructura de conducción de las DAS, articulación local con poca o nula organización comunitaria.
- **Innovaciones en Recurso Humano.** Equipos fijos que dan continuidad a la atención, son remunerados y cuentan con capacitación de calidad reconocida, sobre todo durante el primer año de ejecución del pacto en los subsiguientes la capacitación no ha sido extensiva pero no se ha descuidado

Con respecto a aspectos relevantes de los ámbitos de análisis es importante destacar:

Disponibilidad y Acceso

- ✓ No hay diferencias sustanciales en cuanto al acceso físico debido a la localización de los centros de atención.
- ✓ En acceso de tipo económico los servicios prestados son gratuitos.
- ✓ En los aspectos culturales se debería contar con RR.HH locales, que facilitan el idioma y el conocimiento de la cultura local, lo que puede generar condiciones para una mayor aceptación y menor discriminación de los saberes y prácticas tradicionales en salud.

Participación Social

- ✓ La Operacionalización del pacto NO integra a la organización comunitaria en el sistema local, lo cual facilitaría la posibilidad a las comunidades de opinar sobre su

-
- participación, la ubicación de los servicios y la integración de o de los equipo. se promovería la discusión e involucrarían a personas de la comunidad en sus intervenciones.
- ✓ El desarrollo de comités comunitarios y la vinculación a las comisiones de salud de los COMUDES y COCODES es un elemento positivo que debería involucrarse dentro del Pacto.
 - ✓ En relación a la “devolución” a la comunidad de los resultados de las intervenciones y la participación de la comunidad en decisiones, no se cuenta con procedimientos y herramientas que permiten presentar periódicamente la sala situacional del PHO de cada comunidad para la toma de decisiones. realizando reuniones permanentes de información y consulta.
 - ✓ En cuanto a la Auditoría Social, no se ha desarrollado este aspecto con la implementación de las auditorías sociales.
 - ✓ El compromiso político asumido en la toma de posesión de Otto Pérez Molina, de convocar al PHC generó expectativas acerca de una posible reorientación de la política pública en materia alimentaria. Sin embargo, la utilización del tema de forma mediática, no se refleja en un cambio fundamental en la orientación de las acciones estatales. En lo fundamental se mantienen los mismos enfoques y orientaciones, con la variante de focalizarse en las poblaciones con mayores rezagos. Sin embargo, se mantienen las mismas limitantes institucionales: escasez de personal, reducción de recursos y
 - ✓ limitada participación social.

Gestión de los Servicios

- ✓ El Pacto se desarrolla por medio de una modalidad de gestión basada en la elaboración de un Plan de Trabajo Anual, un presupuesto realizado mediante una hoja electrónica y seguimiento a través de indicadores.
- ✓ En el manejo de la información, las modalidades aplicadas son importantes avances en el desarrollo de una articulación efectiva con la red oficial de servicios. Se desarrollan registros individuales y es posible hacer un seguimiento adecuado de los casos.
- ✓ La evaluación de la prestación de servicios, se realiza mensualmente a nivel central por medio de CTI en base a indicadores que incluyen las metas de los diferentes programas. Dicho proceso no se realiza en forma sistemática a nivel comunitario, esto último se debe considerar como una debilidad y tratar de mejorarla

Institucionalidad y Sostenibilidad

- ✓ Todas las actividades desarrollan sus intervenciones en el marco legal nacional y se rigen por las normas de cada institución involucrada, en los aspectos técnicos y administrativos.
- ✓ Se cuenta con la certeza institucional de financiamiento y cuenta con un espacio presupuestario específico.

X. Recomendaciones

- a. El hecho de que la prevalencia de desnutrición crónica muestre un incremento significativo después del primer año de vida, sugiere que el espacio de vida intrauterina y el primer año posnatal son los que presentan las mejores oportunidades de protección para la reducción de la ocurrencia de desnutrición crónica. Ello implica reforzar aún más los esfuerzos dirigidos a la protección del embarazo, las prácticas alrededor del parto y las acciones propias del cuidado infantil. Lo anterior incluye el control prenatal iniciado en el primer trimestre (control del peso, presión, suplementación, inmunizaciones, consejería dirigida), un número mínimo de cuatro visitas de control y atención adecuada del parto por personal calificado. Estas intervenciones tendrán como resultado una evolución adecuada del embarazo y disminución del riesgo de bajo peso al nacer.
- b. Las acciones tendientes a garantizar una lactancia materna exitosa deben ser reforzadas. Entre ellas, es de suma importancia el inicio de la lactancia materna en la primera hora posparto, y el reforzamiento de las buenas prácticas de lactancia que garanticen que el niño reciba exclusivamente leche materna en los primeros seis meses de vida. Estas acciones son reforzadas con métodos de consejería idóneos, con pertinencia cultural, con metodologías amigables y participativas y con la integración de todos los miembros del hogar y la comunidad.
- c. El período posterior a los seis meses de edad es la ventana de oportunidad de reforzamiento de las prácticas adecuadas de alimentación complementaria. Los esfuerzos deben estar concentrados en ofrecer el conocimiento y facilitación de prácticas de alimentación en la frecuencia, consistencia y tiempos en que son ofrecidos los alimentos de buena calidad. Es, de nuevo, un espacio que debe ser cubierto con la metodología adecuada de comunicación, de forma participativa y pertinente, tomando en cuenta el contexto comunitario en que se trabaja.
- d. El período del primer año posnatal es blanco de una serie de acciones contenidas en la Ventana de los Mil Días. Además de los temas arriba mencionados (lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria) se encuentra el inicio de suplementación con micronutrientes y el cuidado específico de las enfermedades que son altamente prevalentes en la infancia, en particular, la diarrea y las infecciones respiratorias. Una de las acciones clave, es la suplementación terapéutica de zinc en los eventos de diarrea, pues reduce la intensidad del episodio y facilita la recuperación. El inicio oportuno de los esquemas de vacunación es fundamental en esta etapa de la vida.
- e. Un tercer elemento dentro del esquema de comunicación para cambios de comportamiento y reforzamiento de buenas prácticas es el lavado de manos y la higiene personal. La generación de esquemas y métodos de comunicación en el nivel individual y comunitario acordes con la cultura, el nivel de educación y contextualizadas con el Plan del Pacto Hambre Cero, es fundamental para proteger de infecciones, así como promover, en particular, las prácticas de higiene personal durante el cuidado del niño.

-
- f. La prevalencia alta de anemia entre la población menor de cinco años y el hecho de que los niveles sean menores en los grupos de edad más jóvenes, sugiere que la causa no es solamente un tema de tipo alimentario. Si bien es cierto que es necesario el reforzamiento de la lactancia materna y las prácticas de alimentación complementaria, las causas de los niveles tan altos de anemia en infantes pueden tener como origen el que al momento de nacer tenga una baja reserva de hierro. La atención adecuada del embarazo para asegurar un estado óptimo de los elementos nutritivos formadores de sangre en la madre, la atención para prevenir las hemorragias anormales durante el embarazo y parto, el pinzamiento tardío del cordón umbilical, entre otras prácticas adecuadas del parto y la atención del recién nacido, deben ser reforzadas si se ha de asegurar que el neonato reciba una dotación suficiente que lo proteja del riesgo alto de anemia en etapas tempranas de su vida.
 - g. La prevalencia alta de sobrepeso u obesidad en las mujeres en edad fértil de los 166 municipios estudiados es preocupante. Es cierto que este fenómeno no es necesariamente debido a abundancia de alimentos sino más probablemente a un desbalance en la composición de los alimentos ingeridos, aunado a fenómeno de baja talla. Se sugiere considerar este alto riesgo de obesidad o sobrepeso en estas poblaciones cuando se diseñan programas de asistencia alimentaria en programas sociales, o cuando se diseñan alimentos complementarios dirigidos a poblaciones específicas. Los alimentos complementarios dirigidos a mujeres en edad fértil, y particularmente embarazadas, deberán ser revisados de tal manera que no sean vehículos de alto contenido energético desbalanceado, sino más bien de proteína, y especialmente de los micronutrientes que son deficitarios en estas poblaciones.
 - h. Los resultados de anemia en mujeres en edad fértil son similares entre embarazadas y no embarazadas. Tal hallazgo es un tanto sorprendente, si se toma en cuenta que usualmente se encuentran prevalencias superiores de este estado patológico entre el grupo de mujeres embarazadas en comparación con las no embarazadas. Es probable que sea un efecto de los programas que ponen especial atención a la suplementación de hierro y ácido fólico en el embarazo. Se sugiere revisar los protocolos de atención a la mujer, en particular, planificando suplementación universal de micronutrientes de importancia en esta etapa de la vida de la mujer. Una mujer en edad fértil no embarazada que no recibe suplementos está en riesgo de enfrentarse a un embarazo en un estado deficitario.
 - i. Ciertamente, la desnutrición crónica es resultante de una serie de privaciones sociales, económicas, ambientales y sanitarias y refleja la marginación de estas poblaciones en lo que respecta a bienes y servicios. La respuesta para la reducción de estas privaciones y marginaciones no es tarea de un solo sector del estado y la sociedad. Deben continuarse y hacerse efectivos los esfuerzos de integración, coordinación y alineación de las acciones contenidas en el Plan del Pacto Hambre Cero y de todas aquellas que tienen como propósito mejorar el capital humano del país que permita un nivel de desarrollo justo y equitativo.
 - j. Formular un plan estratégico nacional para el fortalecimiento de la salud comunitaria, con diferenciación de necesidades y recursos por zonas geográficas, y en concordancia con ello, también diferenciación de las modalidades de atención a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

- k. Desarrollar los recursos humanos comunitarios en los próximos años, asignando programas y recursos a la formación, capacitación, contratación y promoción de personal de salud de acuerdo con las necesidades de la población a lo largo del ciclo de vida, en las distintas regiones del país.
- l. Mejorar la integración de los diferentes servicios del primer nivel de atención con los otros niveles de sistemas en salud.
- m. Crear un marco de recursos estable, de mediano plazo y protegido contra reasignaciones, recortes y transferencias hacia otros programas.
- n. Planificar inversiones para el desarrollo de infraestructura de salud en el nivel primario de atención.

El Grupo de Análisis Estratégico para el Desarrollo “GAED” en la presentación de los estudios señalados anteriormente recomienda dentro de otras lo siguiente:

- o. Realizar una priorización razonable dentro del marco del PHC, la cual buscaría favorecer por ejemplo a familias con:
 - Menos ingreso
 - Familias del área rural
 - Familias con niños menores a 5 años, en especial en la ventana de los mil días
 - Familias con más desnutrición.
 - Entre los grupos de municipios prioritarios, dotar con más recursos a los municipios con más desnutrición crónica

Bibliografía

- Braveman P, Gruskin S, 2003, Defining Equity in health,; J Epidemiol Community Health;57; 254-258
- Bronfman, M. y M. Gleizer, 1994, Participación Comunitaria: Necesidad, Excusa o Estrategia? O de qué Hablamos Cuando Hablamos de Participación Comunitaria. Cad. Saúde Púb., Río de Janeiro, 10 (1): Ene/Mar (Pp.111-122)
- Cardozo Brum Miriam, 2008, Política y Cultura. No.30. México. [Fecha de consulta: 03 de abril, 2012] Disponible en: <http://www.scielo.org.mx>
- El Plan Hambre Cero y La Reactivación de la Economía Campesina En Guatemala Mitos y Realidades Colectivo de Estudios Rurales IXIM
- El combate a la desnutrición y la reactivación de la economía campesina en Guatemala Balances y perspectivas Colectivo de Estudios Rurales IXIM
- El Plan del Pacto Hambre Cero Guatemala
- Grupo de Análisis Estratégico para el Desarrollo “GAED” presentación de los estudios “Cambios nutricionales y focalización de las transferencias condicionadas del Plan del Pacto Hambre Cero” e “Impacto de la desnutrición crónica en el retraso escolar de niñas y niños en el primer grado de escuelas públicas del país”,
- I y II Evaluación de impacto
Sistema de Monitoreo del Plan del Pacto Hambre Cero Siinsan.gob.gt
- MSPAS 2011, Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2007.
- MSPAS 2012 Diagnóstico Nacional de Salud,
- OMS 2007, El Derecho a la salud 2007 [Versión electrónica]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [fecha de consulta: 03 de abril, 2012] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>
- OMS, 2009, Savigny & Taghreed, Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los sistemas de salud
- ONU, 2010, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud, física y mental, Anand Grover
- OPS, 2005, Derechos humanos y derechos a la salud: construyendo ciudadanía en salud / Organización Panamericana de la Salud.-- Lima: 102 p. (Cuadernos de Promoción de la Salud; 16)
- OPS-OMS, 1999, presentación Power Point, Equidad en Salud, Conceptos y determinantes, 1ª reunión de la BVS, Brasil
- OPS-OMS, 2007, La renovación de la APS en las Américas. Documento de Posición de la OPS/OMS. Washington, D.C: OPS, © 2007. ISBN 92 75 32699 1
- PNUD 2008 (a), El Sistema de Salud en Guatemala, ¿hacia dónde Vamos?, libro 5, ¿A quién acudimos cuando nos enfermamos?
- PNUD 2008 (b), El Sistema de Salud en Guatemala, ¿hacia dónde Vamos?, libro 9 Síntesis
- Tobar 2002, Federico Tobar, Modelos de Gestión en Salud. Buenos Aires. 2002
- Tobar, 2000, Federico Tobar, Herramientas para el análisis del Sector Salud. Medicina y Sociedad. Volumen 23 N° 2. Julio de 2000.
- Toledo C., 2004, Fundamentos de Salud Pública. La Habana: Editorial Ciencias Médicas
- USAID 2009, Diálogo para la Inversión Social. Análisis de política No. 9, “El gasto de bolsillo, en salud, implicaciones para la pobreza y la equidad en Guatemala”

Whitehead M, Dahlgren G 2010, Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud, Ministerio de Sanidad y Política Social, España