



Alianza por la Nutrición

PROPUESTA DE FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL PARA AVANZAR DE MANERA EFECTIVA EN LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA

PROPUESTA ELABORADA EN MARCO DEL CONVENIO DE COOPERACIÓN ENTRE LA
ASOCIACIÓN CIVIL ALIANZA POR LA NUTRICIÓN (APN) Y EL CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL
DE GUATEMALA (CES)

COOPERACIÓN TÉCNICA Y ACCIONES CONJUNTAS PARA EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN,
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS ECONÓMICAS Y SOCIALES QUE SE
DESTINEN A LA CONSTITUCIÓN DE UNA ESTRATEGIA NACIONAL DE DESARROLLO INCLUSIVO

SIGLAS

AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
ALIANMISAR	Alianza Nacional de Organizaciones de Mujeres Indígenas por la Salud Reproductiva, la Nutrición y la Educación.
ANAM	Asociación Nacional de Municipalidades
CGC	Contraloría General de Cuentas
CONASAN	Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria Nutricional
CSC	Centro de Salud Comunitario
CS	Centro de Salud
DAS	Dirección de Área de Salud
DC	Desnutrición Crónica
DMS	Distrito Municipal de Salud
EDAS	Enfermedades Diarreicas Agudas
ENCOVI	Encuesta de Condiciones de Vida
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
ENPDC	Estrategia Nacional para la Prevención de la Desnutrición Crónica
INCAP	Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá
INE	Instituto Nacional de Estadística
INFOM	Instituto Nacional de Fomento Municipal
IRAS	Infecciones Respiratorias Agudas
MAGA	Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación
MIDES	Ministerio de Desarrollo
MINFIN	Ministerio de Finanzas Públicas
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
M&E	Monitoreo y Evaluación
OMS	Organización Mundial de la Salud
PPHO	Plan del Pacto Hambre Cero
PPR	Presupuesto por Resultados
PS	Puesto de Salud
RH	Recurso Humano
SESAN	Secretaría de Seguridad Alimentaria Nutricional
SEGEPLAN	Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia
SIAS	Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud
SIGSA	Sistema de Información Gerencial de Salud
SINASAN	Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria Nutricional
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia Internacional de los Estados Unidos para el Desarrollo
USD	Dólares de Estados Unidos
V1000D	Ventana de los Mil Días

CONTENIDO

1. Presentación	1
2. Antecedentes	5
3. Objetivo	10
4. Lecciones que sustentan la propuesta	10
4.1 Lecciones aprendidas en otros países	10
4.2 Desafíos y lecciones aprendidas en Guatemala	11
5. Propuesta de fortalecimiento institucional	13
5.1 En relación con acciones de fortalecimiento	15
5.2 En relación con los recursos financieros	16
5.3 En relación con la gestión de los recursos humanos	17
5.4 En relación con la gestión del proceso	17
5.5 Para iniciar el proceso	18
5.6 Sobre los planes de fortalecimiento institucional para la ejecución de los programas priorizados	17
5.6.1 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – fortalecimiento del primer nivel de atención	19
5.6.2 Ministerio de Desarrollo Social – Cambio de comportamiento	23
5.6.3 Municipalidades – agua segura y saneamiento básico	24
5.7 Articulación de actores	27
6. Factores de éxito para lograr que sea efectiva la propuesta	28
7. Anexo	29
8. Bibliografía	31

RESUMEN EJECUTIVO

La desnutrición crónica no es un problema reconocido por los padres de familia, ya que consideran normal que los niños sean “pequeños”. Más aún, en áreas rurales, en las que no tienen referencia del estándar según las curvas de crecimiento.

En Guatemala, uno de cada dos niños menores de 5 años padece desnutrición crónica (baja talla para edad), la cual constituye una cadena perpetua para quien la padece, ya que, si no se resuelve entre el desarrollo fetal hasta los 2 años, sus secuelas son irreversibles. Estas van desde limitaciones en el desarrollo cerebral, emocional, la capacidad de relacionarse, capacidad de aprendizaje y rendimiento tanto en su vida escolar como profesional, productiva y personal. Limitando la capacidad de generar ingresos en la edad adulta y aportar al desarrollo de su familia, comunidad y nación. No es posible pensar en mejorar el desarrollo humano si este no parte desde la concepción y pone especial énfasis en los primeros años de vida.

El Gobierno de Guatemala empezó a trabajar en el tema a partir de 2004. De allí hasta la fecha, las intervenciones realizadas han estado basadas en evidencia científica de lo que funciona. Sin embargo, la tendencia de solución de este flagelo es cada vez más lenta. El problema radica en la falta de liderazgo efectivo al más alto nivel político y la pobre e inadecuada capacidad de planificación, ejecución, supervisión, monitoreo y evaluación de las instituciones públicas. El principal factor que explica el debilitamiento institucional es la calidad inadecuada y alta rotación del recurso humano que en la mayoría de los casos no responde a los perfiles de puesto y no tiene incentivos para su adecuado desempeño, debido a que el reclutamiento obedece a factores políticos. Adicionalmente, no se han priorizado condiciones orientadas a la calidad, cobertura, integralidad, eficiencia y efectividad en la entrega de los servicios a la población objetivo.

La evidencia muestra que es posible reducir la

Perú logró una reducción de 15% en 8 años.
Chile bajó la DC del 40% al 2% en 40 años.
Tailandia bajó la DC en 30% en 10 años.

desnutrición crónica, a través de su prevención y que las claves de éxito son:

i) Apoyo y compromiso político al más alto nivel y continuidad en el esfuerzo; ii) Intervenciones basadas en evidencia enfocada en mujeres embarazadas, niños menores de dos años, familias y comunidades durante el período conocido como Ventana de los Mil Días; iii) Participación del Ministerio de Finanzas Públicas para que los recursos se inviertan efectivamente en intervenciones orientadas a resultados; iv) Participación de los gobiernos locales; v) Que el problema y la solución se conozcan a todo nivel, a través de mensajes simples y accesibles. Asimismo, se cuenta con lecciones aprendidas y prácticas de lo que funciona y lo que no, a nivel internacional y nacional.

La propuesta de fortalecimiento institucional se sustenta en la evidencia internacional, en las condiciones socio económicas, culturales, institucionales y políticas de Guatemala, en el marco institucional, en experiencias vividas en anteriores gobiernos, así como en la oportunidad, mandato y liderazgo de las máximas autoridades del Organismo Ejecutivo para lograr la acción concentrada, enfocada, y efectiva del gobierno.

Las instituciones no avanzan y las estrategias no funcionan si no hay liderazgo al más alto nivel.

La base del éxito es el liderazgo de las autoridades al más alto nivel. Tienen el mandato, el poder, la responsabilidad y la enorme oportunidad de salvar de este flagelo a las nuevas generaciones para que crezcan sanas, con las capacidades para aprovechar las oportunidades y aportar a su familia, comunidad y nación. Para llevar a cabo esta misión, necesitan de manera personal capacidad ejecutiva para

liderar y dar seguimiento cercano al tema a través de información funcional a la que puedan acceder de manera continua, como parte de un sistema de monitoreo y evaluación sólido que incluya indicadores de proceso, avance físico y financiero comparado con lo programado.

Existen experiencias en Guatemala de registro único de beneficiarios. Ver casos del Proyecto de Políticas en Salud y Educación (HEPP) y Asociación Puente. Alianza por la Nutrición.

La efectividad de las intervenciones se basa en concentrar los esfuerzos en un primer momento en el fortalecimiento institucional de las instancias encargadas del primer nivel de atención en salud, empoderamiento de los padres en el cuidado de sus hijos especialmente en salud y nutrición, así como agua segura y saneamiento básico. Posteriormente, se sumarán otras instancias y actores para mejorar la disponibilidad de alimentos, la economía familiar y la educación. Asimismo, las acciones serán efectivas en la medida en que se presten de manera integral al mismo individuo: mujeres embarazadas, niños menores de dos años, sus familias y sus comunidades.

Según la norma por cada 10,000 habitantes se requieren como mínimo 22.8 trabajadores de la salud (OMS) y 34.5 (OIT). En Guatemala el promedio nacional es de 12.5. En el área urbana es de 25.7 en tanto en el área rural es de 3.

Según el número de habitantes, las brechas en centros comunitarios de salud son las mayores. Asimismo, se requieren 3,538 puestos de salud y actualmente existen alrededor de 1,200.

El fortalecimiento de la calidad y cobertura de los servicios del primer nivel de atención en salud enfatiza las intervenciones dirigidas a mujeres embarazadas y menores de dos años. Lo que se conoce como la Ventana de los Mil Días, incluye los nueve meses del embarazo y los primeros dos años de vida. Para ser efectivos y lograr los efectos esperados, es fundamental que las intervenciones lleguen de manera integral a la misma persona de manera adecuada y oportuna como lo establece la Norma del Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS). En este sentido, es importante que el Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA) incorpore el registro de intervenciones por individuo, con el respectivo número de identificación, en estrecha coordinación con el Registro Nacional de las Personas (RENAP) y comparta su base de datos con las instancias que participan con intervenciones de consejería para mejorar conocimientos, actitudes y prácticas en salud y nutrición, agua y saneamiento.

El fortalecimiento de las municipalidades que se propone está dirigido a generar capacidades para la prestación ágil y efectiva de servicios de agua segura y saneamiento básico, para reducir las enfermedades diarreicas y respiratorias, principales causas de morbilidad y mortalidad infantil. Incluye la creación de las Oficinas Municipales de Agua y Saneamiento (OMAS). Considerando diversas alternativas tecnológicas y buenas prácticas disponibles para dar respuesta de manera rápida y efectiva. La Comisión de Agua y Saneamiento, integrada con expertos de diferentes instancias, tiene avances sustanciales en este tema.

El desarrollo de capacidades para prestar servicios de consejería y acompañamiento a los padres de familia y responsables del cuidado de menores de dos años para que se empoderen¹ y se apropien de la información, conocimientos y prácticas pro salud y nutrición en sus hogares y en el cuidado de los hijos, constituye base y complemento que potencia las intervenciones anteriores.

¹/ Empoderar, significa desarrollar en una persona la confianza y la seguridad en sí misma, en sus capacidades, en su potencial y en la importancia de sus acciones y decisiones para afectar su vida positivamente. La finalidad última del empoderamiento social es que los colectivos sean capaces por sí mismos, trabajando y organizándose para mejorar sus condiciones de vida.

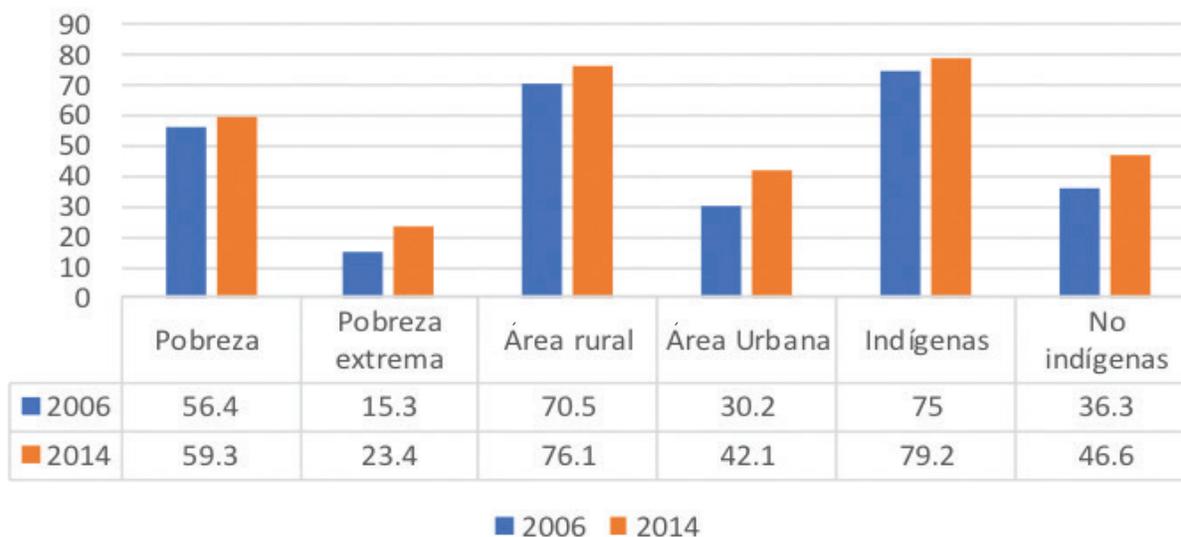
1. PRESENTACIÓN

Guatemala es un país diverso y de muchos contrastes. Es multicultural, en él habitan 4 pueblos: maya, garífuna, xinca y ladino. Los más numerosos son el maya y el ladino. Se hablan 23 idiomas y cerca del 60% de la población vive en el área rural.

La población en Guatemala es joven. Según el INE², el 74.8% de la población en 2014 era menor de 34 años y el 37.8% era menor de 14 años. La población estimada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) para 2018 fue de 16.8 millones y las estimaciones indican que cada año nacen cerca de 400,000 niños.

Si bien, el país es rico en recursos naturales, su ingreso promedio per cápita anual en 2017 fue de USD4,470.99 (Q2,800.00 mensuales aproximadamente)³, la pobreza afecta a grupos significativos de población y se ha incrementado entre 2006 y 2014 como lo muestra la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) 2014. En efecto, la pobreza total entre ambos años se incrementó en cerca de 3 puntos porcentuales y la pobreza extrema lo hizo en 8 puntos porcentuales, afectando en mayor medida al área urbana. La siguiente gráfica permite observar en detalle los niveles de incidencia.

Incidencia de la pobreza en la población guatemalteca en 2006 y 2014 (En %)



Fuente: ENCOVI 2014

Según la ENCOVI, en 2014 el 70.2% de los niños menores de 10 años se encontraban en pobreza, así como el 65% del grupo ubicado entre 10 y 17 años. Sobra decir que las familias en situación de pobreza son las que presentan las condiciones más precarias de acceso a agua segura, saneamiento básico, alimentación nutritiva, vivienda saludable, acceso a servicios de salud y educación; todos elementos fundamentales para prevenir la desnutrición crónica.

²INE.2015. República de Guatemala: Estadísticas demográficas y vitales ²⁰¹⁴

³PIB per cápita: ingreso per cápita o renta per cápita es un indicador económico que mide la relación existente entre el nivel de renta de un país y su población. Para ello, se divide el Producto Interno Bruto (PIB) de dicho territorio entre el número de habitantes.

En este contexto y luego de analizar los problemas nacionales, el Estado de Guatemala priorizó, a partir de 2006, reducir la desnutrición crónica en la niñez guatemalteca que, según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2002, afectaba al 54.5% de niños menores de 5 años. Esta tasa era la más alta de América Latina y el Caribe y la tercera más elevada a nivel mundial. La prioridad otorgada al tema obedece a que, si este tipo de desnutrición no se resuelve antes de los dos años de vida, sus consecuencias acompañarán a quien la padece durante toda su vida; limitando sus capacidades físicas, cognitivas, psicosociales y de generación de ingresos en su edad adulta, como lo muestran diversos estudios a nivel nacional e internacional (ver resultados del Estudio Longitudinal de Oriente, realizado por el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá -(INCAP)- con un grupo de niños al que dio seguimiento por 30 años). La desnutrición crónica es mayor en áreas con población predominantemente indígena, donde su prevalencia puede llegar a ser superior al 90% a nivel comunitario.

Para reducir de manera progresiva y agresiva la desnutrición crónica, la mejor estrategia es prevenirla con intervenciones estratégicas desde el período de gestación hasta los dos años, lo que se conoce como la “Ventana de los 1000 Días” (V1000D).

Reducir la desnutrición crónica es fundamental para el desarrollo de Guatemala, ya que el capital humano y el crecimiento de un país se potencian mutuamente; como lo demuestran países emergentes que han potenciado su capital humano y han logrado en relativamente corto tiempo un crecimiento económico significativo.

Guatemala puede fortalecer su capital humano, empezando por el principio: la prevención de la desnutrición crónica en el período del embarazo y los dos primeros años de vida para que esos niños tengan capacidades de aprendizaje

que les permitan aprovechar al máximo las oportunidades de educación y luego poder insertarse en un mercado laboral y económico competitivo. Por cada dólar que se invierta en acciones específicas de nutrición en esa ventana de oportunidad, se genera un retorno económico de \$21 a \$41 durante el ciclo de vida de la persona⁵.

En 2005 a través del Decreto Ley 32-2005, Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria, se estableció la estructura institucional, integrada por:

- i) El Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONASAN), con once representantes de gobierno, cinco de sociedad civil y dos del sector empresarial. Es presidido por el Vicepresidente de la República.
- ii) La Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia de la República (SESAN), como coordinador del SINASAN, es la encargada de establecer los procedimientos de planificación técnica y coordinación con instituciones de gobierno, ONGs, sociedad guatemalteca y cooperación internacional vinculada a la seguridad alimentaria y nutricional en los diferentes niveles (nacional, departamental, municipal y comunitario).
- iii) La Instancia de Consulta y Participación Social (INCOPAS), con participación de diez sectores para brindar aportes técnicos y facilitar la participación de los diferentes sectores en el CONASAN.
- iv) El Grupo de Instituciones de Apoyo (GIA), que integra a la cooperación internacional e instituciones de gobierno no representadas en CONASAN para brindar soporte técnico, financiero y operativo cuando sea requerido por SESAN.

⁴ http://www.incaparina.com/articulos_cientificos/estudio_longitudinal_del_orientado.pdf

⁵ Banco Mundial, Préstamo Crecer Sano, Guatemala, 2018.

Las instituciones de gobierno representadas en el SINASAN, desarrollan sus procesos de planificación, presupuesto, ejecución y fiscalización, con un enfoque orientado a resultados, en función de las orientaciones y normativa de las instancias rectoras de cada uno de estos temas.

La Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN), tiene dentro de otras funciones, coadyuvar a la formulación de la Política General de Gobierno y evaluar su ejecución. Elabora, con el Ministerio de Finanzas Públicas (MINFIN), los procedimientos para la coordinación y armonización de los planes y proyectos anuales y multianuales del sector público con los presupuestos anuales y multianuales; prepara con el MINFIN, en consulta con los ministerios de Estado, el anteproyecto de inversión anual y multianual, da seguimiento a la ejecución del presupuesto de inversión e informa sobre los resultados alcanzados.

Al MINFIN⁶ le corresponde cumplir y hacer cumplir todo lo relativo al régimen jurídico hacendario del Estado y tiene dentro de otras funciones: propone la política presupuestaria y las normas para su ejecución dirigiendo, coordinando y consolidando la formulación del proyecto de Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Gobierno Central y entidades descentralizadas y autónomas; programa el flujo de ingreso y egresos con base en las prioridades y disponibilidad del recursos; y evalúa cuatrimestralmente la ejecución del presupuesto general de ingresos y egresos del Estado, así como propone las medidas correctivas en caso necesario. Adicionalmente, el Reglamento de la Ley Orgánica de Presupuesto, Acuerdo Gubernativo No. 540-2013, en el Arto 8 establece para la Comisión Técnica de Finanzas Públicas, en el inciso c) "proponer los procedimientos para evaluar la gestión de los organismos y entidades de gobierno, con el fin de lograr la eficaz y eficiente utilización de

los recursos públicos". Asimismo, en el Artículo 38. Evaluación Presupuestaria y Gestión por Resultados establece "que las instituciones públicas centrarán sus acciones estratégicas hacia el logro de resultados, a partir de dichos resultados, se determinarán los productos que deben ser provistos y las necesidades de financiamiento. El ciudadano y el logro alcanzado en su favor, es el principio fundamental y el eje articulador de la gestión por resultados del presupuesto público." Este artículo establece en su inciso f) "la evaluación presupuestaria se practicará con base a la provisión de los productos estratégicos establecidos y en función de los resultados logrados, incluyendo la eficiencia en la ejecución física y financiera institucional. Las instituciones públicas sin excepción se someterán a los procesos de evaluación presupuestaria y de gestión por resultados que determine el ente rector quedando obligadas a facilitar tales procesos."

La Contraloría General de Cuentas (CGC)⁷ es el ente técnico rector de la fiscalización y el control gubernamental y tiene como objetivo fundamental dirigir y ejecutar con eficiencia, oportunidad, diligencia y eficacia las acciones de control externo y financiero gubernamental, así como velar por la transparencia de la gestión de las entidades del Estado o que manejen fondos públicos, la promoción de valores éticos y la responsabilidad de los funcionarios y servidores públicos, el control y aseguramiento de la calidad del gasto público⁸ y la probidad en la administración pública. La CGC también es una de las instituciones tutelares de la verificación y cumplimiento de la Ley de Probidad y Responsabilidades de los Funcionarios y Empleados Públicos, Decreto Número 89-2002.

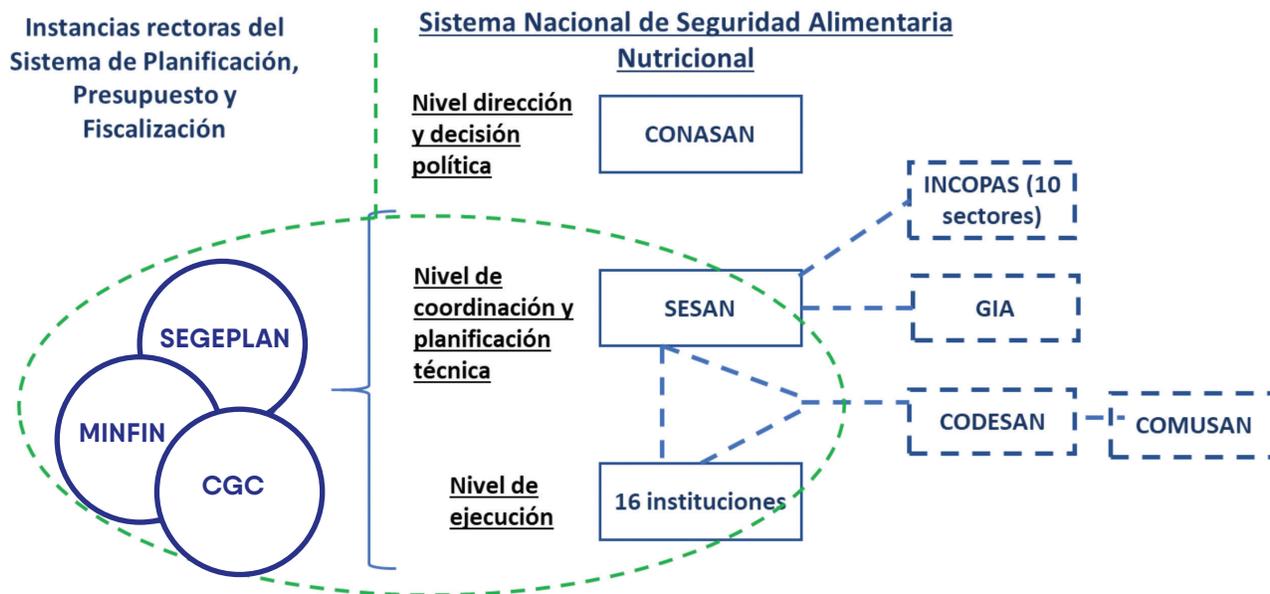
El siguiente esquema ilustra la estructura del SINASAN y su vinculación con las instancias rectoras de los sistemas de planificación, presupuesto y fiscalización.

^{6/} Las funciones completas de SEGEPLAN y MINFIN pueden consultarse en el Decreto 114-97 Ley del Organismo Ejecutivo. En el texto de este documento se incluyen algunas de ellas, las referidas a planificación y presupuesto.

^{7/} Decreto Número 31-2002 y sus modificaciones. Ley Orgánica de la Contraloría General de Cuentas.

^{8/} El concepto de "calidad del gasto público" abarca aquellos elementos que garantizan un uso eficaz y eficiente de los recursos públicos, con los objetivos de elevar el potencial de crecimiento de la economía y, en el caso particular de América Latina y el Caribe, de asegurar grados crecientes de equidad distributiva (ILPES, 2012).

Esquema 1. Estructura del SINASAN y su vinculación con los rectores de planificación, presupuesto y fiscalización



2. ANTECEDENTES

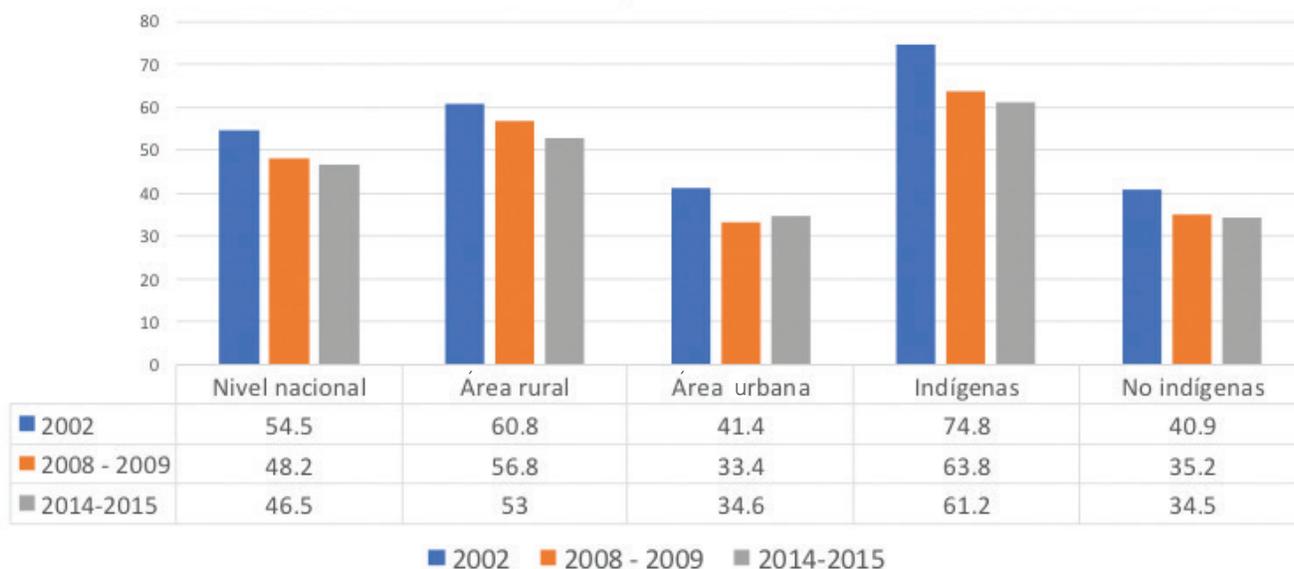
De 2004 a la fecha, hace cerca de 15 años, se han elaborado y puesto en marcha varias iniciativas con intervenciones basadas en la evidencia de su efectividad para reducir la desnutrición crónica.

No obstante, los resultados muestran que no han habido impactos significativos. Las estadísticas más recientes son las de la Encuesta de Salud Materno Infantil 2014–2015. Los indicadores muestran un lento avance en la dinámica de reducción de este flagelo. En el caso de las intervenciones en materia de salud, contenidas en las “Normas de Atención en Salud Integral para el Primer y Segundo Nivel de Atención”, no son nuevas; sin embargo su nivel de efectividad ha sido bajo.

Como puede observarse en la siguiente gráfica, entre 2002 y 2008, la desnutrición crónica en menores de 5 años muestra una reducción de un poco más de 6 puntos porcentuales en 6 años. En el área rural, una baja en 4 puntos porcentuales; en el área urbana una reducción de 8 puntos porcentuales y en la población indígena, una baja de 11 puntos porcentuales.

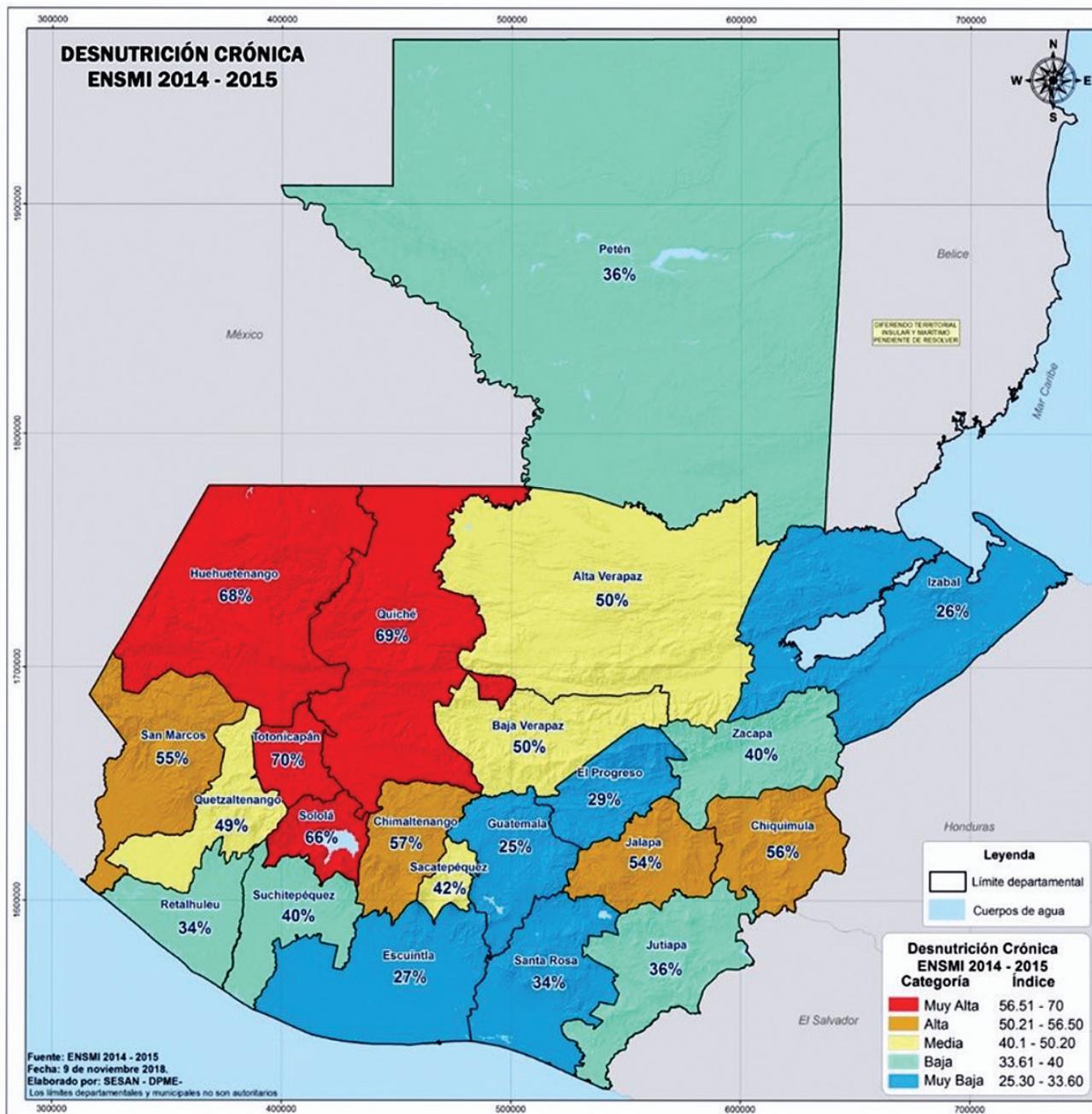
Esta tendencia se perdió entre 2008 y 2014, ya que, en 6 años la reducción en desnutrición crónica en menores de 5 años fue menor de 2 puntos porcentuales a nivel nacional; de 3.8 puntos porcentuales en el área rural; se incrementó en 1 punto porcentual en el área urbana y en la población indígena, bajó menos de 1 punto porcentual.

Comportamiento de la Desnutrición Crónica en menores de 5 años entre 2002 y 2014/15. En %



Fuente: ENSMI 2014 – 2015, INE y MSPAS.

El mapa que a continuación se incluye muestra la incidencia de la desnutrición crónica por departamento, la cual afecta todo el país. Sin embargo, es mucho mayor en el altiplano occidental, parte del oriente y las Verapaces.



Las intervenciones de las diferentes iniciativas⁹ han tenido variaciones mínimas debido a que, desde el primer Programa, se basaron en la evidencia de su efectividad. Eso implica que el limitado impacto no se encuentra en el diseño, sino en la ejecución de las iniciativas. La propuesta más reciente incluye atención focalizada a mujeres embarazadas, en período de lactancia, con hijos menores de 2 años; y a niños de 0 a 2 años. Como se muestra en la figura siguiente:



Fuente: Estrategia Nacional para la Prevención de la Desnutrición Crónica 2016 - 2020

⁹/ Programa de Reducción de la Desnutrición Crónica (PRDC) 2006 - 2016 (https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=153-programa-para-la-reduccion-de-la-desnutricion-cronica-2006-2016-guatemala&category_slug=desnutricion-cronica&Itemid=518); Programa de Apoyo a la Estrategia Nacional de Reducción de la Desnutrición Crónica 2008-2011; Estrategia Nacional para la Reducción de la DC (2016 - 2020); Plan del Pacto Hambre Cero (<https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/GUA%202012%20Pacto%20Hambre%20Cero%20Guatemala.pdf>); (<http://www.sesan.gob.gt/wordpress/wp-content/uploads/2017/07/Estrategia-para-la-Prevencion-de-la-Desnutricion-Cronica.pdf>).

Del esquema anterior, se amplían a continuación, los contenidos de los programas

Primer Nivel de Atención en Salud (Ejecutor MSPAS)

- Promoción y apoyo a lactancia materna
- Promoción y apoyo a la alimentación complementaria a partir de 6 meses
- Promoción de lavado de manos y hábitos de higiene
- Desparasitación
- Suplementación a mujeres en edad fértil, mujeres embarazadas y niños de 6 meses a 5 años
- Prevención y tratamiento desnutrición aguda
- Control pre y post natal
- Control y monitoreo del crecimiento
- Vacunación
- Espaciamiento de embarazos
- Control y tratamiento de infecciones respiratorias agudas (IRAS) y enfermedades diarreicas agudas (EDAS)

Educación para el Cambio de Comportamiento (No se especifica al ejecutor)

- Promoción de la salud, higiene, alimentación y nutrición

Agua Segura y Saneamiento Básico (Ejecutor municipalidades, MSPAS)

- Acceso a agua y agua segura en el hogar
- Conservación y protección de fuentes de agua
- Vigilancia del agua
- Tratamiento de aguas servidas
- Piso firme (no de tierra)
- Ambiente libre de humo
- Disposición de excretas

Disponibilidad y Economía Familiar (Ejecutor MAGA)

- Promoción aumento de disponibilidad de proteína animal (especialmente huevos – avicultura – manejo sanitario)
- Aumento de disponibilidad de hortalizas y plantas nativas
- Riego (agua para producción / cosecha de agua)
- Aumento productividad de granos básicos, con conservación de humedad y fertilidad de los suelos)
- Fomento de plantas frutales (viveros)
- Manejo post cosecha, incluido procesamiento
- Aumento producción agropecuaria comercial (encadenamientos) y actividades económicas no agropecuarias (crédito)

De todas las iniciativas, únicamente las intervenciones de la V1000D, consideradas en el primer nivel de atención para prevenir la desnutrición crónica, incluidas en el Plan del Pacto Hambre Cero (PPHO), han sido motivo de monitoreo y evaluación¹⁰. Con fines de monitoreo, se realizaron tres encuestas¹¹ en los años 2012, 2013 y 2014. Llama la atención el bajo porcentaje y número de individuos que recibió determinado número de intervenciones de manera conjunta según cada una de las tres encuestas. De las 9 intervenciones, la moda de distribución es de tres intervenciones por individuo. La media es de 3.26. El porcentaje mayor de individuos (27.1%) recibió tres intervenciones. También se observa que se hizo énfasis en los suplementos alimenticios, intervención que fue recibida por el 88.7% de los individuos. Lo anterior, evidencia que aun cuando la mayoría de las intervenciones evaluadas están a cargo del MSPAS, esto no garantiza que las mismas lleguen de manera integral a la población objetivo.

La evaluación de impacto encontró diversos hallazgos que constituyen lecciones aprendidas importantes que fueron consideradas en el diseño de la estrategia que definió el gobierno entre 2016-2020:

- i) No hubo un padrón de registro de beneficiarios que permitiera identificarlos y con ello establecer si recibieron las intervenciones de la V1000D de manera integral o no, lo que se midió fue el número de intervenciones. En este sentido, la recomendación fue: "...es urgente que el PPHO implemente un proyecto de empadronamiento de beneficiarios para poder responder a preguntas básicas: ¿Quién está recibiendo intervenciones? ¿Qué intervenciones? ¿Cuándo las recibe? ¿Con qué frecuencia? ¿En qué cantidades? Esta información es inexistente en la actualidad y sin duda que eso está en línea con la falta de orientación del PPHO en beneficiarios, sino que en intervenciones”.
- ii) En las muestras que se tomaron a mujeres en edad fértil, mujeres embarazadas y menores se evidenció que las intervenciones no llegaron en forma integral, sino que, en algunos casos llegó una, en otros dos y en otros tres, siendo este número la media encontrada.
- iii) Se detectaron algunos casos de menores que recibieron seis o más intervenciones, en dichos casos se evidenció un mayor impacto de los que recibieron dos o tres.
- iv) Lo anterior permitió al equipo evaluador “sugerir la importancia de que las intervenciones sean dadas en conjunto de manera integral al mismo beneficiario, con el fin de potenciar el efecto sobre la desnutrición” e inferir que “existe una complementariedad importante entre las intervenciones de la Ventana de los Mil Días, particularmente cuando dichas intervenciones son implementadas de manera integral. Esta última observación se encuentra también en línea con la experiencia científica internacional, la cual argumenta que las intervenciones nutricionales deben proveerse de manera conjunta para poder tener un efecto sobre el estado nutricional de la población objetivo (The Lancet, 2008).”

¹⁰/ El gobierno encargó el monitoreo y evaluación al Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (IFPRI) (<http://www.siinsan.gob.gt/siinsan/wp-content/uploads/EDI-2012-Tomo-I.pdf>, <http://www.siinsan.gob.gt/siinsan/wp-content/uploads/EDI-2013-Tomo-II.pdf>, <http://www.siinsan.gob.gt/siinsan/wp-content/uploads/EDI-Tomo-III-1ra.-y-2da.pdf>, <http://www.siinsan.gob.gt/siinsan/wp-content/uploads/Informe-Final-Evaluacion-Impacto-PPHO.pdf>)

¹¹/Gráficas 7 y 8. Informe de Evaluación de Impacto del Plan del Pacto Hambre Cero. IFPRI. Febrero 2016.

3. OBJETIVO

El objetivo de este documento es presentar a las autoridades del nuevo Gobierno, una propuesta de fortalecimiento institucional basada en las lecciones de la experiencia nacional e internacional para avanzar de manera progresiva, rápida y efectiva en la reducción de la desnutrición crónica.

4. LECCIONES QUE SUSTENTAN LA PROPUESTA

4.1. Lecciones aprendidas en otros países

Experiencias de otros países ponen en evidencia que es posible reducir la desnutrición crónica:

- Perú logró una reducción de 15% en 8 años.
- Chile bajó la DC del 40% al 2% en 40 años.
- Senegal la redujo en 10% en 15 años.
- Brasil logró una reducción de 30% en 30 años.
- Tailandia bajó la DC en 30% en 10 años.

Estudios muestran que lo que hizo posible la reducción de la DC en todos los casos fue:

- Apoyo y compromiso político sostenido y sin precedentes, al más alto nivel y continuidad a través de varios períodos de gobierno.
- Intervenciones basadas en evidencia enfocada en niños menores de 2 años, familias y comunidades.
- Participación del Ministerio de Finanzas Públicas para que los recursos se invirtieran en intervenciones orientadas a resultados que logrará calidad del gasto y recursos incrementales en función del cumplimiento de metas.
- Participación del gobierno local.
- Estrategias de comunicación basada en mensajes simples y accesibles.

Dentro de las buenas prácticas que se dieron en los casos indicados es importante mencionar:

- **No injerencia política sobre decisiones técnicas.**
- **Fortalecimiento de las competencias y aptitudes tanto de las comunidades como de los equipos de salud para trabajar de manera conjunta.**
- **Compromiso del personal de salud, los gestores de los servicios y los decisores de política.**
- **Valoración y mejora continua del recurso humano.**
- **Resolver las resistencias por cambio de cultura de trabajo, miedo a lo desconocido, amenaza a las relaciones de poder o amenaza a las asignaciones de recursos.**
- **Cambio de cultura según estructura jerárquica vertical versus cultura de colaboración y trabajo en equipo.**
- **Énfasis en promoción y prevención.**
- **Consolidación de programas sociales dispersos. En el caso de Perú, 82 programas se concentraron en 26 iniciativas centradas en la pobreza y nutrición infantil.**
- **Participación social para legitimar y sostener la propuesta.**
- **Cambio de conducta empoderando a los padres.**
- **Registro de nacimientos – padrón nominal. Lista individualizada de todos los niños menores de 5 años, ubicada en una plataforma electrónica, con número de identificación y nombre del niño, padre y madre, dirección, tipo de cobertura y otros programas que reciben, desglosado por comunidad, municipio y departamento.**
- **Verificación de la calidad del gasto.**

4.2 Desafíos y lecciones aprendidas en Guatemala

Análisis recientes¹² identificaron factores que limitan el impacto de las estrategia y programas de gobierno en materia de desnutrición crónica, dentro de las cuales merece destacar:

- **El monitoreo y evaluación del Plan del Pacto Hambre Cero que dentro de sus hallazgos refiere la dificultad de coordinar múltiples intervenciones e instituciones.**

¹² / CES. Elementos clave que limitan el impacto de las estrategia y programa de gobierno en materia de desnutrición crónica. Guatemala, marzo 2019.

- Los servicios no llegan en calidad, cantidad, integralidad y oportunidad adecuadas a la población objetivo debido a la pérdida de capacidad de ejecución institucional.
- La rotación de personal es alta, sin las competencias requeridas para los puestos, y adicionalmente el reclutamiento de personas se ha politizado.
- Los recursos del presupuesto dirigidos a la población se dedican en gran medida a programas clientelares que no aportan a prioridades y hasta un 80% de los fondos se utiliza para funcionamiento.
- No hay presencia del gobierno a nivel comunitario y se han descontinuado programas y modelos de atención sin que sean sustituidos. Tal el caso del Programa de Extensión de Cobertura de Salud, los extensionistas agrícolas, y los modelos de dotación y gestión del agua (Modelo básico, Agua fuente de paz). En el caso del agua, los programas señalados permitían desarrollar un proyecto entre 7 y 9 meses. Actualmente, un proyecto lleva 9 años o más según el Diagnóstico de Agua, Saneamiento e Higiene y su Relación con la Pobreza y Nutrición en Guatemala del Banco Mundial¹³. El MSPAS e INFOM cerraron las unidades de asistencia técnica en el tema de agua a las comunidades y muy pocas municipalidades tienen la capacidad técnica para trabajar el tema. La escasez de agua está llevando a conflictos entre comunidades y no hay ninguna instancia que asuma el liderazgo para la resolución pacífica y definitiva de los conflictos.
- No hay trabajo en equipo, al interior de los ministerios ni entre ellos, cada uno tiene su propia agenda y prioridades.
- La mayoría de los servicios no considera el enfoque antropológico, indispensable por ser un país con cultura diversa, tampoco considera la cobertura y calidad de aquellos para tener impacto. Casos de estufas ahorradoras¹⁴ y letrinas entre otros.
- La Ley del Ejecutivo y otra normativa que regula el presupuesto, los recursos humanos, las compras y contrataciones y la que corresponde a la Contraloría General de Cuentas (CGC) requieren ser revisadas, ajustadas y armonizadas para que la gestión pública sea más eficiente y efectiva en la prestación de bienes y servicios con valor público¹⁵.

¹³/ <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/845711520948334504/pdf/124240-WP-PUBLIC-WWPDGuatemalaSP.pdf>

¹⁴/ https://www.cleancookingalliance.org/resources_files/guatemala-plan-de-accion-anexos.pdf

¹⁵/ El concepto de valor público se refiere al valor creado por el Estado a través de la calidad de los servicios que presta a la ciudadanía, las regulaciones que gestiona para el bienestar de toda la sociedad y el ejercicio de creación de políticas públicas que buscan satisfacer necesidades propias de la población.

¹⁶/ El concepto de "calidad del gasto público" abarca aquellos elementos que garantizan un uso eficaz y eficiente de los recursos públicos, con los objetivos de elevar el potencial de crecimiento de la economía y, en el caso particular de América Latina y el Caribe, de asegurar grados crecientes de equidad distributiva (ILPES, 2012).

- **Débil vinculación entre planificación, presupuesto y ejecución.** La asignación presupuestaria se basa en buena medida en el porcentaje de ejecución presupuestaria del ejercicio anterior, sin considerar su desempeño en la satisfacción de las necesidades de la población objetivo. De igual manera la ejecución no refleja las prioridades y la calidad de gasto¹⁶.
- **Existe rechazo al monitoreo.** La falta de monitoreo promueve el desorden y la falta de transparencia. A nivel local, las organizaciones y los comunitarios no saben cuánto se invierte en su localidad, cuantos recursos se destinan a las municipalidades vía el porcentaje del situado constitucional y a través de los Consejos de Desarrollo. Tampoco saben quiénes son los contratistas que ejecutan las obras y los resultados de éstas.
- **En las instituciones no hay supervisión del desempeño personal y ligado a este tampoco existe un proceso de capacitación para resolver los problemas que se encuentran en la supervisión.** A nivel institucional tampoco hay monitoreo de procesos y cuando viene de fuera de la institución se rechaza. En el caso de la V1000D existe monitoreo por parte de instancias de la sociedad civil como Alianza por la Nutrición y ALIANMISAR.

5. PROPUESTA DE FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL PARA AVANZAR DE MANERA EFECTIVA EN LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA

Para contextualizar la propuesta, se parte del modelo conceptual de UNICEF que se muestra en el esquema 3, representado por círculos. En el mismo esquema, se incluyen en rectángulos, sus expresiones cualitativas en el caso de Guatemala. Según el modelo conceptual de UNICEF, la desnutrición infantil, tiene causas inmediatas, subyacentes y básicas. Las causas inmediatas son: el consumo inadecuado e insuficiente de alimentos incluyendo lactancia materna y las enfermedades prevalentes en la infancia.

Las causas subyacentes que influyen en las inmediatas incluyen: el acceso insuficiente a alimentos, el cuidado materno infantil inadecuado y el agua, saneamiento y servicios de salud. Las causas básicas refieren a: condiciones de pobreza, marginalización y contexto socioeconómico desigual. La prevención de la desnutrición crónica, cuya ventana de oportunidad es tan corta (desde la concepción hasta los dos años), requiere que las causas inmediatas y subyacentes, se aborden de manera rápida y efectiva. Resolver las causas básicas es importante sin embargo, para ello se necesita de más tiempo y, si esperamos continuaremos perdiendo generaciones enteras.



Partiendo de lo anterior, la propuesta de fortalecimiento institucional para avanzar de manera efectiva en la reducción de la desnutrición crónica se enfoca en cinco pilares estratégicos, de los cuales del ii) al v) constituyen aportes innovadores que se consideran fundamentales para lograr avances en la reducción de la desnutrición crónica:

- i) Trabajar en el fortalecimiento de las instancias que atienden las causas inmediatas y subyacentes, en temas priorizados que tienen mayor impacto en la ventana de oportunidad para la prevención de la DC y que han sido consideradas en la Estrategia para la Prevención de la Desnutrición Crónica.
- ii) Liderazgo y supervisión de la gestión al más alto nivel político, en conjunto con los ministros de ministerios estratégicos (MSPAS y MIDES) y la ANAM en representación de las municipalidades.
- iii) Participación del MINFIN para que los recursos presupuestarios se programen y ejecuten de manera efectiva en intervenciones para el logro de los resultados.
- iv) Que el registro de intervenciones que realiza el MSPAS sea por beneficiario para que las acciones resulten efectivas en la medida en que se prestan de manera integral al mismo individuo: mujeres embarazadas, niños menores de dos años, sus familias y sus comunidades. Que dicho registro sea la base para las intervenciones estratégicas a cargo de otras instancias.

- v) Fortalecimiento de las capacidades de los ministerios estratégicos, servicios y niveles de atención priorizados.
- vi) Incorporación progresiva de otros actores, una vez se haya puesto en marcha la propuesta con los Ministerios estratégicos priorizados.

A continuación, se ilustra la propuesta en su conjunto y luego se desarrolla cada uno de los componentes de esta.

Fortalecimiento institucional para avanzar en la prevención de la DC



5.1 En relación con las acciones de fortalecimiento

Se propone concentrar esfuerzos para:

- i) Fortalecer progresivamente, partiendo por las áreas geográficas que ya han sido priorizadas, el primer y segundo nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para cubrir la atención en embarazo, parto y puerperio, neonato, lactante y niñez; así como atención integral a las familias y a la comunidad.¹⁷

¹⁷/ Módulos 1, 2, 3, 4 y contenido final de las Normas de Atención en Salud Integral para el primer y segundo nivel de atención. MSPAS. 2018. Estas Normas son de cumplimiento obligatorio para el personal del MSPAS.

- ii) Establecer dentro del MIDES el Programa de Cambio de Comportamiento para atender inicialmente las áreas geográficas priorizadas¹⁸ y a la población objetivo identificada por el MSPAS. Adicional a la consejería, se requiere de una estrategia de comunicación para que los comunitarios conozcan las implicaciones de que los niños no crezcan adecuadamente.
- iii) Fortalecer a las municipalidades para que la prestación del servicio de agua segura y saneamiento básico sea efectiva al nivel comunitario, verificando que se incluya a la población objetivo identificada por el MSPAS.

5.2 En relación con los recursos financieros:

- i) Fortalecer las capacidades del MSPAS, MIDES y municipalidades para la formulación, gestión, ejecución, supervisión del desempeño del personal y de los procesos de producción de servicios, así como el monitoreo, evaluación y mejora en la calidad del gasto del Presupuesto por Resultados. Para ello se requiere la capacitación y el acompañamiento del Ministerio de Finanzas Públicas.
- ii) De acuerdo con la Ley del SINASAN el 0.05% del IVA recaudado deberá destinarse a acciones de SAN priorizadas por el CONASAN. En este sentido, se propone que este porcentaje sea destinado para atender los servicios que se priorizan en esta propuesta y que serán ejecutados por las instancias que se fortalecerán.
- iii) Negociar con las municipalidades para que el 70% del presupuesto que se les asigna del Situado Constitucional se destine a proyectos de agua y saneamiento. Los recursos de los Consejos de Desarrollo deben fortalecer las Oficinas Municipales de Agua y Saneamiento (OMAS).
- iv) Es importante establecer el mecanismo para dar seguimiento a la ejecución del Préstamo Crecer Sano y que estos recursos no sustituyan financiamiento corriente de las instituciones involucradas.

5.3 En relación con la gestión de los recursos humanos tanto los ministerios como las municipalidades deberán:

- i) En el caso de reclutamiento de personal, establecer convenios con la Academia para que toda persona, previo a ser contratada, reciba un curso gratuito presencial o en línea, de uno o dos meses y realice un examen que determinará si es contratado o no, según el perfil requerido para el puesto.
- ii) En cuanto al personal permanente se establecerá un proceso de certificación y mejora continua.
- iii) Establecer responsables de la gestión y prestación de los servicios, y suscribir convenios de desempeño con ellos. Por ejemplo, en el caso del primer nivel de atención de salud, en la cadena de prestación de servicios son claves: el Director de Área, el Jefe de Distrito Municipal de Salud, el Jefe del Centro de Salud, el Jefe del Puesto de Salud y el Personal del MSPAS que opera en el nivel comunitario. Cada uno de estos puestos implica la suscripción de un convenio de desempeño según su función que asegure que el servicio se entregará de manera integral al mismo niño y madre en el caso de la atención pre y post natal.
- iv) Establecer un sistema de supervisión capacitadora permanente tanto del desempeño del personal como de los procesos de producción y entrega de servicios.

5.4 En relación con la gestión del proceso:

- i) El liderazgo estará a cargo de la máxima autoridad política, quien establecerá un equipo de gestión de alto nivel con la participación de: Ministros de MINFIN, MSPAS y MIDES y del presidente de ANAM en representación de las municipalidades. Este equipo tomará decisiones sobre los alcances y requerimiento de recursos para el fortalecimiento institucional. En función de ello se establecerán metas sustantivas en relación con la reducción de la DC y rendición de cuentas. Este equipo reunirá por lo menos una vez al mes con la máxima autoridad política para presentar avances sobre indicadores de procesos y toma decisiones.
- ii) Asimismo, este equipo conformará un equipo de gestión con representantes de las cuatro instituciones (MSPAS, MIDES, ANAM, MINFIN), ante el Congreso de la República para que sensibilice, informe y gestione asuntos relacionados con el presupuesto y otros temas que se requieran.

- iii) También integrará un equipo de supervisión continua para que los procesos de fortalecimiento institucional y prestación de servicios institucionales e integrados se desarrollen de acuerdo con lo programado (ver sección 7. Articulación de Actores).
- iv) Adicionalmente, establecerá responsabilidades para el seguimiento y evaluación de cada instancia y de la acción conjunta, debiéndose crear un tablero de indicadores que de manera gráfica permita visualizar los avances en el fortalecimiento institucional de la ejecución presupuestaria y metas físicas en relación con lo programado. Este informe debe presentarse en las reuniones mensuales del equipo de gestión de alto nivel y reuniones de CONASAN (Ver sección 7. Articulación de Actores).
- v) Es fundamental el levantamiento de una línea de base que permita establecer cual es la situación de los indicadores estratégicos que permitirá medir los avances sustantivos contra la desnutrición crónica, así como la cobertura y la calidad de los servicios de las instituciones involucradas. El levantamiento de la línea de base debe ser realizado por parte de una instancia externa al Gobierno, por lo que se propone que esté a cargo del INCAP.

5.5 Para iniciar el proceso se propone que la máxima autoridad política convoque a los ministros de MINFIN, MSPAS, MIDES, al Presidente de la Asociación Nacional de Municipalidades (ANAM), e invite a la autoridad del Registro Nacional de las Personas (RENAP)¹⁹ para conformar el equipo, asignar responsabilidades y requerirles la presentación a un mes plazo para presentar:

- i) Plan de fortalecimiento institucional para alcanzar una cobertura de los servicios priorizados de no menos del 70% de la población objetivo.
- ii) Plan de acompañamiento en Presupuesto por Resultados (PpR) por parte del MINFIN.
- iii) Mecanismo de supervisión del cumplimiento de los planes de fortalecimiento institucional con los principales hitos.

¹⁹/ El RENAP participará específicamente en la construcción del registro de beneficiarios.

- iv) **Plan de trabajo institucional y conjunto para prevenir la DC.** En anexo se encuentran elementos que deben incluirse en una propuesta de contenido, así como sugerencias de indicadores a trabajar.
- v) **Mecanismo para asegurar que la población objetivo sea la misma.** Coordinar con RENAP y MSPAS/SIGSA la integración del Código Único de Identificación al sistema de información del MSPAS (SIGSA) para crear un padrón nominal que permita dar seguimiento a la entrega de bienes y servicios por niño menor de 2 años o mujer embarazada. La base de datos que se genere es la que se compartirá y utilizará las otras instituciones vinculadas a esta propuesta.
- vi) **Sistema de información de MIDES que registre la información de beneficiarios de MSPAS y genere información de prestación y entrega de servicios de consejería y acompañamiento a beneficiarios.**

5.6 Sobre los planes de fortalecimiento institucional para la ejecución de los programas priorizados

Se parte del reconocimiento de que cada institución tiene diferentes ámbitos de competencias, para luego evidenciar en cuál de ellos se inserta la propuesta de fortalecimiento. La propuesta a su vez considera los servicios que ya realiza la institución o que son nuevos, como es el caso del MIDES. En relación con los servicios se incluyen las limitaciones que en cada caso se confrontan y los temas a incluir en sus planes de fortalecimiento.

Los planes de fortalecimiento deberán incluir indicadores de proceso de fortalecimiento de capacidades. Estos deberán ser aprobados por el equipo de ministros liderado por la máxima autoridad política, y formulados por los equipos de trabajo nombrados por cada ministro, para responsabilizarse de la formulación, gestión y ejecución de los planes de fortalecimiento institucional que incluirá la identificación y cobertura de brechas en recurso humano de calidad, equipamiento, etc. Para desarrollar las capacidades adecuadas de prestación de los servicios (intervenciones) priorizadas en esta propuesta.

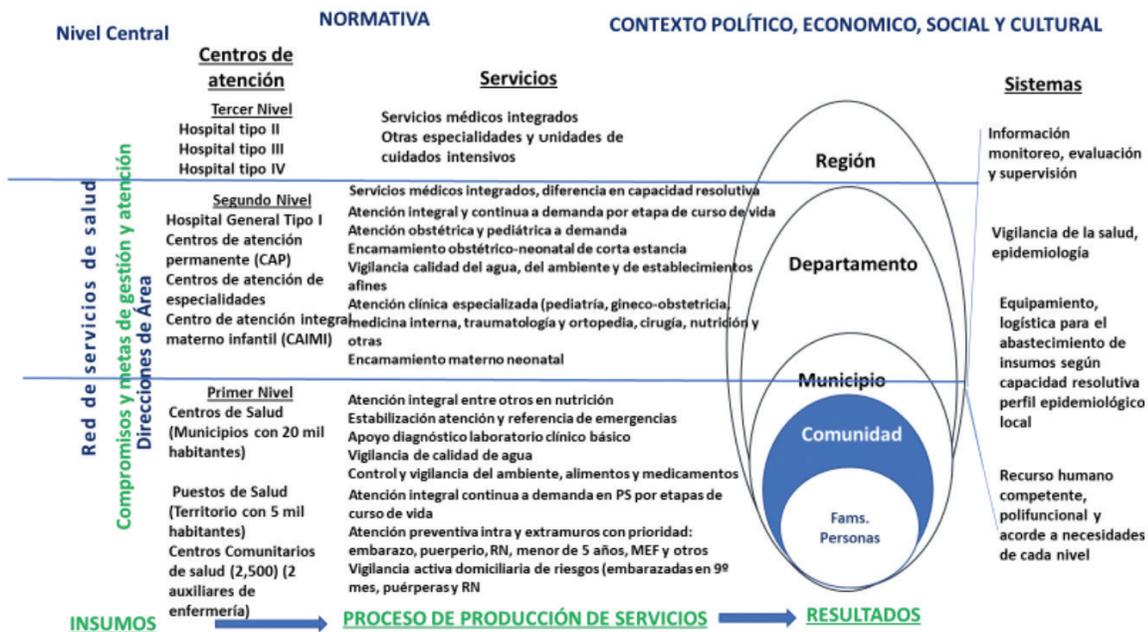
5.6.1 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – fortalecimiento del primer nivel de atención

La siguiente figura ilustra los ámbitos de competencia del MSPAS, siendo estos: rectoría, prestación de servicios y gestión interna del ministerio. La propuesta de fortalecimiento se ubica en los ámbitos de gestión y prestación de servicios.

ÁMBITOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

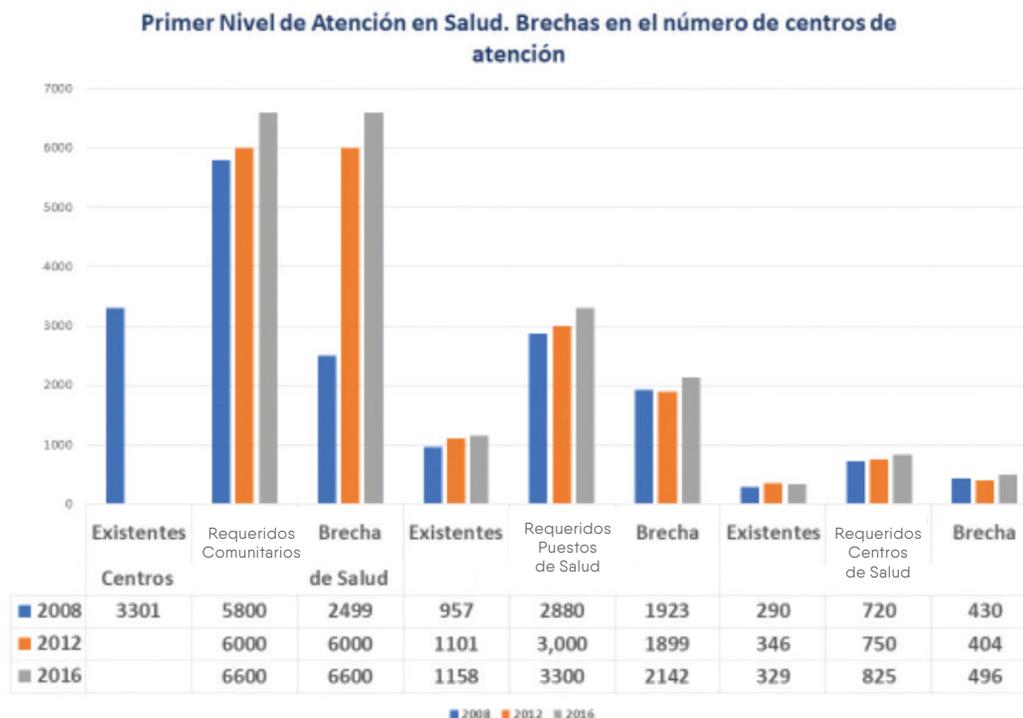


El siguiente esquema ilustra como se inserta la propuesta de fortalecimiento del primer nivel de atención en la red de prestación de servicios del Ministerio.



Fuente: elaboración propia con base en la normativa del MSPAS

Para ilustrar la magnitud del trabajo de fortalecimiento a realizar, se incluye, en la siguiente gráfica las brechas de los centros de atención existentes en relación con los requeridos según la norma. Adicionalmente deberán establecerse las brechas en recursos humanos, infraestructura, equipamiento, medicamentos y otros.



Fuente: Elaboración propia con base en proyecciones de salud MSPAS. Normas de atención del PNAS aprobadas por el MSPAS en 2018

Las principales limitaciones que se enfrentan en el primer nivel de atención son²⁰:

- El enfoque de la atención no prioriza la prevención y la promoción de la salud.
- Baja cobertura a nivel comunitario y municipal. Según datos del 6to Monitoreo de la Ventana de los Mil Días, el MSPAS está operando con 1,223 puestos de salud y se requieren 3,540 según las proyecciones de población para 2,019. Según las Cuentas Nacionales de Salud 2001 – 2016, se ha perdido un centro de salud por cada cien mil habitantes entre 1995 y 2016. En el primer nivel de atención la capacidad se redujo de 8.7 a 7.2 establecimientos por cada cien mil habitantes, lo que implica una reducción de dos establecimientos por cada cien mil habitantes durante el mismo período. Según datos del MSPAS actualizados a junio 2019, en los departamentos priorizados por la ENPDC (Alta Verapaz, Chiquimula, Huehuetenango, Quiché, San Marcos, Totonicapán y Sololá) solo Chiquimula y Quiché cuentan con centros comunitarios de salud, 136 y 86 respectivamente.
- El porcentaje de la población que se acerca a los servicios de salud es bajo, esto por el tiempo necesario para llegar a los servicios que están muy lejanos o presentan dificultades de acceso, costo de movilización, atención no pertinente ni de la calidad adecuada.

²⁰6to Monitoreo de la Ventana de los Mil Días. Alianza por la Nutrición. Mejoremos Guate. (http://fundesa.org.gt/content/files/publicaciones/20196to_Informe_final_6to_Monitoreo_Ventana_Mil_Dias_-_FUNDESA-APN-comprimido.pdf)

- **Recurso humano insuficiente y con conocimientos y competencias inadecuadas.** Según datos del 6to. Monitoreo de la V1000D, en promedio el 23% del personal respondió correctamente sobre la correcta prestación de servicios según la norma. El recurso humano insuficiente se debe a dos causas principales: la capacidad de contratarlos por el MSPAS y la calidad y cantidad de profesionales generados por las escuelas formadoras de enfermería, principalmente de auxiliares de enfermería.
- **Limitaciones para hacer visitas a los hogares:** falta de personal, distancias y acceso difícil a los hogares, falta de transporte, falta de incentivos y personal desmotivado.
- **No ha habido mantenimiento de la infraestructura en los lugares en que esta existe y el suministro de insumos, medicamentos y equipo asociado a la red de prestación de servicios es insuficiente y no llega oportunamente.**
- **Existen normas de prestación de servicios las cuales no son conocidas por todo el personal y no se cumplen en su totalidad.**
- **Las capacidades de planificación, programación, presupuesto, gestión, monitoreo y evaluación del MSPAS en sus diferentes niveles se ha debilitado.**

Los programas presupuestarios vinculados a la propuesta son:

- Programa 14. Prevención de la mortalidad y la niñez y la desnutrición crónica.
- Programa 15. Prevención de la mortalidad materna y neonatal.

En función de lo anterior, el plan de fortalecimiento deberá considerar, entre otros:

- **Establecer formas de acercar los servicios a las comunidades a través del fortalecimiento de los centros comunitarios de salud y unidades móviles de apoyo provenientes de los puestos y centros de salud.**

Con los listados actualizados de acuerdo con el último Censo de Población, actualizar el plan de territorialización del MSPAS y establecer, según la norma, brechas²¹ de:

- **RH en cantidad y calidad, infraestructura, equipamiento, insumos y medicamentos, equipo médico y vehículos.**
- **Vigilancia epidemiológica: información, monitoreo y evaluación.**

Establecer metas de:

- **Reclutamiento de personal considerando filtros como por ejemplo: previo a su contratación otorgar una beca para que la academia les imparta un curso de dos meses y los evalúe para determinar si son contratados o no. Certificación del personal existente incluyendo nuevos, convenios de desempeño, incentivos y sanciones.**
- **Dotación de infraestructura y equipamiento.**

²¹/Según la Normativa del MSPAS del 2018, los Distritos Municipales de Salud (DMS) deben identificar brechas de RH, equipamiento, insumos e infraestructura y gestionar su cierre de brechas.

Establecer sistemas:

- Logístico para lograr dotación oportuna de insumos médicos y medicamentos de calidad, en cantidad y oportunidad requeridos.
- Vigilancia epidemiológica, riesgos, alerta y plan de respuesta.
- Información, supervisión, monitoreo y evaluación.
- Establecer equipo de trabajo y responsables de lograr lo anterior.
- Determinar necesidades presupuestarias y elevarlas al más alto nivel para negociar la disponibilidad de recursos.
- Elaborar plan de fortalecimiento del primer nivel de atención con los insumos anteriores. Definir para ello un equipo de trabajo y responsables para su gestión/ ejecución y verificación de cumplimiento.
- Elaborar procesos de producción de servicios y estrategias de entrega al ciudadano para garantizar la integralidad del paquete de servicios de calidad y la efectividad para obtener los resultados esperados.
- Facilitar procesos de captura y gestión de la información para facilitar su disponibilidad y análisis a todo nivel.

5.6.2 Ministerio de Desarrollo Social – Cambio de comportamiento. Los ámbitos de trabajo del Ministerio se ilustran en el siguiente esquema:



Propuesta de los servicios a prestar para lograr el cambio de comportamiento:

Aun cuando la normativa del MSPAS considera este tema, el mismo no se ejecuta adecuadamente debido a la carga de trabajo del personal del primer nivel de atención del Ministerio. En ese sentido, el Proyecto Crecer Sano ha considerado que este programa sea abordado por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), en 7 departamentos priorizados, que deberá establecer dentro de su estructura la instancia encargada, así como designar presupuesto para que a nivel comunitario se trabaje en el cambio de comportamiento para lograr:

- Que hombres y mujeres de la comunidad identifiquen y tengan conocimiento y consciencia de lo que es y lo que implica en la vida del ser humano, crecer adecuadamente desde el vientre hasta los 2 años.
- Un mayor porcentaje de madres que practican la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del niño y continuada hasta los 2 primeros años.
- Un mayor porcentaje de madres que mejoran sus prácticas de alimentación complementaria en niños a partir de 6 meses de edad, fortaleciendo el consumo de proteína animal.
- Un mayor porcentaje de mujeres en edad fértil, embarazadas, y con niños menores de 5 años que demandan atención primaria de salud, incluyendo suplementación de hierro y ácido fólico en el caso de embarazadas.
- Un mayor porcentaje de hombres y mujeres con prácticas adecuadas de higiene en el cuidado del niño, el agua, los alimentos y las condiciones del hogar.

Para ello es importante considerar las siguientes vías:

- Formación de líderes y lideresas comunitarias, (comadronas y promotores comunitarios) reconociendo la credibilidad e influencia que éstos tienen, especialmente en los pueblos indígenas.
- Fomento de comunicación interpersonal.
- Talleres de promoción de la salud.
- Estrategia de comunicación local culturalmente apropiada.

5.6.3 Municipalidades – agua segura y saneamiento básico

La propuesta en esta intervención se hace en el marco de las competencias de las municipalidades y el MSPAS según el Código Municipal y el Código de Salud. Las competencias de las municipalidades se ilustran en la siguiente tabla:

ÁMBITOS DE ACCIÓN DE LOS MUNICIPIOS	
Gobierno del Municipio Velar por la integridad de su patrimonio, garantizar sus intereses con base en valores cultura, necesidades de los vecinos, conforme a disponibilidad de recursos	Prestación de servicios públicos municipales (entre otros) a. <u>Abastecimiento domiciliario de agua potable debidamente clorada; (CM y CdS)</u> b. <u>Recolección, tratamiento y disposición de desechos sólidos; limpieza y ornato;</u> c. <u>Alcantarillado;</u> d. <u>Promoción y gestión ambiental de los recursos naturales del municipio;</u> e. <u>Alumbrado público; mercados; rastros; administración de cementerios</u> f. Velar por el cumplimiento y observancia de las normas de control sanitario de la producción, comercialización y consumo de alimentos y bebidas a efecto de garantizar la salud de los habitantes del municipio; g. Gestión de la educación pre-primaria y primaria, así como de los programas de alfabetización y educación bilingüe
Ordenamiento territorial / catastro Políticas pública municipales Plan de desarrollo urbano y rural del municipio priorizando necesidades comunitarias	
Recaudación de impuestos, arbitrios, tasas y contribuciones	
Gestión interna para prestación de servicios y cumplimiento funciones municipales	

Fuente: Elaboración propia con base en lo que establece el Código Municipal y el Código de Salud.

La intervención que se propone en materia de agua y saneamiento se inserta en las competencias de prestación de servicios públicos municipales y la potencialidad de asociarse con otras municipalidades para satisfacer las necesidades de sus vecinos a través de un manejo integral del agua.



Principales limitaciones que enfrentan las municipalidades para la prestación de servicios de agua y saneamiento:

- Insuficiente capacidad técnica para abordar la prestación de servicios de agua y saneamiento con un enfoque que considere la sostenibilidad económica, ambiental, social e institucional.
- Pérdida de modelos efectivos de prestación de servicios de agua y saneamiento a nivel rural.
- Falta de mantenimiento en sistemas de agua a nivel comunitario por falta de personal capacitado y/o comités de agua comunitarios.
- Sistemas de abastecimiento de agua poco eficientes.
- Contaminación de fuentes de agua por falta de medidas de protección.
- Reducción de los caudales hídricos por efecto cambio climático, deforestación y sin planes de manejo de las zonas de recarga hídrica.

El fortalecimiento se propone trabajarlo a nivel nacional, considerando el impacto que tiene en la reducción de enfermedades diarreicas y, por lo tanto, en la prevención de la DC. Dada la urgencia de proporcionar el servicio de agua y saneamiento a la población y los requerimientos de fortalecimiento de las capacidades institucionales para prestar el servicio en forma, sostenible y sostenida, se recomienda trabajarlo paralelamente en varios sentidos:

- Con la cooperación de los integrantes de la Comisión de Agua y Saneamiento²², elaborar un programa de fortalecimiento de capacidades, que considere: fortalecimiento de recursos humanos (formulación de proyectos, tecnología y asistencia técnica para mantenimiento, gestión y administración de proyectos de agua); mejora, armonización y simplificación del marco legal y normativo; establecimiento de una ventanilla única para el cumplimiento seguro, apropiado y rápido de las normas técnicas nacionales, que permita reducir requisitos y organice un solo procedimiento; revisión de normas y procedimientos, unificación y armonización en función de lograr que las municipalidades ejecuten oportuna y apropiadamente los fondos públicos. Esto puede implicar modificación a reglamentos y normas técnicas.
- La Cooperación Suiza ha desarrollado con el Gobierno del Perú el modelo de Saneamiento Básico Integral (SABA) con excelentes resultados. Asimismo, la Cooperación Española, UNICEF, OMS, y otros cooperantes han trabajado el tema a profundidad en Guatemala. Se recomienda gestionar proyectos de fortalecimiento municipal y ejecución de proyectos comunitarios de agua y saneamiento integral con los organismos de cooperación mencionados.
- Establecer un mecanismo financiero que permita agilizar la ejecución de proyectos.
- Que por lo menos el 70% del situado constitucional lo utilicen para dotación de agua segura.
- En tanto se avanza en la gestión, se sugiere que las municipalidades y el MSPAS realicen un diagnóstico de los sistemas de agua existentes en las comunidades de su municipio, a partir de centros poblados con 200 familias o más. Incluyendo fuentes de agua, participación comunitaria y otros temas a determinar.

²²/ La Comisión tiene avances sustanciales para la elaboración del Plan de Fortalecimiento.

5.7 Articulación de Actores:

En el marco de lo que establece la Ley del SINASAN y considerando las competencias institucionales tanto de la SESAN como de las instituciones ejecutoras/rectoras de cada uno de los temas priorizados, y con el fin de simplificar y clarificar los roles de cada uno para optimizar esfuerzos y recursos en un marco de respeto y cooperación, se presenta el siguiente cuadro que permite identificar los campos de acción que a cada uno corresponde.

Lo que aparece como institucional o propio corresponde realizarlo a cada una de las instituciones/ organizaciones participantes. Lo que aparece como acción conjunta corresponde realizarlo de manera coordinada.

Actores y programas MSPAS: Primer nivel de atención. MIDES: Cambio de comportamiento. Municipalidades: Agua segura y saneamiento básico			
Se espera	Responsabilidad institucional	Responsabilidad conjunta	Sumar a otros actores
<p>Atender a la misma población objetivo con intervenciones integrales.</p> <p>Programas con servicios articulados al interior de la institución (Ej. V1000D) y con otras instituciones (MSPAS+MIDES+Municipalidades).</p> <p>Ejecutar y prestar los servicios a través de modelos de entrega de servicios articulados.</p> <p>Verificar indicadores de proceso, entrega de servicios, medir efectos e impactos.</p>	<p>Programación institucional.</p> <p>Ejecución institucional.</p> <p>Supervisión institucional.</p> <p>Seguimiento y evaluación institucional.</p>	<p>Programación integrada conjunta.</p> <p>Ejecución integrada conjunta.</p> <p>Seguimiento conjunto, avance de acciones y entrega de servicios.</p> <p>Evaluación de efectos y resultados conjuntos.</p>	<p>Identificar brechas en cobertura de programas priorizados y de otros como mejoramiento de agricultura familiar y generación de ingreso, educación, capacitación para el trabajo.</p> <p>Programación propia y conjunta.</p> <p>Ejecución propia y conjunta.</p> <p>Supervisión propia y conjunta.</p> <p>Seguimiento y evaluación propia y conjunta.</p>

Para efectos de articular otros actores, es importante considerar que tanto organizaciones de la sociedad civil como de la cooperación, están realizando importantes aportes al tema en los diferentes programas, por lo que habrá que realizar una búsqueda que complete la información que se incluye a continuación:

Ventana1000D / salud materno inf.	Cambio de comportamiento	Agua y saneamiento	Monitoreo
Banco Mundial, BID, USAID, OPS, UNICEF, PMA, Gob. Canadá y JICA	USAID Alianza por la Nutrición	AECID Banco Mundial Suecia	Alianza por la Nutrición (V1000D) ALIANMISAR OSAR

6. FACTORES DE ÉXITO PARA LOGRAR QUE SEA EFECTIVA LA PROPUESTA

Para lograr que la propuesta sea efectiva, se enfatizan los siguientes prerequisites:

- Liderazgo y compromiso político sostenido al más alto nivel y continuidad a través de varios gobiernos.
 - Involucramiento y compromiso del MINFIN para que los recursos se inviertan en intervenciones orientadas a resultados a fin de asegurar calidad del gasto y compromiso de asignación de recursos incrementales como incentivo para que se cumplan las metas.
 - Empoderamiento e involucramiento de las municipalidades y las comunidades.
 - Recurso humano capaz, motivado y comprometido en alcanzar sus metas.
 - Sistema de información que permita el trabajo conjunto para atender a la misma población objetivo de manera integral, que facilite el seguimiento a la entrega de bienes y servicios a los beneficiarios, que sea útil para dar seguimiento y medición del avance en relación con las metas, sus efectos e impactos.
 - Adopción de tecnologías o innovaciones en los procesos de producción y entrega de servicios para la eficiencia operativa y del gasto.
 - Estrategia de comunicación conjunta, basada en lo establecido en el Préstamo Crecer Sano, con mensajes sencillos y accesibles, tomando de referencia las experiencias exitosas, como el caso de Perú que empoderó a los padres de familias.
- Empoderamiento de la ciudadanía para que
- tenga mayor conciencia y participación en la prevención de la DC.

7. ANEXO 1. ELEMENTOS POR INCLUIR EN EL PLAN CONJUNTO PARA LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA.

El plan conjunto para los próximos cuatro años deberá incluir, entre otros:

- i) **Objetivos, metas e indicadores de resultados (finales, intermedios e inmediatos) de productos (calidad, cobertura y modelo de prestación de servicios).** Considerando que la prestación de los servicios se continúa dando a nivel nacional y se fortalece progresivamente en las áreas que estén priorizadas.
- ii) **Metas anuales e indicadores en:** a) relación con nutrición infantil y sus causas, b) mortalidad materna y neonatal y sus causas, c) calidad, cobertura y modelo de prestación de servicios
- iii) **Áreas geográficas hasta el nivel comunitario comunes a atender, población objetivo a partir de la identificación realizada por el MSPAS, quien compartiría la base de datos de la población a atender al MIDES y a las municipalidades; articular los modelos de atención.**
- iv) **Responsables de gestión en relación con logro de metas de entrega de servicios / productos con convenios de desempeño.**
- v) **Supervisión de avance y calidad de entrega de productos.**
- vi) **Monitoreo, evaluación y rendición de cuentas a nivel comunitario, municipal, departamental y central (tableros de indicadores).** Se incluye una tabla con el tipo de indicadores de resultados (impacto y efecto) de productos (bienes y servicios) y procesos que deberán trabajarse y cuantificarse con los equipos responsables de la ejecución del plan. Estos indicadores responden al modelo conceptual de UNICEF y sus manifestaciones en el caso de Guatemala.
- vii) **Auditoría social ejecutada por la sociedad civil, como por ejemplo Alianza por la Nutrición.**

A continuación, se incluyen sugerencias de indicadores de resultados, productos, y procesos para la producción de productos (bienes y servicios) El valor de los indicadores deberá trabajarse de manera conjunta con los funcionarios responsables que sean designados.

INDICADOR DE IMPACTO (Resultado final): % de niños con desnutrición crónica

INDICADORES DE EFECTO (Resultados mediatos)

Período fetal	0 – 6 meses	6 meses a 2 años	Prácticas de higiene en el hogar	Prácticas de cuidado del niño
% niños con bajo peso al nacer ↑	% de niños con lactancia materna exclusiva	% de niños con lactancia materna continuada y alimentación complementaria que incluye proteína animal, frutas y vegetales ricos en vitaminas y minerales	% de hogares con piso firme (no de tierra) % de hogares con animales en corral fuera de la vivienda	% de mujeres embarazadas y/o con niños menores de 2 años con conocimiento de buenas prácticas de lactancia materna exclusiva
% de mujeres embarazadas con anemia	% niños con esquema de vacunación completo de acuerdo con su edad		% de hogares con manejo adecuado de excretas % de hogares que consumen agua segura	% de mujeres embarazadas y/o con niños menores de 2 años con conocimiento de buenas prácticas de alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad.
% de mujeres embarazadas con deficiencia ácido fólico	% de niños con anemia % de niños con deficiencia de vitamina A		% de hogares con manejo higiénico de alimentos	% de mujeres embarazadas y/o con niños menores de 2 años con conocimiento de buenas prácticas de higiene en el hogar
% de mujeres embarazadas con deficiencia de yodo	% de mujeres embarazadas con deficiencia de yodo % de niños con diarrea en 2 semanas precedentes % de niños con síntomas de IRAs en 2 semanas precedentes		% de hogares con humo fuera de la vivienda	% de mujeres embarazadas y/o con niños menores de 2 años con conocimiento de buenas prácticas de prevención de enfermedades en menores de 5 años.
% de mujeres con 4 visitas de atención prenatal				
Comunidad. Acceso a agua, saneamiento básico y atención primaria de salud				
% de comunidades por municipio con acceso a fuentes mejoradas de agua % de comunidades por municipio con saneamiento básico % de comunidades con servicios de atención primaria de salud				

INDICADORES DE PRODUCTO. Se refiere a la cantidad y calidad de los productos (bienes y servicios) estratégicos para lograr resultados que serán entregados a la población objetivo. Estos deberán elaborarse con los funcionarios de los ministerios responsables y el acompañamiento de SEGEPLAN y MINFIN.

INDICADORES DE PROCESO DE PRODUCCIÓN POR PRODUCTO. Estos deberán elaborarse por parte de los responsables de la gestión por producto y los técnicos vinculados.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Alianza por la Nutrición. 2019. 6to. Monitoreo de la Ventana de los Mil Días.
- BID. 2013. Condiciones para el éxito de la puesta en práctica de programas de transferencias monetarias condicionadas: Lecciones de América Latina y el Caribe para Asia.
- Banco Mundial. 2017. Dando la Talla. El éxito del Perú en la lucha contra la desnutrición crónica
- CEPAL. 2014. ISSN 1680-8843. Calidad del gasto público y reformas institucionales en América Latina.
- CEPAL/UNICEF. 2008. Evolución de la desnutrición crónica infantil y su distribución socioeconómica en siete países de América Latina y el Caribe.
- CES. Elementos Clave que limitan el impacto de las estrategias y programa de gobierno en materia de desnutrición crónica. Guatemala, marzo 2019.
- ICEFI. 2019. Desnutrición Crónica en Guatemala: Una tragedia que el debate político no debe evadir.
- INE. 2015. República de Guatemala: Estadísticas demográficas y vitales 2014
- MSPAS. 2015. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014 – 2015
- MSPAS. 2018. Normas de Atención en Salud Integral para el Primer y segundo Nivel de Atención.
- MSPAS. 2018. Modelo de Atención y Gestión para Áreas de Salud
- SESAN 2006. Programa de Reducción de la Desnutrición Crónica (PRDC) 2006 – 2016
- SESAN. 2016. Estrategia Nacional para la Reducción de la DC (2016 – 2020);
- SESAN. 2012. Plan del Pacto Hambre Cero
- USAID. HFG. agosto 2015. Guatemala. Análisis del Sistema de Salud 2015.
- Decreto Número 114-97 Ley del Organismo Ejecutivo
- Decreto Número 101-97 Ley Orgánica del Presupuesto
- Decreto Número 90-97. Código de Salud
- Decreto Número 12-2002. Código Municipal
- Decreto Número 32 – 2005. Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria
- Decreto Número 1-2012 Reformas a la Ley del Organismo Ejecutivo, Decreto Número 114-97
- Acuerdo Gubernativo Número 115-99 Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
- Acuerdo Gubernativo Número 87-2012. Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Desarrollo Social
- Acuerdo Gubernativo Número 540-2013 Reglamento de la Ley Orgánica del Presupuesto
- Acuerdo Gubernativo Número 112-2018 Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Finanzas Públicas.
- Acuerdo Gubernativo Número 75-2006 Reglamento de la Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional
- http://www.incaparina.com/articulos_cientificos/estudio_longitudinal_del_orient.pdf
- (https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=153-programa-para-la-reduccion-de-la-desnutricion-cronica-2006-2016-guatemala&category_slug=desnutricion-cronica&Itemid=518)
- (<https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/GUA%202012%20Pacto%20Hambre%20Cero%20Guatemala.pdf>);
- (<http://www.sesan.gob.gt/wordpress/wp-content/uploads/2017/07/Estrategia-para-la-Prevencion-de-la-Desnutricion-Cronica.pdf>).
- <http://www.siinsan.gob.gt/siinsan/wp-content/uploads/EDI-2012-Tomo-I.pdf>, <http://www.siinsan.gob.gt/siinsan/wp-content/uploads/EDI-2013-Tomo-II.pdf>, <http://www.siinsan.gob.gt/siinsan/wp-content/uploads/EDI-Tomo-III-1ra.-y-2da.pdf>, <http://www.siinsan.gob.gt/siinsan/wp-content/uploads/Informe-Final-Evaluacion-Impacto-PPH0.pdf>
- <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/845711520948334504/pdf/124240-WP-PUBLIC-WWPDGuatemalaSP.pdf>
- https://www.cleancookingalliance.org/resources_files/guatemala-plan-de-accion-anexos.pdf



PROPUESTA ELABORADA CON RECURSOS DEL CONSEJO
ECONÓMICO Y SOCIAL DE GUATEMALA -CES- Y LA
ASOCIACIÓN CIVIL ALIANZA POR LA NUTRICIÓN -APN -, EN EL
MARCO DEL CONVENIO DE COOPERACIÓN TÉCNICA ENTRE
AMBAS INSTITUCIONES, PARA EL APOYO EN LA FORMULACIÓN
DE ESTRATEGIA NACIONAL DE DESARROLLO INCLUSIVO EN EL
ÁMBITO DE REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2019

CES CONSEJO
ECONÓMICO Y SOCIAL
DE GUATEMALA



Alianza por la Nutrición