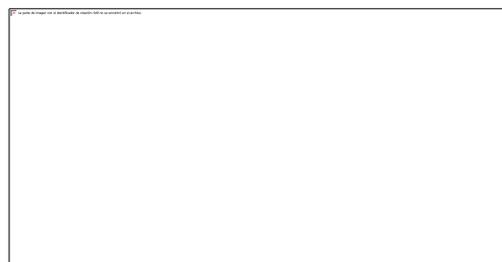


VIII INFORME DEL PROCURADOR DE LOS DERECHOS HUMANOS

SITUACIÓN DEL DERECHO A
LA ALIMENTACIÓN EN
GUATEMALA A TRES AÑOS
DEL PACTO HAMBRE CERO



CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
I. MARCO LEGAL Y POLÍTICAS LOCALES	5
Marco legal.....	5
Políticas locales.....	8
II. LA SEGURIDAD ALIMENTARIA NUTRICIONAL Y SUS CUATRO PILARES	9
La Seguridad Alimentaria y Nutricional	9
Pilar 1 - Disponibilidad de Alimentos	9
Producción de granos básicos	10
Acceso a las tierras	14
Pilar 2 - Acceso a alimentos	16
Desempleo, ingresos y precio de los alimentos	16
Programas sociales.....	18
Entregas de alimentos	19
Transferencias monetarias.....	24
Pilar 3 - Consumo correcto de alimentos.....	26
Patrones de consumo de alimentos en la población guatemalteca.....	26
Educación en alimentación y nutrición	29
Pilar 4 - Aprovechamiento biológico de alimentos.....	32
Vigilancia en control del agua por áreas de salud	32
Contaminación de maíz por aflatoxinas	37
III. A TRES AÑOS DEL PACTO HAMBRE CERO	39
Desnutrición como problemática nacional y la respuesta histórica del Estado	39
Desnutrición crónica	40
Estado actual de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil –ENSMI-.....	42
Las 10 acciones contra el hambre crónica del PH0 – Ventana de los 1000 días.....	42
Desnutrición aguda	43
Morbilidad por desnutrición en menores de 5 años	44
Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	44
Protocolo de vigilancia de la desnutrición aguda en menores de 5 años.....	47
Registro de muertes por desnutrición aguda.....	48
Canícula prolongada - El reto de prevenir la desnutrición aguda en Guatemala	50
Efectos de canícula prolongada por departamento.....	50
Respuesta del Estado ante la crisis del hambre estacional	52
Componentes directos del PPH0	54
Componente 1 – Provisión de servicios básicos de salud y nutrición a población vulnerable	54
Servicios básicos de salud y el sistema de atención primaria	54
Componente 2 – Promoción de lactancia materna y alimentación complementaria	63
Componente 3 – Educación alimentaria nutricional	68
Componente 4 – Alimentos fortificados.....	68

Componente 5- Atención a población vulnerable	69
IV. JUSTICIABILIDAD Y EXIGIBILIDAD DEL DERECHO A LA ALIMENTACIÓN	69
V. CONCLUSIONES	73
VII. RECOMENDACIONES.....	76
VIII. ANEXOS.....	81

INTRODUCCIÓN

El derecho a la alimentación es un derecho inherente a la vida. El relator especial para las Naciones Unidas, Olivier de Schutter definió que el pleno goce de este derecho se garantiza cuando el individuo vive en un ambiente que le permite alimentarse por sí mismo, teniendo los medios para producir u obtener sus propios alimentos; no se limita a obtener una ración mínima de nutrientes o el derecho de una persona a ser alimentada.

El derecho a la alimentación es parte del derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en 1998 especificó el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre, por lo que el Estado tiene la obligación de respetarlo, protegerlo y hacerlo efectivo.

La seguridad alimentaria y nutricional, en tanto, consiste en el acceso físico, económico y social, oportuna y permanentemente, a una alimentación adecuada en cantidad y calidad, con pertinencia cultural, preferiblemente de origen nacional, así como su adecuado aprovechamiento biológico, para mantener una vida saludable y activa, según reza el Artículo 1 de la Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

Esta misma ley establece, en el inciso j. del Artículo 13, que corresponde al Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional –CONASAN, “conocer, analizar y proponer correctivos a las políticas y estrategias en materia de seguridad alimentaria y nutricional, sobre la base de las recomendaciones que anualmente emitirá el Procurador de los Derechos Humanos en relación con el respeto, protección y realización progresiva del derecho a la seguridad alimentaria y nutricional”.

Así, en cumplimiento de esta responsabilidad, el Procurador de Derechos Humanos presenta al CONASAN su VIII Informe sobre SAN, que, en sentido más amplio, trata de concretar el derecho a la alimentación, arriba descrito como parte fundamental de la dignidad humana.

En la primera parte de este informe se analizan las acciones estratégicas que las instituciones del Estado realizan alrededor de los cuatro pilares de la seguridad alimentaria nutricional: la disponibilidad de alimentos, el acceso, su consumo correcto y aprovechamiento biológico, abordando sus diversos componentes.

A continuación, el informe plantea un análisis de los resultados, hasta mediados de 2015, que ha obtenido el Plan Pacto Hambre Cero –PPH0, que en la administración de Otto Pérez Molina fue la estrategia para el combate frontal contra la desnutrición crónica y aguda y la inseguridad alimentaria; el informe examina el estado de la desnutrición crónica, mencionando cómo los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil –ENSMI, y el Censo de talla en escolares han permitido conocer mejor su prevalencia, así como la necesidad de que dicha encuesta incluya en sus próximas ediciones indicadores específicos sobre seguridad alimentaria y nutricional.

Respecto del hambre crónica se analizan las 10 acciones del PPH0 que se ubican dentro de la llamada Ventana de los 1000 días, así como dos de sus componentes directos de este plan: *provisión de servicios básicos de salud a población vulnerable* y *promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria*. La *educación alimentaria nutricional* se trata en la parte referida a consumo

correcto de alimentos, y *atención a población vulnerable* se desarrolla en Acceso a Alimentos y cuando se plantean las acciones contra el impacto de la canícula. Cabe mencionar que sobre el componente *alimentos fortificados* no se encontró información ni se recibió en las respuestas a las solicitudes enviadas por la IPDH.

Se aborda después la problemática de la desnutrición aguda, examinando los datos de morbilidad, mortalidad y letalidad (relación entre morbilidad y mortalidad), el funcionamiento del protocolo de vigilancia de la desnutrición aguda en menores de 5 años y las dificultades para el registro de muertes por desnutrición aguda, para atender luego las acciones para prevenir la desnutrición aguda en el marco de la canícula prolongada.

Por último, el Magistrado de Conciencia repasa en este informe el cumplimiento de la sentencia emitida a favor de cinco niños de Camotán, Chiquimula por la vulneración de sus derechos, entre ellos el de alimentación, a la que no han dado estricto seguimiento las instituciones del Estado responsables.

Luego de exponer las principales conclusiones, se formulan varias recomendaciones tanto a la SESAN como a cada uno de las instituciones involucradas en el CONASAN; en esta ocasión, el Magistrado de Conciencia también se permite hacer recomendaciones al Instituto Nacional de Estadística para que incluya en la ENSMI el componente de seguridad alimentaria y nutricional, habida cuenta de su capacidad técnica y alcance de sus resultados.

Para la preparación del VIII Informe se enviaron 8 solicitudes de informes circunstanciados a las siguientes instituciones: Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación –MAGA, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS, Ministerio de Desarrollo Social –MIDES, Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo y Previsión Social, y a la Dirección del Instituto Nacional de Estadística –INE; no respondieron la misma Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional – SESAN y la Secretaría de Asuntos Agrarios de la Presidencia.

De igual forma, se consultó los informes de diversas instituciones nacionales e internacionales que se ocupan del derecho a la alimentación y de la seguridad alimentaria y nutricional y se contó también con los hallazgos de las supervisiones realizadas por las defensorías del derecho a la alimentación y del derecho a la salud y la socioambiental y la Dirección de Investigación en Derechos Humanos –DIDH, de la IPDH.

Como se expone a lo largo del informe, varias de las recomendaciones incluidas en el VII Informe no se retomaron por lo que se exhorta al CONASAN a poner su mejor empeño para atender las que en esta oportunidad presenta el Procurador de Derechos Humanos, pues estas no persiguen más que recordar las obligaciones del Estado en cuanto al derecho a la alimentación.

Si tomamos en cuenta que ya en 1974 los medios de comunicación ya reportaban que 50% de la población sufría desnutrición crónica podemos colegir que dos generaciones de guatemaltecos y guatemaltecas no han alcanzado por completo su potencial humano, lo que representa un rezago para el desarrollo de la sociedad. El hambre es una violación del derecho a la vida.

I. MARCO LEGAL Y POLÍTICAS LOCALES

Marco legal

La alimentación y la nutrición se consideran como parte inherente a los derechos establecidos en el artículo 2 de la Constitución Política de la República de Guatemala.

Asimismo el artículo 94 de la Carta Magna, detalla la obligación del Estado de velar por la salud y la asistencia social de la población; mientras que el artículo 99, señala el deber del Estado de velar porque la alimentación y nutrición de la población reúna los requisitos mínimos de salud y que las instituciones especializadas del Estado coordinen sus acciones entre sí o con organismos internacionales dedicados a la salud, para lograr un sistema alimentario nacional efectivo.

Específicamente la Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Decreto No. 32-2005 del Congreso de la República de Guatemala, define la seguridad alimentaria y nutricional como *“el derecho de toda persona a tener acceso físico, económico y social, oportuna y permanentemente, 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”*.

En el artículo tercero de esta ley, se asume la Seguridad Alimentaria y Nutricional como una política de Estado, se crea el Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria –SINSAN-, y se establece un marco institucional estratégico de organización y coordinación para ejecutar acciones de Seguridad Alimentaria Nutricional.

Por otro lado, Guatemala es signataria de varios tratados internacionales que se refieren sobre el derecho a la alimentación adecuada. Entre ellos, la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales –PIDESC- de 1966, la Declaración adoptada en la Cumbre Mundial sobre la Alimentación en 2002, el Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del 2000, por mencionar los más destacables.

En la actualidad, el Congreso de la República de Guatemala aún está pendiente de conocer y aprobar el Protocolo Facultativo del PIDESC, esto es un indicador estructural del derecho a la alimentación que refleja la falta de compromiso en adoptar medidas para hacer efectivos estos derechos, entre los cuales está el derecho a la alimentación.

Para enfatizar en el derecho a la alimentación, las Observaciones Generales adoptadas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, afirman que dicho derecho *“está inseparablemente vinculado a la dignidad inherente de la persona humana y es indispensable para el disfrute de otros derechos humanos consagrados en la Carta Internacional de Derechos Humanos”*¹.

¹ Observaciones generales aprobadas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En: http://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CESCR/00_1_obs_grales_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html, consultado el 22.9.2015

La perspectiva de derechos pone al ser humano en el centro de la elaboración de las políticas públicas². Este enfoque *“identifica a los titulares de derechos y aquello a lo que tienen derecho, así como a los correspondientes titulares de deberes y las obligaciones que les incumben, y procura fortalecer la capacidad de los titulares de derechos para reivindicar éstos y de los titulares de deberes para cumplir sus obligaciones (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos)”*³.

De manera que los estados, y en este caso el Estado de Guatemala, debe ser garante y responsable de realizar y velar por el cumplimiento del derecho inmediato y progresivo a la alimentación adecuada de toda la población. En cuatro aspectos, según los niveles de obligación que define el Comité DESC:

- **Respetar** el acceso a una alimentación adecuada, que requiere que los Estados no adopten medidas de ningún tipo que tengan por resultado impedir este acceso.
- **Proteger**, que el Estado adopte medidas para velar que ningún actor social prive a las personas del acceso a una alimentación adecuada.
- **Facilitar**, que el Estado debe procurar iniciar actividades con el fin de fortalecer el acceso y la utilización por parte de la población de los recursos y medios que aseguren sus medios de vida, incluida la seguridad alimentaria.
- **Cumplir**, de forma directa, cuando existan individuos o grupos que por razones que escapen a su control no puedan disfrutar el derecho a la alimentación adecuada por sus propios medios. Esta obligación se aplica también a las personas que son víctimas de catástrofes naturales o de otra índole⁴.

Desde el anterior informe del Procurador a la CONASAN, los cambios importantes en la normativa nacional, relacionados con seguridad alimentaria nutricional y salud son los siguientes:

2014

1. Carta de Entendimiento del 4 de junio de 2014 entre el Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas y el Gobierno de Guatemala, operación prolongada de socorro y recuperación OPSR “Restablecimiento de la Seguridad alimentaria y los medios de subsistencia de los grupos vulnerables afectados por crisis recurrentes en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. (hay un acuerdo básico de fecha 15 julio de 1971) (ver en folder Decretos Congreso)

2015

2. Acuerdo ministerial 86-2015, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con fecha 10 de abril de 2015. Mediante el cual se emiten reformas al anterior acuerdo que crea el programa Nacional de Vigilancia de la Calidad de Agua para Consumo Humano –PROVIAGUA- (SP-M-278-2004).

² Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Derecho a la Alimentación. 2015 <http://www.fao.org/human-right-to-food/es/> consultado el 10.08.2015.

³ Cecchini, Simmone et.al. Desafíos de los programas de transferencias con corresponsabilidad: los casos de Guatemala, Honduras y Nicaragua. CEPAL –Naciones Unidas. Mayo, 2009. Pág. 11-12.

⁴ Iniciativa América Latina y Caribe Sin Hambre 2025. Derecho a la Alimentación. (S/F) <http://www.ialcsh.org/es/la-iniciativa/derecho-alimentacion/>. Consultado 10.08.2015.

3. Acuerdo ministerial 774-2015, del Ministerio de Educación con fecha 5 de mayo 2015, por medio del cual se aprueba el tema: "Seguridad Alimentaria y Nutricional", como único tema eje de seminario para el ciclo escolar 2015.
4. Acuerdo de cooperación técnica entre el Ministerio de Desarrollo social de Guatemala y la Secretaría de Desarrollo Social de México. Guatemala 16 de junio de 2015.
5. Convenio de financiación DCI-ALA/2012/024-452 entre la Unión Europea y la República de Guatemala "Apoyo a la Sostenibilidad de la pequeña agricultura campesina" del 17 de junio de 2015.

En relación a la atención en salud, primordialmente del primer nivel de atención, que atiende programas esenciales como el Programa Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional – PROSAN-, cabe mencionar, entre otros:

6. Acuerdo ministerial 89-2015, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con fecha 16 de abril 2015, por medio del cual se crean las áreas de salud de Huehuetenango nororiente y Huehuetenango noroccidente con el propósito de proporcionar accesibilidad a la prestación de servicios de salud, para dar atención médica para garantizar a la población el acceso universal a la salud, de acuerdo al modelo integral de atención en salud del primer y segundo nivel.
7. Acuerdo ministerial 105-2015, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con fecha 8 de mayo de 2015, en el cual se aprueba la Estrategia de Fortalecimiento y Desarrollo Institucional del Primer Nivel de Atención, la cual tiene por objeto asumir los servicios básicos prestados a la población dentro del marco del Programa de Extensión de Cobertura, incorporándolos como acciones institucionales concernientes a la red de servicios de salud del Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La Estrategia, asume un modelo de gestión basado en resultados que permita la provisión de servicios de prevención, promoción, vigilancia epidemiológica y atención de la salud con calidad y efectividad para fortalecer y desarrollar el primer nivel de atención institucional.

Por ser principalmente auxiliares de enfermería quienes atienden el primer nivel de atención en salud, es importante mencionar el siguiente documento:

8. Acuerdo ministerial 141-2015, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social con fecha 9 de julio 2015, por medio del cual se establecen las normas para nivelar auxiliares de enfermería egresados de establecimientos e instituciones que no cuentan con el reconocimiento y autorización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, las cuales tienen por objeto regular el proceso de nivelación que debe seguir el personal auxiliar de enfermería que actualmente la ejerce con certificado extendido por establecimiento educativo, que no ha sido reconocido para tal fin, por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Debido a que el artículo 34 de la Ley del SINSAN establece la descentralización en el ámbito departamental, municipal y comunitario para la ejecución de acciones en seguridad alimentaria y nutricional, se describen a continuación los avances desde el anterior informe del Procurador a la CONASAN en el ámbito local. Las gobernaciones departamentales y las municipalidades deben impulsar programas, proyectos y actividades en coordinación con la SESAN, en el tema de seguridad alimentaria nutricional como parte del cumplimiento este artículo.

Políticas locales

En julio del presente año la Secretaría de Seguridad Alimentaria –SESAN- atendió a las recomendaciones emitidas por el Procurador de los Derechos Humanos en su Informe Anual Circunstanciado, remitiendo información correspondiente al año pasado.

Según datos oficiales, el estado de las Comisiones Municipales de Seguridad Alimentaria y Nutricional –COMUSANES- al mes de octubre del 2014, era el presentado en el siguiente cuadro,

Cuadro 1
Estado de COMUSANES al mes de octubre de 2014

	No. Municipios	COMUSAN activas	COMUSAN pendientes
Alta Verapaz	17	17	0
Baja Verapaz	8	8	0
Chimaltenango	16	16	0
Chiquimula	11	10	1
El Progreso	8	8	0
Escuintla	13	13	0
Guatemala	17	16	1
Huehuetenango	32	31	1
Izabal	5	5	0
Jalapa	7	7	0
Jutiapa	17	16	1
Petén	14	14	0
Quetzaltenango	24	24	0
Quiché	21	19	2
Retalhuleu	9	9	0
Sacatepéquez	16	14	2
San Marcos	30	29	1
Santa Rosa	14	14	0
Sololá	19	16	3
Suchitepéquez	21	20	1
Totonicapán	8	8	0
Zacapa	11	10	1
TOTAL	338 (100 %)	324 (96 %)	14 (4 %)

FUENTE: Elaboración propia, con base en información de la Respuesta a recomendaciones del Informe Anual Circunstanciado de la PDH

Según el Secretario, *“El proceso para organizar una Comisión Municipal de SAN –COMUSAN- o Comisión Comunitaria de SAN –COCOSAN- tiene su grado de dificultad. De acuerdo con la opinión de los Delegados Departamentales de la SESAN, los principales motivos o limitantes para la conformación de la COMUSAN son las siguientes:*

- *Falta de voluntad de los gobiernos locales para dar prioridad al tema SAN*
- *Falta de presencia de instituciones de gobierno*

- *Falta de conocimiento de la Ley de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural⁵*

Sobre el estado de las COMUSANES en 2015, no se pudo obtener información oficial, dado que al cierre de elaboración de este informe la SESAN, entidad coordinadora en el tema, no había remitido respuesta.

II. LA SEGURIDAD ALIMENTARIA NUTRICIONAL Y SUS CUATRO PILARES

La Seguridad Alimentaria y Nutricional

Tomando como base los pilares de la Seguridad Alimentaria y Nutricional –SAN- establecidos en ley y los responsables ejecutores de los mismos, se hace un análisis de situación con enfoque de derechos para proponer las consecuentes recomendaciones, considerando que la SAN descansa en cuatro pilares fundamentales que son: la disponibilidad, el acceso, el consumo y el aprovechamiento biológico de los alimentos, los cuales deberán ejecutarse en un entorno socio-político adecuado para su pleno desarrollo.

La condición de inseguridad alimentaria en algunas poblaciones está determinada por la falta de disponibilidad de alimentos de adecuada calidad. En otros grupos de la población esos alimentos pueden estar disponibles, pero no todas las personas tienen acceso a ellos, sea por limitaciones económicas, de distribución u otras razones. Además de la disponibilidad y accesibilidad existen factores de carácter cultural, social, educativo y biológico que afectan la aceptabilidad, consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos⁶. Por lo cual la problemática de inseguridad alimentaria es multifactorial y debe tener un abordaje multisectorial y multidisciplinario.

Pilar 1 - Disponibilidad de Alimentos

La disponibilidad de alimentos refiere la existencia de cantidad y calidad suficiente de alimentos en una región. Estos pueden haber sido suministrados a través de la producción local o de importaciones, incluyendo la ayuda alimentaria⁷.

La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura –FAO- (por sus siglas en inglés) ha determinado que para efectuar un diagnóstico que establezca en qué medida la disponibilidad alimentaria ha sido óptima debe considerarse si la alimentación es suficiente, estable, autónoma, sustentable e inocua⁸. El siguiente apartado se relaciona con los primeros cuatro

⁵ Secretaría de Seguridad Alimentaria Nutricional (SESAN). Respuesta a recomendaciones del Informe Anual Circunstanciado de la PDH: Situación de los derechos humanos y memoria de labores, 2014 (Oficio SESAN 407-2015).

⁶ Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP). S/F. Acerca de SAN. En: <http://www.incap.int/index.php/es/acerca-de-san>, consultado el 02.07.2015.

⁷ Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). 2006. Seguridad Alimentaria. Informe de políticas no.2. ftp://ftp.fao.org/es/ESA/policybriefs/pb_02_es.pdf consultado el 08.07.2015

⁸ Morón Cecilio y Alejandro Schejtman. La Situación de Seguridad Alimentaria en América Latina. Depósito de documentos de la FAO. S.F. <http://www.fao.org/docrep/010/ah833s/Ah833s06.htm> consultado el 08.07.2015

supuestos, haciendo énfasis en la producción de granos básicos, los programas de extensionismo agrícola y el acceso a tierras.

No se pretende realizar un análisis cuantitativo considerando todos los indicadores agrícolas de producción, sino se dará un panorama con la perspectiva de derechos sobre el pilar de la disponibilidad, analizando los programas y las acciones ejecutadas por la principal autoridad responsable del mismo, el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Alimentación –MAGA-, y otros actores institucionales.

Producción de granos básicos

Históricamente, una de las principales debilidades del Estado para responder a la adecuada ejecución del pilar de la disponibilidad, ha sido la insuficiente capacidad de la nación para cubrir las necesidades alimentarias mínimas de toda la población, consecuencia, entre otros aspectos, de la falta de políticas que incentiven la producción de alimentos o bien de la falta de eficiencia en su ejecución.

En 2009 se creó la Política Nacional de Desarrollo Rural Integral –PNDRI- con el objetivo de lograr un avance en la calidad de vida de las poblaciones que residen en áreas rurales (priorizando, entre otras, poblaciones en pobreza y pobreza extrema) a través de acceso a recursos productivos, medios de producción, bienes naturales y servicios ambientales para alcanzar el desarrollo humano⁹. En este marco, junto a otras políticas nacionales, como la Política Agropecuaria 2011-2015, la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2005, la Política de Conservación, Protección y Mejoramiento del Ambiente y los Recursos Naturales 2007 y la Política Agrícola Centroamericana 2008-2019, el desarrollo rural y aumento de la producción se ve norma.

Durante la administración de Otto Pérez Molina, el MAGA desarrolló dos programas estratégicos: el Programa de Agricultura Familiar para el Fortalecimiento de la Economía Campesina –PAFFEC- y el Programa Estratégico de Agricultura Comercial –PAC-, ambos con el propósito de aumentar el desarrollo rural, pero con enfoques diferentes. El primero pretende propiciar el bienestar integral de la familia rural, campesina e indígena, atendiendo principalmente la agricultura de infrasubsistencia, subsistencia y excedentaria campesina, mientras que el PAC persigue directamente implementar acciones que contribuyan a fomentar la producción agropecuaria comercial¹⁰. La sumatoria de estos esfuerzos, y los ya establecidos desde otras administraciones, debería evidenciarse en la producción de alimentos en Guatemala, principalmente de granos básicos, los cuales se consumen ampliamente dada su pertinencia cultural.

El PAFFEC es el aporte estratégico principal del MAGA para el fortalecimiento de la economía campesina del país. El programa deriva del mandato establecido en el documento de la política pública no.2, publicado por el Gobierno de Guatemala, el 17 de mayo del 2012, el cual consigna que el MAGA, en el marco del Pacto Hambre Cero y en consecuencia con la Política Nacional de Desarrollo Rural Integral –PNDRI-, *“tiene el compromiso de asumir con alta prioridad la promoción de la economía campesina a través del Programa de Agricultura Familiar... Así mismo indica que el MAGA está fortaleciendo el Sistema Nacional de Extensión Rural –SNER- como el eje que brindará*

⁹ Gobierno de Guatemala / Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación. Programa de Agricultura Familiar para el Fortalecimiento de la Economía Campesina –PAFFEC- 2012-2015. Documento de Política Pública No.2.

¹⁰ Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación (MAGA). Plan Operativo Anual MAGA- Reprogramación. Marzo 2015.

una asistencia técnica integral para dinamizar la economía campesina como sujeto priorizado de la PNDRI...”¹¹.

Los Centros de Aprendizaje de Extensionismo Rural –CADER- son un elemento dentro de la estrategia del MAGA impulsado para promover y conducir el SNER. “[Cada CADER] es manejado por un grupo comunitario y ubicado en espacios físicos o sociales decididos por dicho grupo. El CADER pertenece a las personas de la comunidad que participan en él, no al MAGA u otra instancia u organización ajeno a la misma. Se orienta al incremento de la productividad, al mejoramiento integral del hogar rural y a la protección de los recursos naturales renovables”. Se conforman por un(a) promotor(a) voluntario(a), quien actúa como coordinador-facilitador y un grupo de familias rurales (quienes eligen al promotor). Todos interesados en ser orientados y compartir experiencias, problemas y aspiraciones similares¹².

Durante el año 2014 se formaron 9,250 nuevos CADER; en 2015, al mes de julio, se habían formado 6,780 nuevos CADER. Del total de población atendida, el 57.3% son familias dedicadas a la agricultura de subsistencia, 40.9 % a la agricultura de infrsubsistencia y 1.8 % a la agricultura excedentaria¹³.

El siguiente cuadro, muestra el número de CADER formados por departamento y la población atendida por los mismos.

Cuadro 2
CADER y personas atendidas por PAFPEC durante el 2014 y 2015 por departamento

	2014		2015	
	No. CADER	Personas atendidas	No. CADER	Personas atendidas
Alta Verapaz	425	9,607	384	8,702
Baja Verapaz	501	6,647	308	6,072
Chimaltenango	431	7,220	314	10,170
Chiquimula	437	11,429	400	10,148
El Progreso	202	2,984	134	2,649
Escuintla	378	10,521	296	8,861
Guatemala	365	7,255	321	6,720
Huehuetenango	890	29,732	667	23,735
Izabal	314	6,635	189	7,717
Jalapa	228	3,028	196	2,403

¹¹ Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación (MAGA). Informe circunstanciado remitido (Oficio DM-SM-1392-2015)

¹² Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación. Informe circunstanciado (Oficio DM-SM-1392-2015). Fecha 06/08/2015.

¹³ Definiciones de FAO: *Agricultores de infra-subsistencia*: Cubren las necesidades familiares de alimento (sobre todo maíz y frijol) trabajando sus pequeñas parcelas de tierra. Complementan lo que producen con la compra en el mercado gracias a los ingresos generados por su fuerza de trabajo; *Agricultores de subsistencia*: Logran abastecer las necesidades de alimento familiar (maíz, frijol y sorgo), cultivando sus pequeñas parcelas de terreno; *Agricultores excedentarios*: Producen cantidades suficientes para los requerimientos familiares y destinan al mercado los excedentes. (FUENTE: FAO. Informe Especial, Misión FAO/PMA de evaluación de cosecha y seguridad alimentaria en Guatemala. Febrero, 2010. En: <http://www.fao.org/docrep/012/ak344s/ak344s00.htm>, consultado el 23.07.2015)

	2014		2015	
	No. CADER	Personas atendidas	No. CADER	Personas atendidas
Jutiapa	425	9,031	273	4,480
Petén	348	7,016	211	7,908
Quetzaltenango	658	11,052	358	12,066
Quiché	503	14,363	260	5,806
Retalhuleu	224	3,233	210	2,839
Sacatepéquez	265	4,532	229	4,833
San Marcos	708	12,995	472	13,073
Santa Rosa	396	10,471	314	8,189
Sololá	362	5,571	234	5,777
Suchitepéquez	657	16,464	623	15,911
Totonicapán	191	4,850	109	4,202
Zacapa	306	4,714	278	4,078
TOTAL	9,214	199,350	6,780	176,339

FUENTE: Bases de datos MAGA remitidas a PDH (Oficio DM-SM-1392-2015)

La Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos II 2014 realizada por el Instituto Nacional de Estadística –INE-, reveló que durante los meses de octubre y noviembre de 2014 había 576,408 personas que se ocupaban por cuenta propia en el sector agrícola (9.4% de la población), lo que significa que en el 2014, la cobertura a este sector de la población agrícola fue de 34.58 % y aún existe una brecha muy amplia por cubrir.

En el marco de supervisiones de la PDH en el departamento de Alta Verapaz, se realizaron entrevistas con el equipo de extensionistas del MAGA, quienes reconocieron la necesidad de más extensionistas agrícolas para tener mayor cobertura. Según ellos, duplicar la cantidad de extensionistas que laboran en el Sistema Nacional de Extensión Rural sería lo idóneo¹⁴.

Sumado a ello, el personal de MAGA indicó no contar con medios de transporte institucionales para llegar a las comunidades que atienden con servicios de tecnificación agrícola. Debido a que algunos utilizan transporte colectivo o caminan para llegar a las comunidades, el tiempo de labores de los extensionistas se divide entre el transporte y las actividades programadas, lo cual merma las horas de acompañamiento que pueden brindar en las comunidades.

En referencia a lo anterior se debe recordar que desde el año pasado, el Magistrado de Conciencia recomendó en su Informe a la CONSAN *“aumentar la asignación presupuestaria al PAFEC, e incrementar la contratación de extensionistas agrícolas para fortalecer el Sistema Nacional de Extensión Rural –SNER- con base a una evaluación técnica de las necesidades de producción y asistencia técnica de cada municipio del país”*.

En 2013 la cantidad de extensionistas agrícolas a nivel nacional fue de 1,270. Para 2014 esta cifra aumentó a 2,002. Aun habiendo aumentado, desde ese año se notaron las carencias en la cobertura

¹⁴ PDH/Defensoría de la Alimentación. Abril 2015. Supervisión conjunta a la Ventana de los Mil Días y al Programa de Agricultura Familiar y Fomento a la Economía Campesina -PAFFEC – en el Departamento de Alta Verapaz. Pág. 15.

por lo cual se sugirió aumentar la cantidad de extensionistas para el 2015; sin embargo esta cifra disminuyó ese año, laborando 1,285 extensionistas rurales para el programa de agricultura familiar¹⁵.

Por otra parte, el Plan Operativo Anual del MAGA, detalla que el Programa de Agricultura Comercial (o Empresarial), está orientado a los agricultores excedentarios y comerciales, se enfoca en mejorar la productividad, generar ingresos y empleo rural, asumiendo MAGA un papel de promotor y facilitador de procesos; a manera de desarrollar todas las capacidades de los agricultores, integrándoles a los encadenamientos productivos y mejorando su competitividad. Además busca apoyarlos mediante un proceso de modernización y fortalecimiento institucional enfocado en facilitar procedimientos, certificaciones, información, salvaguardas y normas que incentiven el incremento de su productividad. Sin embargo, sobre este programa no se remitió información sobre cobertura y se desconoce su alcance.

El informe de situación del maíz y el frijol del MAGA, reportó que la producción de granos básicos ha aumentado conforme han transcurrido los años agrícolas, tanto en áreas cosechadas, como en la producción misma (quintales) y en rendimiento (ver Cuadro 3). La producción se encuentra localizada, principalmente, en el nororiente del país. En el caso del maíz blanco, Petén, Alta Verapaz y Jutiapa constituyen el 35% de la producción nacional¹⁶. En cuanto al frijol, Petén, Jutiapa y Chiquimula alcanzan el 50% de la producción nacional¹⁷. De la misma forma, el arroz es producido mayormente en Izabal, Alta Verapaz, Jutiapa, San Marcos, Petén, Chiquimula y Quetzaltenango, representando el 86% de la producción nacional¹⁸.

Cuadro 3
Producción nacional de granos básicos

Producto	Año agrícola	Área cosechada (manzanas)	Producción (Quintales)	Porcentaje de aumento respecto al período anterior*	Rendimiento (qq/mz)
Maíz**	2012/2013	1,211,900	37,995,900		31.40
	2013/2014 p/	1,233,300	39,576,500	4.2	32.10
	2014/2015 e/	1,247,100	40,724,100	2.9	32.70
Frijol	2012/2013	345,400	4,845,500		14.00
	2013/2014 p/	352,500	5,026,200	3.7	14.30
	2014/2015 e/	358,300	5,181,500	3.1	14.50
Arroz	2012/2013	15400	696,400		44.60
	2013/2014 p/	15700	710,900	2.1	45.30
	2014/2015 e/	16000	732,900	3.1	45.81

p/preliminares; e/estimado; **del total de producción, el 90% corresponde a maíz blanco

Fuente: DIDH/PDH con base en: Informe Situación del Maíz Blanco-MAGA, 2015; Informe Situación del Frijol- MAGA, 2015; Agro en cifras

¹⁵ Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación (MAGA). Nómina de personal contratado por servicios para el PAFEC correspondiente a 2012, 2013, 2014 y 2015. Oficio ENLACE-DCR-362-2015 del Informe Circunstanciado (Oficio DM-SM-1392-2015)

¹⁶ Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación (MAGA). Informe de Situación del Maíz blanco 2015.

¹⁷ Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación (MAGA). Informe de Situación del Frijol 2015.

¹⁸ Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación (MAGA). El Agro en cifras 2014.

Dada la ubicación geográfica de los principales cultivos de granos básicos en Guatemala (la mayor parte en el conocido *corredor seco*), es comprensible que el efecto de la canícula, que se da de mediados de mayo a mediados de agosto, con una escasez acentuada en junio y julio, influya en los precios en el mercado. Por esta razón el mercado se abastece de reservas almacenadas, pero principalmente de importaciones, encareciendo los productos y colocando a los hogares en una posición de mayor vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria (Ver en Sección II, inciso de canícula prolongada).

Se estima que el consumo per cápita de maíz blanco en Guatemala sea de 2.5 qq/persona/año y el de frijol sea de 30 lb/ persona/año (≈ 0.136 qq)¹⁹. Si consideramos que se proyecta que la población guatemalteca sea 16'176,133 de habitantes²⁰, significaría que la producción de maíz anual debería estar en 18'602,552.95 qq y 2'203,189.32 qq de frijol para satisfacer las necesidades alimenticias del total de la población.

El informe de situación del maíz y el frijol indican que durante el período 2014/2015, el abastecimiento de estos granos básicos presentó un índice de autosuficiencia de 99.5 y 98.5%, respectivamente. Aunque estos datos revelan la capacidad agrícola del país, la autosuficiencia alimentaria se refiere solo a la disponibilidad de alimentos producidos dentro del país. Esto no garantiza seguridad alimentaria nutricional, pues ella requiere elementos más complejos de estabilidad de los suministros y acceso físico y económico a los alimentos por parte la población²¹.

Acceso a las tierras

En seguridad alimentaria y nutricional, además de la disponibilidad de los alimentos en medios comerciales u otros medios lícitos, se considera también disponibilidad asegurar el acceso a tierras y recursos naturales (principalmente el agua), en especial para los cultivos de infrasubsistencia y subsistencia. La obligación de respetar el acceso a una alimentación adecuada requiere que los Estados adopten medidas que defiendan el acceso a tierras de quienes por situación de pobreza y pobreza extrema no tienen dónde sembrar, de quienes han sido despojados, engañados y forzados a vender sus tierras y que en ninguna manera adopten medidas que tengan por resultado impedir ese acceso de tierras²².

Desde la época de la conquista los monocultivos se implantaron como un modelo productivo. El cultivo del añil, algodón, cacao, cardamomo, banano ha sido parte de la historia del agro de Guatemala, hasta la época actual en donde la caña, la palma aceitera y el café ocupan la mayor parte de las tierras cultivables, de modo tal que en Guatemala el 80% de la tierra está en manos de sólo el 8% de personas o empresas. En cuanto al acceso de tierra se ha presentado un retroceso en las tierras de subsistencia y un avance en las tierras usadas para monocultivos²³.

Según el Fondo de Tierras, "el 94.1% de las explotaciones menores (microfincas y fincas subfamiliares) suma el 18.6 % de la tierra; mientras que el 1.5 % de las explotaciones mayores (con más de una caballería) suma el 62.5 % de la superficie en fincas²²".

¹⁹ Declaraciones de Elmer López, Ministro MAGA en 2013. En: http://www.deguate.com/artman/publish/noticias-actualidad/garantizan-consumo-de-granos-basicos.shtml#.VaV0tjgU_bg, consultado el 22.7.2015.

²⁰ Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Censo 2002 y sus proyecciones.

²¹ Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). S.F. Implicaciones de las políticas económicas en la seguridad alimentaria: Manual de capacitación. <http://www.fao.org/docrep/004/w3736s/w3736s03.htm> consultado el 24.7.2015

²² Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN). Borrador del Protocolo de actuación para el ejercicio del derecho humano a la alimentación.

²³ Fondo de Tierras. Plan Multianual 2015-2017 y Plan Operativo Anual 2015. Pág. 29.

Un ejemplo importante ha sido el caso de la palma aceitera, con el cual no solo se mengua el acceso a tierras de subsistencia y recursos naturales en las comunidades rurales, sino también se han presentado otras violaciones a derechos económicos, socioambientales y culturales.

En referencia al acceso a la tierra se pueden mencionar los desalojos forzosos de las poblaciones y conflictos entre las comunidades originarias, que se han visto acosadas y forzadas por diferentes métodos a abandonar sus tierras, así como violaciones al derecho de libre locomoción y de paso hacia los terrenos en los que familias locales tienen sus cosechas familiares, por interponerse las fincas de palma aceitera en los caminos²⁴.

En relación al agua, estudios hechos en el Instituto de Agricultura, Recursos Naturales y Ambiente – IARNA- de la Universidad Rafael Landívar, indican que el 60% del agua del país es consumida entre el café, la caña y la palma aceitera. De los tres anteriores, la palma es el cultivo que demanda más agua²⁵.

La Defensoría del Derecho a la Alimentación, en coordinación con la Oficina del Alto Comisionado para las Naciones Unidas –OACNUDH-, realizó visitas a comunidades de los Municipios de Chisec, Raxruhá, Fray Bartolomé de las Casas (de Alta Verapaz) y Sayaxché (de Petén), en donde los líderes y miembros de Comisiones Comunitarias de Desarrollo –COCODES- expusieron sus necesidades y preocupación sobre el nocivo avance del cultivo de palma y efectos negativos causados a la etnia Q'eqchi', entre otras demandas. Los pobladores indican que empresas de palma aceitera han construido quíneles para desviar las aguas de los ríos. En invierno, cuando el caudal del río sube, los quíneles causan inundaciones, haciendo que se pierdan las cosechas de maíz, frijol y las viviendas de los campesinos²⁶.

Sumado a ello, los desechos procesados del fruto de la palma son devueltos al río, causando contaminación y limitando que los pobladores hagan uso del vital líquido. Las comunidades rurales de los municipios visitados no cuentan con servicio de agua potable, teniendo que recurrir a los pozos y riachuelos que se encuentran contaminados y con riesgo de secarse en un plazo de diez años.

El establecimiento de los monocultivos también atenta contra la autonomía y soberanía alimentaria por la sustitución del suelo para cultivar alimentos, por monocultivos permanentes y semipermanentes que se destinan principalmente a la exportación²⁷.

En el mismo texto se destaca que los trabajadores de las plantaciones han denunciado condiciones laborales precarias e inhumanas; los monocultivos generan menos empleo que los sistemas de cultivos campesinos (contrario a los ofrecimientos que se dan al negociar la compra-venta de las tierras), en tanto que solamente una pequeña parte de los trabajadores son declarados al Ministerio de Trabajo y Prevención Social –MINTRAB- y al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS-,

²⁴ Procuraduría de los Derechos Humanos. Dirección de Investigación. Nota conceptual, Monocultivos y palma de aceite. Pág. 5-7.

²⁵ Monocultivos, la lucha por el espacio y los desarraigados. Entrevista a Raúl Maas, Investigador del Instituto de Agricultura, Recursos Naturales y Ambiente (IARNA). Plaza Pública. En: <http://www.plazapublica.com.gt/content/de-monocultivos-la-lucha-por-el-espacio-y-los-desarraigados>, consultado el 22/julio/2015, consultado 24.7.2015.

²⁶ Procuraduría de los Derechos Humanos y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Defensoría de Alimentación. Informe supervisión conjunta departamentos de Alta Verapaz y Petén a la ventana de los mil días, programa de agricultura familiar y fomento a la agricultura campesina –PAFFEC-. Junio, 2015. Pág. 9.

²⁷ PDH, Nota conceptual, Pág. 8.

no todas las empresas cumplen con el pago del salario mínimo y tampoco todas se apegan a las leyes laborales, no hay libertad de organización ni de reclamo de mejores condiciones salariales y laborales; hay mayor discriminación hacia las mujeres rurales, quienes son contratadas en las plantaciones de palma y ganan casi la mitad del salario mínimo agrícola.

Por otro lado los derechos de la mujer también son vulnerados cuando las compañías negocian la venta de las propiedades de tierra, las cuales usualmente están a nombre de un hombre. Estas ventas se realizan sin tomar en cuenta la opinión de la mujer, quien comúnmente no quiere vender. Además de perder las tierras donde cultivan para el autoconsumo, el establecimiento de monocultivos merma su capacidad de utilizar plantas silvestres como alimento y medicina.

Por último, la nota conceptual señalada, refiere la situación de conflictividad social y criminalización de defensores de derechos humanos, la persecución de los líderes campesinos que luchan por la tierra y el ambiente sano en el marco de la expansión de los monocultivos, lo cual se constituye como una violación no sólo de las libertades civiles y políticas sino del mismo derecho a la vida²⁴.

La Defensoría de Alimentación en el informe de la mencionada supervisión, presenta relatos (que se reiteran en varios medios de comunicación) sobre la existencia de “coyotes”, negociantes intermediarios entre las empresas y los pobladores quienes, a base de engaños o amenazas, provocan las ventas de tierras para fines de siembra de palma aceitera, como el siguiente:

“Cuando inició la demanda de tierras en la región llegaron muchos coyotes a comprar tierra. Le dieron Q 50,000.00 por 14 manzanas de tierra fértil; vendió porque no tenía dinero para comprar semilla y fertilizantes; le ofrecieron trabajo permanente y seguridad para su familia. Ahora ya no tiene tierra donde sembrar, no le dan trabajo por tener 55 años de edad y no cuenta con una fuente de ingresos para poder alimentar a su familia. (Señor Pedro Lax, etnia Q’eqchi’, 9 hijos, Nuevo Paraíso–Ixcán. Traducción del Q’eqchi’ por José Luis Tiul).

Dicho informe evidencia como las empresas de monocultivos han ido en expansión, ocupando cada vez más las tierras planas y relegando a la población más vulnerable a poblar las tierras altas de la Sierra de las Minas, donde la proyección de productividad de sus cultivos es menor y están más alejados de los servicios básicos.

Pilar 2 - Acceso a alimentos

Como expone la FAO, la falta de acceso a alimentos no se genera por escasez o falta de disponibilidad de alimentos -excepto en situaciones de catástrofes naturales- sino básicamente porque los ingresos de una parte de la población resultan insuficientes para adquirir esos alimentos y asegurar sus alimentación²⁸.

Desempleo, ingresos y precio de los alimentos

En 2014, la tasa de desempleo en Guatemala se estableció en 2.4% para los hombres y 3.8% para las mujeres. Al desagregar por edad, se observó que las personas entre 15-24 años eran las más afectadas. No obstante a que estas cifras no son particularmente altas, coexiste en el país la

²⁸Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). 2012. Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe 2012. Resumen Ejecutivo FAO.

problemática del subempleo visible²⁹: el 14.4% de las 6'168,470 de personas consideradas como población económicamente activa, se encuentran en esta situación. Este fenómeno es más acentuado en el área urbana, en las mujeres, las personas indígenas y los jóvenes (15-24 años). Esta situación no sólo refleja la falta de las garantías del derecho al trabajo, sino también la inequidad de género y etnia en el comportamiento laboral.

El Ministerio de Trabajo –MINTRAB- refirió que *“a través del Servicio Nacional como parte de las acciones que realiza, ofrece el servicio de intermediación laboral con el objetivo de facilitar el contacto entre la oferta y la demanda de trabajo a través de la inscripción y encaminamiento de los usuarios, para su incorporación en el mercado laboral local, con presencia en los 22 departamentos”*. Estas acciones beneficiaron a 5,037 personas en 2014 y 1,780 en 2015³⁰. La información no se desagregó por edad, género o tipo de empleo. Entre otras acciones se especifica algunas realizadas para la efectiva vinculación de trabajo remunerado para mujeres desde el año 2012, en donde se ha brindado capacitación e intermediación a 3738 mujeres en 2013, 2330 en 2014 y 905 hasta agosto de 2015.

Ahora bien, las personas asalariadas y trabajadores independientes enfrentan otra situación. La Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos –ENEI- 2014, reportó los siguientes ingresos promedio para los diferentes quintiles de la población,

Cuadro 4
Ingresos promedio de los quintiles de la población según ENEI 2014

Quintil	Ingreso promedio (Q. / mes)
1	286
2	806
3	1416
4	2346
5	5557

FUENTE: ENEI 2014

Esta realidad es contrastante con el precio de los alimentos. En junio del 2014 la canasta básica de alimentos –CBA- se determinó en Q.3012.30 y el precio de la canasta básica vital –CBV- en Q.5496.90. Esto significa que durante ese período, para 3 de los quintiles de la población no era posible adquirir la CBA, aun dedicando el total de los ingresos de dos miembros de la familia (suponiendo el mismo monto promedio), en la compra de alimentos.

El cuarto quintil, en promedio, dedicando los ingresos de dos miembros de la familia, podría adquirir la CBA, pero no podría solventar el pago de la CBV y el quintil más alto, en promedio, no podría solventar el costo de la CBV si solamente trabaja un miembro de la familia. El escenario es aún más alarmante a la fecha, pues para junio del 2015, el precio de la CBA se instaló en Q.3405.60 y el precio de la CBV, en Q.6214.60. Al comparar estas cifras con el salario mínimo establecido en 2015 (Q.2394.40/mes para actividades agrícolas y no agrícolas y Q.2200.95/mes para actividades exportadoras y de maquila), se observa también que si en una familia, dos de sus integrantes reciben salario mínimo, no podrían ser capaces de acceder por completo a la CBV.

Es necesario aclarar, que en 2002 la CBA fue determinada a través de un estudio realizado por INCAP, el cual determina 31 productos con los que se obtiene el “Mínimo alimentario que debe

²⁹ Subempleo visible: Personas que aunque están ocupadas, laboran menos de la jornada ordinaria de trabajo y desean trabajar más.

³⁰ Ministerio de Trabajo y Previsión Social. Informe circunstanciado remitido a PDH por medio de Oficio 433-2015 CDUL/LMMP/Ie, con fecha de 16/septiembre/2015.

satisfacer por lo menos las necesidades energéticas y proteínicas de un hogar de referencia (familia promedio de 5.38 miembros)”³¹. Empero en el cálculo actual de la estimación de la CBA se utilizan 26 productos. De forma tal que aún con una subestimación en los requerimientos nutricionales, los ingresos de la mayoría de guatemaltecos no logran cubrir la CBA.

El acceso a los alimentos implica que toda persona debería ser capaz de procurarse alimento para una alimentación adecuada sin tener que comprometer por ello ninguna otra necesidad básica (medicamentos, alquiler, gastos escolares, etc.)³².

Programas sociales

Como respuesta a las debilidades en el sistema para garantizar el acceso económico a los alimentos, se ha intentado asegurar el pilar de acceso a las poblaciones en condición de vulnerabilidad, mediante programas sociales que tienen como meta romper con el círculo intergeneracional de la pobreza.

Dichos programas han demostrado experiencias exitosas en otros países en desarrollo (P. ej. México con el Programa *Oportunidades*, Brasil con *Bolsa Familia*, parte de *Fome Zero*). Sin embargo, el éxito se ha buscado a través de lineamientos claros que nada tienen que ver con la caridad, el asistencialismo o el partidismo. Está vinculado con un diseño apropiado del programa, objetivos claros y medibles, líneas de acción que responden a las causas estructurales, subyacentes y básicas de la desnutrición y pobreza, que tienen como fin máximo desarrollar capital humano. Estos programas exitosos han invertido en la planificación del monitoreo y evaluación. En el caso particular de México, se contempló la evaluación desde la concepción del mismo programa y se decidió que la misma, sería ejecutada por instituciones externas al gobierno (la academia con apoyo internacional)³³. Acciones como estas favorecen la transparencia en la rendición de cuentas. En el caso de Guatemala, los programas sociales nunca se han valorado a través de evaluaciones de impacto o de procesos.

Uno de los principales fallos observados en el desarrollo de los programas sociales es la falta de un diseño de los programas con enfoque en derechos humanos, situación que surge de un problema aún más grave, la inexistencia de un diseño del programa *per se*.

Los objetivos planteados en el sitio web del Ministerio de Desarrollo Social –MIDES–, no son específicos, medibles, carecen de temporalidad y por tanto, la creación de indicadores de resultados y de procesos se hace imposible y al igual que la evaluación de dichos programas. De hecho, en la realización de este informe se estuvo visitando reiteradamente el sitio oficial en internet en la pestaña que daría acceso a los indicadores, misma que no está disponible al público en general.

Al requerir al MIDES información sobre indicadores, respondieron que los mismos “*se encuentran en proceso de construcción y validación*” y por ello no están disponibles en línea³⁴. A más de tres años de estar funcionando un programa, esta respuesta es inadmisibles. El resultado impide que se

³¹ Menchú, María Teresa y Olga Osegueda. 2002. La Canasta Básica de Alimentos en Centroamérica, Revisión de la Metodología. Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá.

³² Olivier de Schutter. Relator especial para UN del derecho a la alimentación. Derecho a la alimentación. (S/F) <http://www.srfood.org/es/derecho-a-la-alimentacion>. Consultado 10.08.2015.

³³ Neufeld, Lynette et.al . Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2006. Tomo II, Alimentación. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.

³⁴ Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Informe circunstanciado (Oficio DS-379-2015/LR/aam). Fecha 06.08.2015.

evidencie el éxito o el fracaso de dichos programas, que se corrijan las directrices que no han estado funcionando y por tanto merma el desarrollo del capital humano y vulnera el derecho a la alimentación al no ejecutar correctamente los programas creados en parte, para su garantía.

Entregas de alimentos

En relación a la entrega de alimentos se han identificado dos principales *programas* de asistencia: “Alimentos por acciones” del MAGA y la entrega de la “Bolsa Segura” por parte del MIDES. Además de la “Operación oportunidad” que responde a la emergencia que se presenta durante la época de canícula, la cual se abordará más adelante.

El *programa* de Alimentos por Acciones, es una modalidad que tiene por objeto la realización de acciones viables y sostenibles para que la población rural realice proyectos comunitarios orientados al desarrollo social, obteniendo como incentivo los alimentos. Según datos oficiales, este programa atiende en los 22 departamentos de la República de Guatemala, en comunidades de los municipios, aldeas, caseríos y cantones³⁵.

El contenido de cada ración de alimentos, según la Memoria de labores 2014 del MAGA, consta de:

- 50 libras de maíz blanco
- 8 unidades de mezcla de harina de maíz y soya con azúcar fortificada de 1 kg
- 1 botella de aceite comestible de 900 ml
- 4 unidades de harina de frijol de 1 kg
- 20 libras de arroz
- 8 unidades de avena (tipo mosh) de 1 kg.
-

Sin embargo la institución debe sistematizar la información sobre las entregas, ya que la misma no siempre corresponde a la lista completa antes mencionada y/o la frecuencia de las mismas no ha sido constante.

El informe de Oxfam sobre la situación de Inseguridad Alimentaria y Nutricional de las familias desalojadas en el Valle del Polochic, menciona que el 48% de las familias reciben asistencia alimentaria por parte del MAGA. Al ser entrevistados indicaron haber consumido maíz proveniente de la bolsa entregada cada tres meses (75 libras) y frijol, sin mencionar los otros productos³⁶.

Testimonios recopilados por la Defensoría de la Alimentación también reportan que en algunas comunidades como: caserío Santa Rosa, caserío San Gerónimo, aldea Estancia Grande y aldea Montufar en San Juan Sacatepéquez, al mes de julio de 2015, las familias beneficiarias no habían recibido la ayuda del MAGA, la cual, según indicaban, consistía únicamente en un quintal de maíz. El equipo trató de entrevistar a los delegados municipales MAGA, no obstante, se informó que derivado de conflictos político-partidistas ya no están en la municipalidad y tampoco tienen una sede específica³⁷.

Acorde a lo indicado por el MAGA en el informe de labores 2014, el *programa* benefició en ese año a 154,876 familias rurales de escasos recursos con asistencia alimentaria y alimentos por acciones.

³⁵ Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación (MAGA). Memoria de labores 2014, 3 Informe de Gobierno. Pág.10

³⁶ Oxfam. Informe de investigación: Evaluación de la situación de seguridad alimentaria y nutricional de las familias desalojadas en el Valle del Polochic. Julio 2015. Pág. 23-24.

³⁷ PDH/Defensoría de Alimentación. Supervisión al Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional -SINASAN- en el Caserío Santa Rosa, Aldea Estancia Grande, Municipio de San Juan Sacatepéquez, Departamento de Guatemala. Julio, 2015. Pág.10

Sin embargo, en informe circunstanciado remitido por el MAGA a la PDH, la institución reporta que para el 2014, las entregas correspondientes a alimentos por acciones fueron 15,246. El consolidado de entregas anuales, desagregado por departamento puede observarse en el cuadro a continuación.

Cuadro 5
Entregas de Alimentos por Acciones desde 2012 al 2015* por departamento

	2012	2013	2014	2015	Total
San Marcos	8,058	5,789	8,780	1,258	23,885
Petén	2,532	11,779			14,311
Santa Rosa	5,912	2,793	2,713		11,418
Alta Verapaz	3,168	555	2,681	1,032	7,436
Escuintla	4,882		703	1,492	7,077
Totonicapán			4,401	1,568	5,969
Baja Verapaz	464		2,799	1,805	5,068
Sololá	610	2,053	2,067	274	5,004
Jutiapa	1,000	1,901	1,561		4,462
Santa Rosa	1,375			2,650	4,025
Quetzaltenango	999		1,670	104	2,773
Huehuetenango	1,190		1,449		2,639
Suchitepéquez	640	450	1,525		2,615
Escuintla	756			1,379	2,135
San Marcos	702	80		1,302	2,084
Zacapa			2,000		2,000
Chimaltenango	736			600	1,336
Alta Verapaz	80			1,205	1,285
Huehuetenango	1,185				1,185
Jalapa	301		847		1,148
Chimaltenango	413	127	506		1,046
Quetzaltenango	350			177	527
Jalapa				400	400
Quiché	183		106		289
El Progreso		121	100		221
Chiquimula		181			181
Izabal			161		161
Retalhuleu			106		106
Sacatepéquez	60				60
Total general	35,596	25,829	34,175	15,246	110,846

*Los datos de 2015 representan entregas al mes de agosto

FUENTE: Bases de datos MAGA remitidas a PDH (Oficio DM-SM-1392-2015)

El cuadro anterior está ordenado de forma que inicia con Quiché, el departamento que fue beneficiado con una mayor cantidad de entregas en el período de 2012 al 2015. Se puede observar que solamente este departamento, Alta Verapaz y Sololá obtuvieron entregas los cuatro años consecutivos.

Bajo un enfoque de derechos, el Estado debe procurar, a través de sus programas y proyectos, fortalecer la capacidad de los titulares para que logren el alcance progresivo del pleno goce de sus derechos. La inconsistencia en el tiempo del beneficio de los programas, interrumpe el desarrollo de capacidades y se torna en acciones más similares a la beneficencia, que al disfrute de derechos.

Otro hecho destacable fue que Huehuetenango, el departamento que actualmente cuenta con mayor cantidad de municipios priorizados por desnutrición crónica, solamente recibió 1,185 entregas en el 2012. En contraste, se puede observar como Petén en el 2012 y 2013 recibió 14,311 entregas, teniendo únicamente un municipio priorizado. Resultados como estos evidencian la falta de cumplimiento en la priorización de poblaciones atendidas en este programa.

En lo que respecta a la entrega de la “Bolsa segura”, otra de las formas de asistencia alimentaria en la administración de Otto Pérez Molina, propone entregas cada dos meses en centros de distribución. La población objetivo son familias que viven en áreas urbanas precarias o sufren de crisis que afectan su acceso a alimentos, priorizando a madres solteras, madres menores de 20 años, mujeres embarazadas o en período de lactancia, adultos mayores (<65 años), personas con discapacidad, personas con enfermedades crónicas y otros estados de vulnerabilidad a considerar³⁸.

En el sitio electrónico del MIDES se presentan como objetivos del *programa*, que concientizarán a las familias a través de procesos formativos que permitan generar conocimientos y prácticas para favorecer la vida familiar y comunitaria. Para ingresar al listado de beneficiarios se debe llenar la boleta de registro de usuarios del programa, suministrando información veraz sobre su nivel socio económico e incluyendo su huella dactilar, fotografía y datos del documento de identificación. Cuando una persona es beneficiaria de la bolsa no puede optar a los programas de transferencia monetaria (Bono seguro).

Actualmente cada bolsa segura contiene:

- 10 Libras de arroz
- 10 Libras de frijol
- 2 Libras de avena
- 1 Botella de aceite 900 ml
- 5 Libras de harina nixtamalizada
- 2 Libras de sal
- 3 Libras de harina
- 1 Libra de leche³⁹

Al solicitar datos sobre los beneficiarios de este programa al MIDES, remitieron la información de la cantidad de entregas realizadas en el 2015, detalladas por municipio, sexo y edad. En el análisis de estos datos se pudo constatar que las entregas no tenían una periodicidad definida, y que la cantidad de beneficiarios variaban de entrega a entrega, como lo muestra la tabla a continuación.

Cuadro 6 **Número de entregas de “Bolsa Segura” en el 2015 por municipios, por mes**

³⁸ Ministerio de Desarrollo Social. En: <http://mides.gob.gt/>, consultado el 18.7.2015

³⁹ Ídem

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Total por municipio
Amatitlán			10,000		10,000			20,000
Chinautla			10,000			10,782	717	21,499
Chuarrancho			1,550		1,690			3,240
Fraijanes		3,714	4,786			7,540	460	16,500
Guatemala	43		53,601	284	25,159	30,358	494	109,939
Mixco		6,137	24,424	4,149	32,336	10,323		77,369
Palencia		8,995	3,271		11,481			23,747
San José del Golfo			2,393			2,555		4,948
San José Pinula			11,209			11,127		22,336
San Juan Sacatepéquez	1,098		17,780			15,881		34,759
San Miguel Petapa		5,713	5,399		11,347		34	22,493
San Pedro Ayampuc			7,679		7,963			15,642
San Pedro Sacatepéquez			3,499		3,509			7,008
San Raymundo			2,975		2,998			5,973
Santa Catarina Pinula			10,165			9,401		19,566
Villa Canales		11,196	704		13,491			25,391
Villa Nueva			11,766				10,158	21,924
Total por mes	1,141	35,755	181,201	4,433	119,974	97,967	11,863	45,2334

FUENTE: Elaboración propia con datos de MIDES remitidos por informe circunstanciado (Oficio DS-379-2015/LR/aam)

Esta situación debe enmendarse, pues viola el derecho de la alimentación de los beneficiarios, quienes, como se mencionó anteriormente, se encuentran en especial situación de vulnerabilidad. De la periodicidad y cantidad atípica de las entregas se puede inferir que existen beneficiarios a quienes se les entregó una única vez la “Bolsa Segura”.

Mediante un análisis de datos en el Sistema de Contabilidad Integrado –SICOIN- del Estado, también se pudo determinar que desde el 2012 hasta el 2015 la cantidad de presupuesto ejecutado no ha sido regular. Se debe reconocer que la ejecución presupuestaria hasta el 2014 habría sido beneficiosa, pues cada año el presupuesto aumentaba. Sin embargo, en 2015 para el mes de julio se había ejecutado únicamente un 31% del presupuesto ejecutado en 2014, reflejando irregularidades en la ejecución del programa o en la asignación real del presupuesto.

Cuadro 7
Presupuesto de bolsa de alimentos ejecutado por el MIDES a julio de 2015

Año	Bolsa de alimentos
2012	103,510,649.76
2013	160,270,525.05
2014	225,584,594.17
2015*	71,990,297.94

Año	Bolsa de alimentos
TOTAL	561,356,066.92

Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Contabilidad Integrada –SICOIN- del *16/07/2015.

La “Bolsa Segura” también ha sido objeto de denuncias por el uso clientelar de la asistencia alimentaria. La importancia de definir la concepción de la política social, y de cómo los programas sociales se insertan en ésta, es fundamental para establecer el enfoque de derechos humanos.

En relación a ello, las Directrices voluntarias en apoyo en la realización progresiva del derecho a una alimentación adecuada en el contexto de la seguridad alimentaria nacional, establecen claramente que *“los alimentos no deberían utilizarse como instrumento de presión política y económica”*. Este fenómeno se ha ido agravando en la última década, lo cual vulnera la dignidad humana al someter la voluntad popular a condicionamientos partidistas, valiéndose de una de las necesidades primarias de cualquier ser vivo, la alimentación. Una política social seria, debería además de incorporar la visión de los derechos humanos, erogar el principio asistencialista y evitar la exclusión social.

Desde el año pasado, el Informe Anual Circunstanciado de Situación de Derechos Humanos denunció más de seis municipios del departamento de Guatemala en donde la entrega de la bolsa segura ha estado condicionada por el empadronamiento de los usuarios.

La PDH a través sendas supervisiones^{40,41} ha constatado el detrimento de los beneficios del programa en los lugares donde el gobierno local no es de un partido político afín al gobierno central. Las entregas no se reciben en tiempo y forma debido a que las sedes locales de los Ministerios responsables (MIDES en este caso y MAGA), al no ser afines no cuentan con el apoyo de un espacio físico en el cual laborar.

En dichas supervisiones el Tribunal Supremo Electoral –TSE- confirmó esta situación revelando un aumento de registros de empadronamiento en los lugares donde se entrega este beneficio. En específico, supervisiones realizadas en San Juan Sacatepéquez y Santa Catarina Pinula revelaron que el empadronamiento se requería para recibir la asistencia; hubo testimonios de líderes comunitarias que organizan a los beneficiarios para su participación en mítines y marchas partidistas, como requisito para mantenerlos en el padrón.

En relación al uso partidista de la asistencia, durante 2015 (enero-agosto) la PDH recibió un total de 21 denuncias relacionadas a supuestas violaciones del derecho a la alimentación, 17 de las cuales fueron relacionadas con la politización de programas sociales del MIDES, MAGA y las municipalidades. Las demás denuncias estuvieron relacionadas a la mala calidad de alimentos servidos en comedores solidarios, venta de la refacción escolar una escuela.

El origen de estas denuncias se presenta en el siguiente cuadro⁴².

El dato anterior es de relevancia por dos aspectos: 1) La baja denuncia de supuestas violaciones al derecho a la alimentación presentadas revelan la necesidad de informar a la población sobre este importante derecho y 2) la alta proporción de las denuncias relacionadas a programas sociales

⁴⁰ PDH/Defensoría de Alimentación. Informe sobre el monitoreo a la ejecución de las transferencias condicionadas en los municipios de: San Juan Sacatepéquez, San Miguel Petapa, San Pedro Ayampuc y Mixco en el Departamento de Guatemala. Junio 2015. Pág. 10-12.

⁴¹ PDH/Defensoría de Alimentación. Informe sobre el monitoreo a la ejecución de las transferencias condicionadas en Santa Catarina Pinula. Junio 2015. Pág. 10.

⁴² PDH/Dirección de Investigación en Derechos Humanos. Unidad de Estadísticas. Sistema General de Denuncia y DATA.

reiteran la omisión de las recomendaciones realizadas por el Magistrado de Conciencia, en donde se señala el uso inadecuado de la asistencia alimentaria.

Los programas exitosos de asistencia social también incluyen el componente de las corresponsabilidades. Como el término lo indica, las corresponsabilidades refieren a responsabilidades compartidas; infiere el goce de garantías pero también el cumplimiento de obligaciones. Al declarar que para recibir asistencia alimentaria, se debe cumplir con corresponsabilidades se espera que los beneficiarios participen en actividades con carácter obligatorio. En función de cumplir los objetivos del programa se esperaría que estos compromisos estuvieran encaminados a los procesos formativos para generar conocimientos y prácticas que favorezcan la vida familiar y comunitaria.

Las “corresponsabilidades” publicadas en el sitio electrónico del MIDES para recibir la asistencia alimentaria no son más que requisitos, limitándose solamente al llenado de boletas, entrega de fotocopias de documentos de identificación, recibir la entrega y hacer uso adecuado de los alimentos. Estas acciones no ayudan en ninguna manera a la realización progresiva del derecho a la alimentación para las personas en situación vulnerable, no desarrollan capacidades en los individuos para ejercer su derecho.

Transferencias monetarias

El programa de transferencias condicionadas en la administración de Otto Pérez Molina tuvo el nombre de “Mi Bono Seguro”, otorgando apoyo económico por “Bono de salud” y “Bono de educación”. Según información en el sitio electrónico oficial el bono de salud, se otorga a mujeres embarazadas o madres de hijos menores de seis años como incentivo para asistir al centro de salud y llevar los controles. Mientras, el bono de educación se otorga a las personas que tienen hijos entre 6 y 15 años como incentivo para que sus hijos e hijas asistan a la pre-primaria y primaria, la condición para la transferencia es que el alumno cumpla con el 90% de la asistencia.

El padrón de usuarios de bono seguro, por departamento, también aparece en este sitio. En el mismo figuran los siguientes datos: departamento, municipio, nombre del titular, el programa al que están adscritos (salud o educación, algunas casillas en blanco), *status* (activo, excluido e inactivos por diversas causas) y la cantidad total otorgada a cada beneficiario durante los años 2012, 2013, 2014 y lo que va del 2015. El monto asignado por mes de los beneficios es de Q.150.00 por persona.

En el análisis del padrón se encontró 64,153 nombres de beneficiarios (7.6% del registro total) que aparecen más de una vez a nivel nacional. El caso de mayor aparición, fue un nombre repetido 45 veces.

Esta deficiencia se corregiría a medida que se implemente el Sistema Nacional de Información Social –SNIS-, que fue aprobado mediante Acuerdo Ministerial número DS-02-2015 de fecha 9 de enero del 2015. Mediante informe circunstanciado se solicitó la base de datos del SNIS pero no se obtuvo respuesta.

Esta información debe ser actualizada de inmediato pues el SNIS establece como objetivo contar con una base de datos única que contenga información detallada sobre los beneficiarios o usuarios de los programas sociales y responsabiliza al MIDES el diseño y administración a través del

Viceministerio de Política, Planificación y Evaluación⁴³. Estos datos que serán útiles para la transparencia de los programas sociales.

Contar con una base de datos con las certezas correspondientes favorecerá la fiscalización del uso de los recursos públicos y superar la opacidad. Por ejemplo, en enero de 2015, la Defensoría de Alimentación, realizó visitas a dos municipios de Alta Verapaz, Panzós y Santa Catarina La Tinta, ambos municipios priorizados. Se pidió a los delegados municipales del MIDES el número de beneficiarios con Bono Seguro, los cuales fueron 5,650 y 3,570, respectivamente para Panzós y Santa Catarina la Tinta⁴⁴; empero, el padrón oficial reportó 6,503 y 3,496 personas activas para enero del 2014 en los mismos municipios. En este caso, el contraste de los datos locales y los datos oficiales podría hacerse utilizando el SNIS.

Respecto a la transparencia, también se debe mencionar que en la misma supervisión se inquirió sobre las transferencias realizadas. Según información del nivel local, no superaron los Q 900 en el año 2014 (3 entregas de Q 300); esta información no concuerda con lo reportado en el padrón oficial, el cual indica que en este período se realizaron 2,973 entregas de Q 1200 cada una en Panzós y 5,527 entregas del mismo monto en Santa Catarina la Tinta.

Informes discordantes también se han encontrado en noticias de prensa⁴⁵ en donde se ha denunciado que a siete meses del 2015, las familias beneficiarias reportan únicamente haber recibido Q 150 como pago de su Bono Seguro. En el padrón oficial, de los 651,207 beneficiarios activos en el 2015, solamente dos entregas respondían a este monto, mientras que para los beneficiarios restantes se señala haber entregado Q 300. Sin embargo, al requerir información al MIDES sobre el padrón publicado en el sitio web, indicaron mediante informe circunstanciado que esta información se encuentra desactualizada.

Otro punto importante, sujeto a fiscalización, es el caso de las corresponsabilidades. Desde 2013 esta institución señaló entre sus recomendaciones al MIDES que debía generar mecanismos de registro, verificación y monitoreo de las corresponsabilidades. En el padrón oficial, de los 842,256 beneficiarios, que están o han estado en el programa, el 6.6% (n=55,952) de los registros no indican si su beneficio responde al componente salud o educación.

Supervisiones de la PDH realizadas en Alta Verapaz enfatizaron que en estas localidades no existían mecanismos de verificación de corresponsabilidades en el Bono Seguro. No se encontraron bases de datos o cruce de oficios que transfieran la información de salud o educación hacia el MIDES, ni registro alguno de verificaciones periódicas de corresponsabilidades. Al solicitar informe circunstanciado, el MIDES no remitió respuesta en este tema particular⁴⁶.

El Estado mediante las instituciones competentes debe recordar que las corresponsabilidades no son mero protocolo o un simple medio de verificación, son garantías de que la población está siendo

⁴³ Gobierno de Guatemala. Acuerdo Ministerial No. DS-02-2015. Ministerio de Desarrollo Social.

⁴⁴ PDH/Defensoría de Alimentación. Supervisión conjunta a la Ventana de los Mil Días y al Programa de Agricultura Familiar y Fomento a la Economía Campesina -PAFFEC – en el Departamento de Alta Verapaz. Pág.18, 24.

⁴⁵ El Periódico/Rodrigo Estrada. 27.07.2015. Mides busca transferir Q.120 millones para bolsa segura. <http://elperiodico.com.gt/2015/07/27/pais/mides-busca-transferir-q210-millones-para-bolsa-segura/>

⁴⁶ PDH/Defensoría de Alimentación. Supervisión conjunta a la Ventana de los Mil Días y al Programa de Agricultura Familiar y Fomento a la Economía Campesina -PAFFEC – en el Departamento de Alta Verapaz. Pág.18, 25.

atendida y constituyen una modalidad importante para que las personas desarrollen sus capacidades.

Pilar 3 - Consumo correcto de alimentos

Patrones de consumo de alimentos en la población guatemalteca

La dieta de la población guatemalteca se ha caracterizado históricamente por el patrón predominante del maíz y productos derivados. El consumo del mismo está relacionado estrechamente con la identificación cultural de muchos pueblos tanto en área rural como en el área urbana.

Los estudios más recientes relacionados al consumo de alimentos para población guatemalteca de los que se tiene conocimiento son tres: el primero, realizado por el Proyecto de Asistencia Técnica en Alimentación y Nutrición -FANTA III-⁴⁷ y los otros dos realizados por SESAN; uno de estos es un estudio con enfoque antropológico sobre las causas de desnutrición crónica⁴⁸ y el otro es el análisis de datos de consumo aparente de alimentos en los 166 municipios priorizados por el PPHO⁴⁹.

Mediante la evidencia generada en estos estudios se puede afirmar que la alimentación de los guatemaltecos en situación de vulnerabilidad se caracteriza por incluir productos como azúcar, tortilla y otros productos derivados del maíz, tomates, cebollas, huevos, frijoles negros y papas.

En el estudio FANTA III otro de los hallazgos indica que se consume con menor frecuencia alimentos enriquecidos y fortificados (con excepción del azúcar) como la pasta, la avena instantánea fortificada y la Incaparina®; por su parte, el estudio antropológico explica que las pastas sí se constituyen como parte de los patrones dietéticos, junto con las sopas instantáneas o galletas, en más de la mitad de los entrevistados, pues ellos aseguran que estos alimentos “son los que llenan”.

Todos los estudios coinciden en que tanto las frutas, verduras y vegetales de hoja verde no se consumen de forma tan frecuente debido a su costo. Los alimentos de origen animal, a excepción de los huevos, estaban casi ausentes de la dieta, frecuentemente por la misma razón.

Los estudios difieren sobre el consumo de “comida chatarra” indicando que en Quiché y Huehuetenango, donde se realizó en estudio FANTA III, dichos alimentos no fueron muy consumidos por las mujeres y niños encuestados, mientras que el estudio de SESAN, realizado en 12 comunidades de municipios priorizados⁵⁰, lo reporta como consumido con frecuencia. Las diferencias pueden deberse tanto a causas de disponibilidad, aceptación, pertinencia cultural y/o sesgo de respuesta; sin embargo, se puede observar que en los demás productos los estudios coinciden en sus resultados.

⁴⁷ Proyecto de Asistencia Técnica en Alimentación y Nutrición -FANTA III- 2013. Informe Ejecutivo: Desarrollo de recomendaciones dietéticas basadas en evidencia para niños, mujeres embarazadas y mujeres lactantes que viven en el Altiplano Occidental de Guatemala. Washington, DC: FHI360/FANTA.

⁴⁸ Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN). Factores socioculturales que inciden en la desnutrición crónica. Pacto Hambre Cero Guatemala. 2014.

⁴⁹ Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN). Primera y segunda encuesta de monitoreo en los 166 municipios priorizados. Tomo III: Análisis de datos de consumo aparente de alimentos. Pacto Hambre Cero. Guatemala, julio 2015.

⁵⁰ Los municipios fueron: Santa Ana Huista y San Juan Atitán en Huehuetenango; Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá; Santa Apolonia, Chimaltenango; San Pedro Pinula, Jalapa; Tamahú y San Juan Chamelco en Alta Verapaz; Nebaj, Quiché; Momostenango, Totonicapán; Chicacao, Suchitepéquez; San Juan Sacatepéquez, Guatemala; Jocotán, Chiquimula.

Las características de consumo hacen que la población tenga una dieta carente en proteína de alto valor biológico. La mayoría de la proteína proviene de granos y las leguminosas, los cuales a menudo no se consumen juntos y en las proporciones que potenciarían la biodisponibilidad de la misma.

El estudio FANTA III reporta también deficiencias de varios micronutrientes, las cuales coinciden con el bajo consumo de algunos alimentos de origen vegetal, frutas y verduras. En todas las poblaciones el hierro, zinc y vitamina B12 son nutrientes problema, pues no se alcanza su requerimiento diario con la dieta cotidiana. Así mismo, el folato en las mujeres embarazadas y la niacina (vitamina B3) en los niños y niñas menores de dos años. Como se puede ver en siguiente cuadro, la mayoría de fuentes de estos micronutrientes son productos que suelen tener alto costo en el mercado.

Cuadro 8
Fuentes de vitaminas y minerales *problema* en la población guatemalteca

Vitaminas / Minerales	Fuente
B12	Carne, pollo, pescado Hígado y otras vísceras Productos lácteos Cereales fortificados con vitamina B12
Ácido fólico	Hígado y otras vísceras Vegetales verdes, cítricos
Niacina	Productos lácteos y huevo Hígado y otras vísceras Carne, pollo, pescado Leguminosas
Hierro	Carnes rojas, hígado y otras vísceras Morcilla (moronga) Hierbas de color verde intenso Leguminosas Alimentos fortificados con hierro
Zinc	Carnes, hígado, huevos y mariscos Alimentos fortificados con zinc

FUENTE: Adaptación propia de las Guías alimentarias para Guatemala

El hallazgo de estas carencias no es novedoso; es por eso que los protocolos de suplementación del MSPAS ordenan que se les debe suministrar múltiples micronutrientes en polvo a los niños de 6 a 59 meses de edad. No obstante, según el informe FANTA III, durante la realización del estudio se encontró que *“los protocolos de suplementación del MSPAS ordenan que se les debe suministrar múltiples micronutrientes en polvo (MNP) a los niños de 6 a 59 meses de edad, pero la normativa (MSPAS 2004) no indica la composición a utilizar. Al momento de la encuesta, los MNP sólo se distribuían en una parte de los municipios y las formulaciones de MNP eran diversas, dependiendo de la agencia y el donante”*⁴⁴.

Es preciso dejar constancia, en lo que refiere al pilar de consumo, que en Guatemala existe un riesgo latente en el tema del sobre-consumo, relacionado al sobrepeso y obesidad que no se puede dejar a un lado.

Un estudio reciente realizado en el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá –INCAP-, con datos de las últimas tres Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil –ENSMI-, revelaron que en la población guatemalteca se presenta la coexistencia de desnutrición crónica y sobrepeso u obesidad, situación conocida como *doble carga nutricional*. Dicho estudio demostró que tanto a nivel individual, como en los hogares existe una tendencia de aumento en sobrepeso y obesidad, que se observa principalmente en poblaciones indígenas y en las regiones del país que tienen mayor población indígena⁵¹.

Un estudio de mercadeo llamado “Huella de marca” (Foodprint Brand, en inglés) realizado en 35 países, fue también realizado en 550 hogares guatemaltecos en el año 2013. En este, se determinó que la primera y tercera marca con mayor presencia en los hogares referían a populares marcas de aguas gaseosas⁵².

Otro estudio realizado por el *Center for Disease Control and Prevention de Washington DC*, reconoce que si bien la alimentación de generaciones anteriores preferían el consumo de granos enteros y otros alimentos básicos, la nueva tendencia es a comer alimentos parciales y altamente procesados, con altos contenidos de sal, azúcar y grasas saturadas y pocas fibras y demás nutrientes esenciales. El estudio examinó la relación entre el consumo de alimentos procesados de 21,803 guatemaltecos mayores de 10 años y el Índice de Masa Corporal (IMC), que compara el peso y la estatura. De acuerdo con los parámetros establecidos a partir de estas mediciones, más de un 23% de las personas tienen sobrepeso y un 6% son obesas⁵³.

El tema de sobrepeso/obesidad y sus consecuencias hasta el momento ha estado oculto en la agenda pública. No se ha abordado en lo que respecta a políticas, programas o intervenciones, pues el enfoque se ha centrado únicamente en las carencias nutricionales. A pesar de ello, la doble carga nutricional en nuestro país es una realidad que afecta directamente al sistema de salud con el progresivo aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, relacionadas íntimamente al sobrepeso y obesidad.

El MSPAS hasta julio de 2015 registró 58,155 consultas por enfermedades crónicas⁵⁴ y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS-, en 2014 atendió 333,131 consultas solamente de hipertensión e insuficiencia renal (ambas enfermedades consideradas crónicas no transmisibles)⁵⁵; en este año ambas instituciones se han caracterizado por el colapso en sus servicios, por lo cual deben analizar y accionar en la costo-efectividad que tiene la inversión en labores preventivas.

⁵¹ Ramírez-Zea, et.al. 2014. The double burden of malnutrition in indigenous and nonindigenous Guatemalan populations. *American Journal of Clinical Nutrition*. DOI:10.3945/ajcn.114.083857.

⁵² Prensa Libre. 29 de mayo. 2014. Alimentos y bebidas lideran preferencia de compra. En: http://www.prensalibre.com/departamental/Estudio-Kantar_World_Panel-Brand_Footprint-consumo-estudio_de_mercado_0_1146485561.html consultado 27.07.2015

⁵³ SciDevNet. Enero, 2010. Alimentos procesados generan obesidad en Guatemala. En: <http://www.scidev.net/americas-latina/salud/noticias/alimentos-procesados-generan-obesidad-en-guatemala.html> consultado 27.07.2015

⁵⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA). <http://sigsa.mspas.gob.gt/datos-de-salud-en-guatemala.html> consultado en 9.9.2015

⁵⁵ Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Resumen Informe Anual de Labores 2014. Pág. 3.

El ejemplo de países latinoamericanos –por colocar un contexto más cercano al nuestro- como Chile⁵⁶, México⁵⁷ y Brasil⁵⁸, que han prohibido alimentos de alta densidad energética y bebidas azucaradas dentro de las escuelas, estipulado impuestos especiales para bebidas azucaradas, promovido estrictas normativas en la publicidad de estos productos y creado programas para la promoción de actividad física, pueden alentar al Estado a tomar medidas en combate al sobrepeso y obesidad en el contexto guatemalteco.

Educación en alimentación y nutrición

Ante la situación de consumo anteriormente expuesta, se debe recordar que según el Decreto 32-2005, el MINEDUC, MSPAS y el Ministerio de Economía –MINECO- deben *“en coordinación con otras instituciones del Estado representadas o no en el CONASAN, impulsar las acciones para desarrollar capacidades en la población para decidir adecuadamente sobre la selección, conservación, preparación y consumo de los alimentos”*.

En este sentir, el Ministerio de Educación, mediante informe circunstanciado a la PDH informó que en el marco de la Estrategia de Seguridad Alimentaria y Nutricional y Gestión Escolar -ESAN y GE-, se han realizado capacitaciones dirigidas a madres y padres de familia de los establecimientos públicos de nivel primario de municipios priorizados.

Estas capacitaciones se llevan a cabo por medio del programa de Mejores Escuelas con Seguridad Alimentaria y Nutricional –MESAN- el cual promueve la formación, abordando temas como autoestima, salud, alimentación, maternidad y paternidad responsable, que de manera integrada promueven y fortalecen la seguridad alimentaria y nutricional de las comunidades, en especial de quienes participan en la preparación de alimentación escolar para garantizar que esta sea elaborada de manera higiénica, utilizando y aprovechando recursos locales, variados y de alto valor nutritivo⁵⁹.

Dicho informe explica que este programa integra diez ejes temáticos que abordan los contenidos de las prácticas de higiene individual y de ambientes, efectos de la alimentación deficiente, alimentación balanceada, salud preventiva, desparasitación, intervenciones para la prevención de enfermedades diarreicas y respiratorias, signos y síntomas de la desnutrición crónica y aguda, deficiencia de micronutrientes en la edad escolar, alimentos ricos en macro y micronutrientes, alimentación sana en la refacción escolar, adecuado almacenamiento y conservación de los alimentos de la refacción escolar, necesidades de alimentación de los niños escolares y optimización de los recursos y selección de alimentos de la refacción escolar.

En este informe, se otorgó también información sobre el personal contratado para la ejecución de esta estrategia. El detalle se puede observar en el cuadro siguiente.

Cuadro 9 Personal contratado para la ESAN y GE

⁵⁶ Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA). La alimentación saludable como política de Estado. Publicaciones Nutrición y Vida. Chile, 2014. <http://nutricionyvida.cl/la-alimentacion-saludable-como-politica-de-estado/> consultado en 25.9.2015

⁵⁷ Rivera-Dommarco, Juan et.al. Obesidad en México. Academia Nacional de Medicina. México, 2012.

⁵⁸ Matsudo Sandra, et al. Physical activity promotion: experiences and evaluation of the Agita São Paulo Program using the ecological mobile model. Journal of Physical Activity Health 2004.1:81–97.

⁵⁹ Ministerio de Educación. Informe circunstanciado (no. DIAJ-469-2015 SIAD:343881) con fecha 20.08.2015

	2012	2013	2014	2015
Formadores comunitarios en SAN	158	157	151	144
Acompañantes en SAN	16	16	15	15
Coordinadores regionales	0	0	5	5
Monitores en SAN	0	2	0	0
TOTAL	174	176	171	164

SAN= Seguridad Alimentaria y Nutricional

Fuente: Informe circunstanciado remitido por MINEDUC (Oficio DIAJ-469-2015)

De este personal, en 2014, dos de los 171 trabajadores eran profesionales en nutrición, una persona laboró como formador comunitario y otra como acompañante en SAN. En 2015, se contrataron cuatro profesionales de la salud, tres nutricionistas y un enfermero profesional; una vez más, solamente una de estas personas laboró como acompañante en SAN y los demás como formadores.

En cuanto al alcance en cobertura, el MINEDUC reportó que en el programa MESAN participaron 88,770 personas de nueve departamentos de Guatemala en 2012-2013 y en 2014-2015, 80,125, menor cantidad, pero con mayor número de departamentos y municipios representados, priorizando según el PPH0.

Las participantes de estos eventos fueron madres jefas de hogar. El siguiente cuadro detalla la cantidad de asistentes, según departamento e indicando cuántos municipios se atendieron en cada departamento. Los municipios en donde el programa tiene cobertura son aquellos priorizados por el PPH0.

Cuadro 10
Participantes en MESAN, por período, por departamento

	2012-2013		2014-2015	
	Cantidad de participantes	Cantidad de municipios cubiertos	Cantidad de participantes	Cantidad de municipios cubiertos
Alta Verapaz	8,194	5	16,800	9
Baja Verapaz	1,382	1	3,000	2
Chimaltenango	1,736	3	5,000	4
Chiquimula	6,653	3	5,100	4
Guatemala	-	-	2,500	1
Huehuetenango	16,478	20	13,100	13
Izabal	-	-	500	1
Jalapa	-	-	3,500	2
Jutiapa	-	-	500	1
Quetzaltenango	764	1	5,630	10
Quiché	28,485	13*	7,800	5
Sacatepéquez	-	-	520	3
San Marcos	18,114	9	7,350	10
Sololá	3,088	8	2,675	8
Suchitepéquez	-	-	2,400	3
Totonicapán	3,876	4	3,250	4
Zacapa	-	-	500	1
TOTAL	88,770	67	80,125	81

Es de hacer notar que en el período de 2014-2015 en Huehuetenango y Quiché disminuyó la cantidad de municipios cubiertos y personas atendidas por este programa. Estos departamentos se caracterizan por tener una mayor cantidad de población en condición de vulnerabilidad y no debieran ser descubiertos en un ningún programa de atención que busque el respetar y facilitar el derecho a la alimentación adecuada.

Por su parte, el MSPAS mediante el Departamento de Capacitación, reportó que de 2012 al 2015 se impartieron un total de 202 capacitaciones al personal relacionadas a temática de Seguridad Alimentaria Nutricional. En estas capacitaciones participaron un total de 5723 trabajadores⁶⁰. Debido a que este dato se presentó como cifra y no como proporción, no se puede ponderar el impacto que representa la capacitación de estos cinco mil trabajadores, en relación con la totalidad del personal.

Si solamente en el programa de atención primaria en salud, había para agosto de 2015, 11,073 personas contratadas⁶¹ como recurso humano, casi el doble de los trabajadores capacitados, se puede inferir la baja cobertura que se tenido en el área de capacitación al personal.

Entre la información recibida se indica que solamente 17 de las 29 Direcciones de Áreas de Salud – DAS- reportaron haber capacitado a personal en temas relacionados a alimentación y nutrición (58.6% de las áreas de salud). De las 17 DAS, 11 dan cobertura a municipios priorizados. Un total de ocho departamentos no reportaron capacitaciones, entre ellos Sololá, Quetzaltenango, Suchitepéquez, Sacatepéquez y Chimaltenango, quienes cubren áreas con municipios priorizados.

Parte de la información recibida, incluía los temas abordados en estas capacitaciones que muestran dispersión. En algunas sesiones se abordan temas específicos como *“Desnutrición crónica y aguda”* y en otros eventos se reportan temas diversos como *“Detección de casos de desnutrición comunitaria, dengue, técnicas de terapias, cinkungunya”*.

De 110 temas de capacitaciones reportados 41 (37.3%) fueron relacionados a la desnutrición crónica y aguda y enfermedades asociadas a deficiencias; 21 (19.1%) sobre lactancia materna; 20 (18.9%) relacionadas a agua, saneamiento, enfermedades diarreicas y enfermedades transmitidas por los alimentos; 18 (16.4%) trataban o incluían temática del PPH0 y la Ventana de los Mil días –la cual, se entiende que a su vez podría incluir información de desnutrición, lactancia materna y los temas relacionados-; 5 (4.5%) capacitaciones de SAN, el resto se dividía en temas varios. Solamente en una de las 110 capacitaciones se abordó el tema de Derechos Humanos y Nutrición.

En la información brindada por el MSPAS en relación a las capacitaciones, no se obtuvo datos sobre las personas capacitadas por el Programa de Seguridad Alimentaria –PROSAN-, habida cuenta que en última instancia son ellos la población a la que se debe el Ministerio y el Estado.

⁶⁰ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Informe circunstanciado (Oficio SIAD 43023) de fecha 17.08.2015.

⁶¹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS). Oficio Sin Número de Dra. Alma Zoemia Chew. Consolidado de Estrategia de Fortalecimiento y Desarrollo en el Primer Nivel de Atención en Salud. Archivo digital.

Pilar 4 - Aprovechamiento biológico de alimentos

Vigilancia en control del agua por áreas de salud

Según una investigación realizada por Global Water Partnership, el uso de los caudales en Guatemala está dividido en un 77% utilizado para la agricultura, 16% para el consumo humano y el 7% restante utilizado por la industria y otros sectores⁶². La mayor parte del manejo del agua está asociado con productos agrícolas de exportación por el riego y el procesamiento industrial⁶³.

El porcentaje del uso del agua, referente a la utilización para la agricultura es de particular interés por ser mayoritario, pero también, como se mencionó anteriormente, por estar la agricultura de exportación (monocultivos) relacionada a violaciones de derechos económicos, socioambientales y culturales. El caso emblemático de este año fue la contaminación del Río La Pasión (350 kilómetros de corrientes de aguas) por una empresa de palma aceitera que provocó la muerte de miles de peces y con el hecho violó el derecho al acceso al agua, la salud y la alimentación de pobladores del Petén.

El caso se presentó a mediados de este año con la empresa Reforestadora de Palmas del Petén, S.A. –REPSA–, cuando luego de que fuertes lluvias provocaran el derrame de una de sus lagunas de oxidación en el río La Pasión, Sayaché, Petén. Como consecuencia de este desastre ecológico, 13 comunidades de dicho municipio y más de 388 familias, fueron afectadas. Posterior a ese incidente, el Consejo Nacional de Áreas Protegidas –CONAP– realizó un monitoreo de fauna y flora acuática y la limpieza de 35 kilómetros lineales de río, encontrando 23 especies de fauna silvestre muertas, de las cuales 5 especies están el Listado de especies Amenazadas de Flora y Fauna de Guatemala⁶⁴.

Debido a que las poblaciones cercanas al río obtienen la mayor parte de sus ingresos de la pesca y se alimentan como producto de la misma, este incidente afectó tanto en la disponibilidad, el acceso, el consumo y el aprovechamiento biológico de los alimentos. Luego del incidente, los comunitarios empezaron a reportar casos principalmente de náuseas, vómitos, enfermedades digestivas, alergias en la piel y visión borrosa. El uso del vital recurso fue suprimido tanto para el consumo, como para la higiene personal de manera temporal, lo cual puede provocar diversas enfermedades diarreicas⁶⁵.

La respuesta del MARN, MAGA, MSPAS, SESAN, la Coordinadora Nacional para la Reducción de Desastres –CONRED– y el Ministerio Público fue lenta ante la dimensión del problema.

En referencia al 16% de agua utilizado para el consumo humano, durante la primera reunión del Gabinete del Agua, realizada por el gobierno y celebrada el 17 de marzo de 2014, el entonces Ministro de Salud declaró que el “...75 por ciento del país cuenta con agua entubada, de ese porcentaje solo el 33 por ciento tiene algún tipo de cloración, en tanto que el 67 por ciento restante la consume sin ser potable...”⁶⁶ Según los registros de Sistemas de Aguas Vigilados a nivel Nacional en ese mismo año, para la semana epidemiológica 28 (mediados de julio) de los 16,695 sistemas de

⁶² Global Water Partnership. Situación de los recursos Hídricos en Centroamérica, hacia una Gestión Integrada. Abril 2011. Pág. 121.

⁶³ Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales (MARN). Informe Ambiental del Estado de Guatemala GEO Guatemala 2009. Pág. 90.

⁶⁴ PDH/Defensoría de Medio Ambiente. Informe de la comisión realizada en Sayaxché, Petén por la mortandad de peces en el Río La Pasión. Pág.6-13

⁶⁵ Ídem

⁶⁶ Siglo XXI/Alvaro Alay.17.3.2014. El 67% del agua entubada no es clorada. En <http://www.s21.com.gt/nacionales/2014/03/18/67-agua-entubada-no-clorada>, consultado el 14.9.2015.

agua vigilados, solamente el 61.03% contaban con niveles adecuados de cloro residual y el 27.5% presentaron contaminación bacteriológica⁶⁷.

Los mismos registros señalan que en 2015 se cuenta con un total de 1,506 sistemas de agua urbanos, de los cuales 1,496 (99.20%) están registrados en el Sistema de Información de Vigilancia del Agua –SIVIAGUA-. Y de los 8,301 sistemas rurales se cuenta con 5,117 (61.64%) sistemas registrados en el SIVIAGUA. Dicho resultado se ha logrado a través de las intervenciones del Plan Nacional de Agua y Saneamiento 2015, impulsado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dentro del cual se han reflejado las acciones de las 29 Área de Salud a nivel nacional.

Estos sistemas de agua son vigilados con un equipo de desinfección para medir cloro residual⁶⁸ en muestras de agua. El SIVIAGUA reporta que actualmente 1,156 (76.75 % del total de sistemas urbanos) cuentan con equipo de desinfección. En el área rural de 8,301 sistemas de abastecimiento únicamente 1,360 (16.38%) sistemas cuentan con equipo de desinfección a nivel nacional. Esta brecha coloca a las poblaciones de área rural en una condición de desigualdad que debe ser reparada, en especial al priorizar poblaciones vulnerables.

La vigilancia del parámetro “Cloro Residual Libre” es realizada por el personal técnico Inspector de Saneamiento Ambiental, Técnicos en Salud Rural, Técnicos y Auxiliares en Agua, los cuales se localizan en los diferentes servicios de salud a nivel nacional. Sin embargo, en el primer nivel de atención, se atienden ocho programas prioritarios, entre los cuales uno de ellos es el referente a “agua y saneamiento ambiental”⁶⁹.

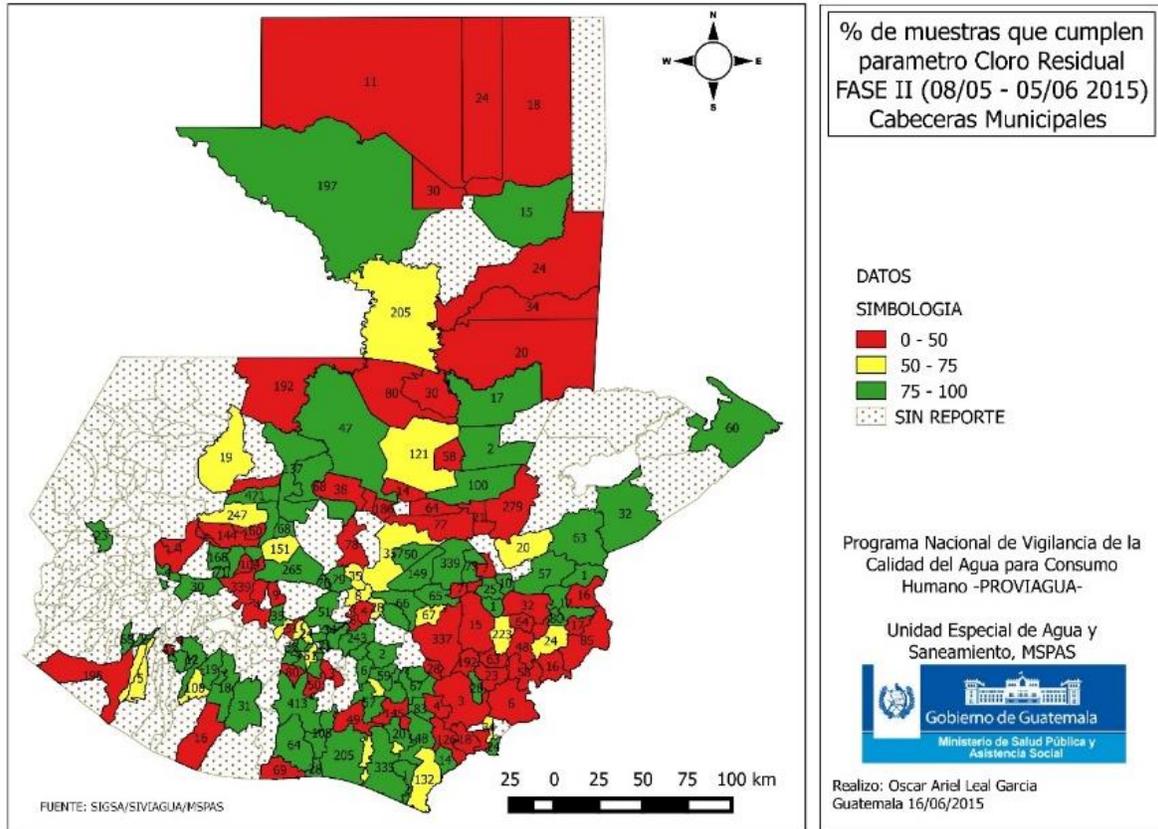
Según el Informe de la Unidad Especial de Ejecución Administrativa para el Control de Agua Potable y Saneamiento, incluido en el Informe Circunstanciado del MSPAS, para mayo de este año, solamente el 14% de las Direcciones de Área de Salud reportaron cumplir con la vigilancia de cloro residual tal como lo muestra la figura 1. El informe no reporta a que se debe de esta situación y si las cifras se deben a que se necesita aumentar el personal de primer nivel o mejorar sus condiciones de trabajo (ver sección 2, *La ventana de los mil días y la crisis del primer nivel de atención en salud*).

Figura 1
Porcentaje de muestras de agua que cumplen con el parámetro de cloro residual libre
De enero a junio del 2015

⁶⁷ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Informe circunstanciado (Oficio SIAD 43023) de fecha 17.08.2015.

⁶⁸ Cloro residual: En el caso del parámetro de calidad “Cloro residual libre”, el agua será considerada apta para consumo humano cuando la concentración se encuentre entre cero punto cinco miligramos por litro (0.5 mg/L). en situaciones de emergencia, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social podrá modificar la consideración anterior; con base en las consideraciones técnicas y las particularidades de cada situación, en función de garantizar la prevención y control de las enfermedades transmitidas a través del agua.

⁶⁹ PDH/Dirección de Investigación en Derechos Humanos. Supervisión al primer nivel de atención en salud. Agosto 2015.



FUENTE: MSPAS. Unidad Especial de Agua y Saneamiento. Informe circunstanciado a PDH (SIAD 43023).

El reporte remitido por MSPAS indica también que en el 49 % de las muestras tomadas en sistemas de abastecimiento de agua para el consumo humano de cabeceras municipales, estaban contaminadas con Coliformes totales y *Escherichia coli* según el análisis bacteriológico, como se puede ver en el cuadro siguiente.

Cuadro 11
Vigilancia bacteriológica en sistemas de abastecimiento de agua para el consumo humano de cabeceras municipales

Dirección de Área de Salud	No. Muestras reportadas	Muestras que cumplen	Contaminadas	% Muestras contaminadas
Alta Verapaz	26	19	7	26.92
Baja Verapaz				
Chimaltenango	2	2	0	0.00
Chiquimula				
El Progreso				
Escuintla				
Guatemala central	14	14	0	0.00
Guatemala noroccidente				
Guatemala nororiente	2	0	0	100.00
Guatemala sur				
Huehuetenango				

Dirección de Área de Salud	No. Muestras reportadas	Muestras que cumplen	Contaminadas	% Muestras contaminadas
Quiché	274	147	127	46.35
Ixcán	62	46	16	25.81
Ixil	59	26	33	55.93
Izabal	2	0	2	100.00
Jalapa	221	60	161	72.85
Jutiapa	6	3	3	50.00
Petén Norte				
Petén suroccidental	30	4	26	86.67
Petén suroriental				
Quetzaltenango	75	66	9	12.00
Retalhuleu	2	0	2	100.00
Sacatepéquez	27	27	0	0.00
San Marcos				
Santa Rosa				
Sololá				
Suchitepéquez				
Totonicapán	2	2	0	0.00
Zacapa	21	1	20	95.24
TOTAL	825	417	408	

FUENTE: MSPAS. Unidad Especial de Agua y Saneamiento. Informe circunstanciado a PDH (SIAD 43023).

Las áreas de mayor contaminación reportan conteo bacteriológico en el 100% de las muestras, tal es el caso de las áreas de salud de Guatemala nororiente, Izabal y Retalhuleu. Le siguen Zacapa, Petén suroccidental y Jalapa con más del 70 % de las muestras contaminadas. Fueron 13 las áreas de salud que no reportaron análisis bacteriológico de agua.

Los recursos hídricos guatemaltecos se encuentran contaminados en un 97%. De los 223 centros urbanos de más de dos mil habitantes con sistemas de drenajes, solo 24 aplican alguna clase de tratamiento a sus aguas residuales, el resto la descarga directamente a los ríos. La contaminación también se genera por contacto del agua con el suelo erosionado y los minerales y metales que en él existan y las aguas residuales de origen agrícola están contaminadas por herbicidas y fertilizantes que llegan a los cuerpos de agua por escorrentía⁷⁰.

Ante la situación, es evidente la debilidad de las municipalidades para el tratamiento y purificación de los sistemas locales y como consecuencia éstas vuelven a las viviendas con niveles de contaminación que pueden producir infecciones del aparato digestivo, fiebre tifoidea, paratifoidea, disentería bacilar y amebiana, así como el cólera.

En relación con lo anterior, se presentan las salas situacionales de Enfermedades Diarreicas Agudas –EDAs- y Enfermedades Transmitidas por alimentos –ETAs-, para observar una relación entre la carencia de agua potable y la incidencia de las mismas.

Cuadro 12

⁷⁰ PDH/ Dirección de Investigación en Derechos Humanos. 2014. Nota conceptual: El acceso al agua potable como derecho humano en Guatemala.

**Tasa de morbilidad por 10,000 casos de EDAs y ETAs en el 2012 al 2014,
Nivel nacional y por departamento**

Departamento	EDAs			ETAs		
	2012	2013	2014	2013	2014	2014
Alta Verapaz	219.1	383.6	301.7	382.07	68.50	366.81
Baja Verapaz	335.6	352.1	366.8	596.65	99.32	603.80
Chimaltenango	216.9	332.7	322.9	284.99	65.79	346.42
Chiquimula	495.5	611.7	504.5	581.45	131.91	556.79
El Progreso	320.7	529.4	499.4	592.08	150.97	571.82
Escuintla	413.9	445.8	452.5	559.48	141.77	561.95
Guatemala	138.1	204.8	206.1	251.09	48.97	251.83
Huehuetenango	350.1	442.3	302.9	575.41	145.16	502.25
Izabal	302.0	317.3	299.7	397.79	60.66	321.57
Jalapa	468.9	387.7	380.8	473.18	81.88	443.48
Jutiapa	302.5	493.5	417.5	480.03	98.02	513.23
Petén	319.8	365.2	433.0	439.09	75.52	560.10
Quetzaltenango	253.8	286.0	244.6	377.82	81.68	405.13
Quiché	547.9	665.1	625.2	695.31	125.75	712.83
Retalhuleu	165.5	304.6	390.3	259.83	109.23	563.34
Sacatepéquez	211.8	319.7	342.2	388.64	91.47	407.27
San Marcos	457.1	472.5	463.6	462.48	119.43	549.43
Santa Rosa	321.6	464.0	509.7	546.68	116.27	625.73
Sololá	319.6	401.1	310.7	314.29	112.35	419.11
Suchitepéquez	170.3	280.9	247.2	320.38	81.45	386.77
Totonicapán	232.0	332.8	279.9	306.39	85.11	449.56
Zacapa	456.1	537.6	509.2	605.35	99.73	585.90
República	292.30	374.54	347.12	91.25	347.12	443.34

FUENTE: Elaboración propia con datos de SIGSA e INE

En este cuadro se destacan las cinco tasas más altas presentada desde el 2012 al 2014. Del año 2015 no se obtuvo una tasa ya que, como aún no finaliza el año, es metodológicamente incorrecto calcularlo.

Los departamentos de Chiquimula, El Progreso, Quiché y Zacapa, permanecieron entre los primeros cinco lugares repetidamente todos los años. De estos departamentos es notable que tanto en Chiquimula como en El Progreso, no se reporta ningún análisis bacteriológico (cuadro 11), Zacapa reportó el 100% de las muestras contaminadas y Quiché, el 46%.

En este sentido, se debe recordar que el 28 de julio de 2010, a través de la Resolución 64/292, la Asamblea General de las Naciones Unidas reconoció explícitamente el derecho humano al agua y al saneamiento, reafirmando que un agua potable limpia y el saneamiento son esenciales para la realización de todos los derechos humanos⁷¹.

⁷¹ Naciones Unidas. Decenio Internacional para la acción "El agua fuente de vida 2005-2015". 07.02.2014. http://www.un.org/spanish/waterforlifedecade/human_right_to_water.shtml, consultado 20.08.2015.

Contaminación de maíz por aflatoxinas

Estimaciones realizadas en el 2010, calculaban que en el mundo, alrededor de 5 mil millones de personas a nivel global se encuentran en riesgo de exposición crónica a aflatoxinas por el consumo de alimentos contaminados⁷². El maíz es uno de los cultivos más susceptibles a la contaminación por esta toxina, la cual es producida por los hongos *Aspergillus flavus* y *Aspergillus parasiticus*⁷³.

En países en desarrollo el impacto de dicha toxina recae directamente sobre la salud de los más pobres, cuya población tiene como principal alimento el maíz cultivado localmente. En Guatemala cada persona consume aproximadamente 242 libras al año. El maíz, es cultivado en aproximadamente un millón de manzanas y su producción contribuye a garantizar la seguridad alimentaria y nutricional del país⁷⁴.

Aunque la contaminación del maíz y otras especies por esta toxina no es un descubrimiento científico reciente (existen artículos que datan desde la década de los noventa), el año pasado la SESAN colocó el tema en agenda pública con su documento “Cuellos de botella, barreras relacionadas a la reducción de la desnutrición crónica”, en el que se da por primera vez en la historia de Guatemala la importancia al tema que este merece.

La desnutrición crónica es un fenómeno multicausal y entre sus determinantes clásicos se incluyen la pobreza, la interacción entre dietas deficientes en cantidad o calidad y las infecciones repetidas, a lo que se suma la contaminación por aflatoxinas⁷⁵. En África y Asia, en donde el retardo en talla y bajo peso también es común, se ha reportado a una variedad de factores (diarrea, estado socioeconómico y nutrición por debajo de lo óptimo) que interactúan con la intoxicación crónica por aflatoxinas.

El consumo prolongado de aflatoxinas causa mala absorción de varios nutrientes por el daño al epitelio intestinal que provocan. Las consecuencias son una disminución en la superficie de absorción del intestino y una elevación en los marcadores de inflamación, lo que conduce a deficiencias nutricionales, deterioro de la función inmune, la desnutrición y retraso del crecimiento, por mencionar solamente las consecuencias a nivel nutricional.

Los niños en los países en desarrollo parecen estar expuestos de forma natural a las aflatoxinas a través de su dieta, e incluso los lactantes, pues las toxinas se transfieren de la madre al bebé en la leche materna, afectando a los recién nacidos, causándoles bajo peso, ictericia y poca viabilidad, también ello explica los casos de lactantes con kwashiorkor.

Otra de las afectaciones que se han asociado con las aflatoxinas es el padecimiento de cáncer hepático. En Guatemala, muchos habitantes de escasos recursos y del área rural no sólo están desnutridos sino crónicamente expuestos a niveles elevados de aflatoxinas. Según la revista *The Lancet*, Guatemala tiene una de las cifras más altas de Latinoamérica en población que padece

⁷² Torres, Olga. 2013. Determinación, caracterización y evaluación de aflatoxinas que influyen en el retardo en talla para la edad en niños de Guatemala. CONCYT-FONACYT. Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología. Pág. 20.

⁷³ Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN). Aflatoxinas y fumonisinas: una amenaza para la seguridad alimentaria y la salud. En: <http://www.sesan.gob.gt/index.php/noticias/region-central/item/1309-aflatoxinas-y-fumonisin-as-una-amenaza-para-la-seguridad-alimentaria-y-la-salud>, consultado 20.08.2015

⁷⁴ Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación (MAGA). MAGA conmemora día del maíz en acto cívico. 04.08.2015. En: <http://web.maga.gob.gt/blog/maga-conmemora-dia-del-maiz-en-acto-civico/>, consultado 20.08.2015.

⁷⁵ SEGEPLAN. SESAN. MSPAS. MIDES. Octubre 2012. “Cuellos de Botella” Barreras relacionados a la reducción de la desnutrición crónica. Informe Final de la Línea de Base realizada en los primeros ocho municipios priorizados por el Plan Hambre Cero.

cirrosis y cánceres hepáticos sin tener factores de riesgo, y la razón podría ser el alto consumo de maíz contaminado; todo lo anterior implica un alto costo para salud pública⁷⁶.

Un estudio realizado en Guatemala que asoció las aflatoxinas con retardo en talla, indagó sobre el consumo promedio de esta toxina en niños menores de dos años y mujeres de ocho municipios con altas prevalencias de desnutrición crónica (San Juan Atitán, Santiago Chimaltenango, San Rafael la Independencia, San Miguel Acatán y San Mateo Ixtatán en Huehuetenango, Comitancillo y Concepción Tutuapa en San Marcos y Nebaj en Quiché). Se analizaron muestras de maíz de producción local y un estimado del consumo de maíz por persona. Los resultados encontraron que el 70.1% de los hogares visitados consumía maíz con aflatoxinas y en 14% de ellos los niveles exceden el límite aceptado (20ppb).

Dicho estudio también analizó muestras de mercados locales y se encontró que en Petén un 90% de las muestras tenían más de 20ppm de aflatoxinas; en Suchitepéquez y Quiché, un 80% de las muestras; y en Izabal, 65%⁷⁷.

Estas cifras son importantes debido a que, según datos del MAGA, Petén, Quiché e Izabal representan el 30% de la producción nacional de maíz, de tal forma que la contaminación en el grano puede afectar a varias regiones del país⁷⁸.

Pese a la grave problemática, una investigación clínica comprobó que los niños con kwashiorkor y kwashiorkor marasmático que fueron alimentados con una dieta libre de aflatoxinas, la eliminaron lentamente de su organismo⁷⁹.

Debido a ello es fundamental que los métodos agrícolas mejoren para eliminar las aflatoxinas del maíz y que la población pueda también eliminar la toxina de su cuerpo y erradicar las posibles consecuencias a su salud.

El 2014, cuando la SESAN socializó el informe “Cuellos de botella”, aseguró que daría seguimiento a una propuesta de estrategia nacional. En relación a ello, el MAGA indicó que estaría por empezar un plan para mejorar la calidad del maíz y se destinarían Q 16.5 millones en capacitación a productores para que sequen los granos a no menos de 14 grados, para evitar la aparición del hongo, y que también se compraría maíz al que se haría el proceso de secado, limpieza y desinfección para almacenarlo con estándares de calidad.

Tomando en cuenta lo anterior, la PDH solicitó al MAGA que diera reporte sobre las plagas que afectan al maíz detallado por departamento, a lo cual la institución respondió que no han realizado ninguna investigación en este tema. De esta cuenta se cuestiona cómo asegurar el impacto de estos esfuerzos si no se tiene datos *a priori*, ni un seguimiento cuantificable de lo que se ha logrado o no con las acciones emprendidas.

⁷⁶ Prensa Libre. *Toxina en maíz afecta niñez*. Nota online 28/02/2014. http://www.prensalibre.com/noticias/comunitario/Toxina-maiz-afecta-ninez_0_1093090719.html

⁷⁷ Torres, Olga. 2013. Determinación, caracterización y evaluación de aflatoxinas que influyen en el retardo en talla para la edad en niños de Guatemala. CONCYT-FONACYT. Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología. Pág. 64-69.

⁷⁸ Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación (MAGA). El agro en cifras 2014. Pág. 20.

⁷⁹ Peraica, M. et.al, 1999. *Toxic effects of mycotoxins in humans*. Boletín de la Organización Mundial de la Salud.

La economía guatemalteca depende en gran medida de la producción agrícola y que el maíz es, no solamente un alimento, sino la base de la alimentación y patrimonio cultural intangible de la nación según el Decreto 13-2014.

En este decreto se responsabiliza al MAGA, Instituto de Ciencia y Tecnología Agrícola -ICTA-, el Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales -MARN- y el Ministerio de Cultura y Deportes para dictar las medidas legales que velen porque *“se proteja, se conserve y salvaguarde la riqueza y diversidad del germoplasma de las variedades y materiales del maíz nativo, autóctono o domesticado en las diferentes regiones del país; así como fomentar la promoción, protección, investigación, y elaboración de documentación para la propagación, difusión y conservación de ese legado fitogenético como Patrimonio Cultural Intangible de nuestro País, así como sus diferentes usos, tradiciones y sabores relacionados con el maíz”*⁸⁰.

III. A TRES AÑOS DEL PACTO HAMBRE CERO

Desnutrición como problemática nacional y la respuesta histórica del Estado

Desde 1974 el Estado ha realizado esfuerzos para tratar el problema de la desnutrición. En un inicio se elaboraron planes de alimentación y nutrición, bajo instancias coordinadoras que carecían de desarrollo metodológico y varias con acciones adjudicadas al sector salud, pues la problemática no era vista bajo un enfoque multisectorial ⁸¹.

En el transcurso del tiempo la perspectiva fue, agregando a más sectores de gobierno y creando políticas, estrategias conjuntas, leyes, programas e intervenciones dirigidas a combatir el problema de la inseguridad alimentaria⁸².

La siguiente gráfica brinda una cronología de los principales eventos y acciones en torno a la SAN y el combate a la desnutrición. Es de resaltar que en 1974 los titulares en medios de comunicación, el 50 % de la población sufría desnutrición crónica; luego de 35 años este porcentaje difería solamente en 4.4 puntos porcentuales.

Figura 2 **Historia hemerográfica y principales acciones del Estado** **en el tema de desnutrición e inseguridad alimentaria nutricional**

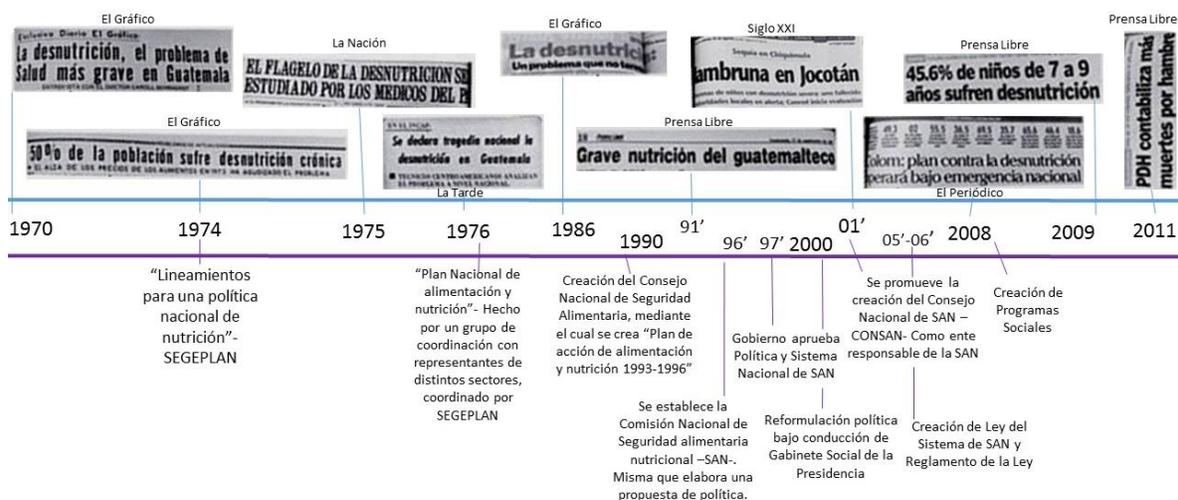
⁸⁰ Para más información revisar:

Bbosa, Godfrey et.al. Review of the Biological and Health Effects of Aflatoxins on Body Organs and Body Systems. InTech. En: <http://dx.doi.org/10.5772/51201>, consultado 20.08.2015.

Santos, Oscar. Importancia y Efectos de la Aflatoxina en los Seres Humanos. Universidad Autónoma de Bucaramanga. S.F. En: <http://www.bvsde.paho.org/bvstox/e/fulltext/aflatoxi/aflatoxi.pdf>, consultado 20.08.2015.

⁸¹ Universidad San Carlos de Guatemala (USAC). Instituto de Problemas Nacionales (IPNUSAC). Nacer y morir en país del hambre. En referencia a El Periódico de fecha 11.08.2013. En: <http://ipn.usac.edu.gt/2013/08/nacer-y-morir-en-el-pais-del-hambre/>, consultado el 18.09.2015.

⁸² Gobierno de Guatemala. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Pág. 12-13.



FUENTE: Elaboración propia con información de El Periódico y POLSAN

La ENSMI reportó que la desnutrición crónica disminuyó de 2002 al periodo 2008/2009, siendo mayor esta disminución en la población indígena (de 74.8% a 65.9%) que en la no indígena (40.9% a 36.2%). Este ritmo en el descenso, implica la disminución de 1 punto porcentual anual; así, tomaría más de cuatro décadas la erradicación de la desnutrición crónica en Guatemala⁸³.

Pese a que el actual gobierno demostró cierta voluntad política en el combate a la desnutrición y la inseguridad alimentaria con el lanzamiento del PPH0 en 2012, la ejecución de las acciones integradas en el mismo estuvo muy lejos de ser considerada óptima. Esta sección hace énfasis en estas limitaciones, con la intención de que se superen para que los principales enfermedades carenciales, desnutrición crónica, aguda y anemia sean afrontados.

El aumento o permanencia de casos de desnutrición, sea crónica o aguda, vulnera no solamente los derechos a la vida, salud y alimentación, sino que también inciden indirectamente en las capacidades para la educación, un futuro trabajo digno y desarrollo completo del potencial de los habitantes de Guatemala.

Desnutrición crónica

La desnutrición crónica, conocida también como "achicamiento", se define como el retardo de la estatura (o talla) para la edad y es asociada normalmente a situaciones de pobreza y condiciones ambientales adversas.

El indicador del estado nutricional utilizado para determinar desnutrición crónica (talla/edad), se calcula a partir de la medición de la talla del niño/niña, para luego usar este dato y dividirlo dentro de la talla óptima que debería a su edad (especificada en años y meses), estándar provisto por la Organización Mundial de la Salud –OMS-).

⁸³ Martorell, R. 2012. Intervenciones y opciones de políticas para combatir la desnutrición en Guatemala. Banco Interamericano de Desarrollo –BID-. División de protección social y salud. Pág.vii-viii

En un estudio del 2012 que analiza intervenciones y opciones de políticas para combatir la desnutrición en Guatemala, se describe que la desnutrición crónica es el problema más importante en el país, pues prácticamente la mitad de los niños y niñas la padecen. Esta condición tiene consecuencias graves a corto, mediano y a largo plazo. A corto plazo, existe una menor resistencia a las infecciones y un mayor riesgo de mortalidad. A mediano y largo plazo, se enfrenta una formación deficiente del capital humano, menores ingresos y un mayor riesgo de enfermedades crónicas⁸⁴.

Así mismo en dicho estudio, utilizando el marco de referencia de UNICEF también se describen las causas; Las causas inmediatas (aquellas relacionadas al individuo) incluyen las prácticas extremadamente pobres de lactancia y de alimentación complementaria, dietas monótonas ricas en carbohidratos y pobres en proteínas y micronutrientes, además de altas tasas de diarrea y enfermedades respiratorias; las causas subyacentes (relacionadas al ambiente familiar), incluyen la inseguridad alimentaria, el cuidado inadecuado de la madre y el niño y la falta de agua y saneamiento así como de servicios de salud de buena calidad; y las causas básicas (vinculadas al entorno social-económico-político), incluyen la pobreza, el bajo nivel de educación y la marginación, estas son más evidentes hacia los pueblos indígenas, tanto en la falta de servicios como de oportunidades para mejorar las condiciones de vida.

Existen dos tipos de estudio para determinar la prevalencia de la desnutrición crónica en Guatemala: el censo en talla en escolares y la ENSMI. Estos han sido de utilidad para determinar la magnitud del problema y por ende, el establecimiento de metas nacionales, objetivos y establecer poblaciones vulnerables para las intervenciones en SAN. Las cifras de desnutrición de estos estudios se presentan en el cuadro a continuación.

Cuadro 13
Prevalencias de desnutrición en Censo de talla en escolares y ENSMI

	III Censo de talla en escolares (2008/2009)	V ENSMI (2008/2009)
Resultados	45.6 % de los niños de primer grado (entre 6-9 años) presentaron DNC 32.9 % DNC moderada 12.7 % DNC severa	De los niños/as de 0-59 meses: 49.8 % presentó DNC 1.4 % presentó DNA

*DNC= Desnutrición crónica; DNA: Desnutrición aguda

Sin embargo, por ser estudios diferentes, tienen en consecuencia metodologías y resultados diferentes, sujetos a sus propias interpretaciones y aplicaciones en la salud pública las cuales deben tomarse en consideración. En el Anexo I se presenta un cuadro comparativo de las características de ambos estudios.

El argumento anterior se hace importante en la actual coyuntura; porque los resultados del IV Censo en talla -el cual brindará información para la focalización de intervenciones y programas, en tanto que la VI ENSMI servirá para determinar en qué grado la prevalencia de desnutrición crónica ha disminuido (si este fuera el caso) con referencia al 2008.

⁸⁴ Idem

Cabe mencionar que el PPHO establecía como su objetivo 1 “Disminuir en 10% la prevalencia de desnutrición crónica”, resultado que no se podría atribuir por completo a las acciones del PPHO, ya que hay otros actores que tienen un papel en la disminución de la desnutrición crónica.

La SESAN está realizando una evaluación de impacto del Programa en los 166 municipios priorizados, para conocer en qué medida este programa contribuyó a la disminución de la desnutrición crónica en esos municipios, cabe mencionar que en Guatemala es primera vez que se valora un programa nacional con este tipo de evaluación.

Estado actual de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil –ENSMI-

Al incluir el tema de la medición de prevalencias de desnutrición, no puede dejarse a un lado una de las herramientas más valiosas en salud pública que tiene el país, la ENSMI. Esta encuesta demográfica en salud, brinda datos aproximadamente cada cinco años sobre salud materno infantil y se encuentra próxima a revelar nuevos resultados.

El personal asignado para el trabajo de campo de la ENSMI salió a la recolección de datos el 15 de octubre de 2014 y concluyó el proceso el 10 de julio del presente año. La recolección se realizó a nivel de hogar en los 22 departamentos de Guatemala⁸⁵.

El informe circunstanciado entregado por MSPAS e INE, en el marco de la preparación de este informe del PDH, indica que en agosto de 2015 se habría concluido la edición y digitación de los cuestionarios y realizado la limpieza y codificación de datos, en septiembre u octubre se contaría con un informe preliminar, para tener un informe final en abril de 2016.

El Décimo Informe de Avances de la VI ENSMI, reporta que de las principales dificultades en campo destacan las ausencias o rechazos para responder la encuesta en la Ciudad de Guatemala, producto de la inseguridad y el complicado acceso a ciertas áreas rojas en donde se requería el pago de cuotas para ingresar (extorsiones).

La V ENSMI tuvo un enfoque primario en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, colocando en segundo plano el estado nutricional. Sin embargo, a lo largo de este informe del Procurador se ha recordado la relevancia estratégica que las acciones tienen para la defensa del derecho a la alimentación y a la Seguridad Alimentaria Nutricional.

Las 10 acciones contra el hambre crónica del PHO – Ventana de los 1000 días

En 2008, la revista científica *The Lancet* publicó una serie completa dedicada al tema de desnutrición, fundamentado con evidencia contundente, la importancia de la nutrición adecuada en los primeros 1000 días de vida, los cuales comprenden desde la gestación hasta el segundo año de vida.

A su vez, presentó una serie de intervenciones enfocadas en aprovechar la “ventana de oportunidad” (los mil días). Además, pretendiendo brindar un marco conceptual para tomadores

⁸⁵ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) – Unidad de Planificación Estratégica e Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Décimo Informe de Avances. VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015. Agosto 2015. Pág. 3-7.

de decisiones, varios centros de investigación en coordinación con organizaciones internacionales, presentan un conjunto de intervenciones directas en nutrición a través del movimiento *Scaling up Nutrition –SUN-*.

Este movimiento, sugiere aplicar en gran escala (programas nacionales), intervenciones que en pequeña escala mostraron ser altamente costo-efectivas, resalta que los Objetivos de Desarrollo del Milenio no pueden alcanzarse sin una atención urgente en la nutrición⁸⁶. Objetivos, que vale la pena mencionar, deberían haber sido alcanzados en 2015.

Al observar las diez acciones propuestas en el PPHO contra el hambre crónica, se puede notar que en Guatemala se han adaptado y contextualizado estas intervenciones; en el anexo II, se presenta a un cuadro comparativo.

Resultados de estudios en donde se han implementado por completo las intervenciones del SUN han demostrado que hubo disminución de la mortalidad infantil, aumento del nivel de desarrollo físico y cognitivo y mejoras en la salud e ingresos de las poblaciones. Por lo tanto, es de alto interés para la Institución del Procurador de los Derechos Humanos dar seguimiento al cumplimiento de cada una de estas acciones, en el entendido que esta serie de intervenciones son indispensables para lograr el desarrollo humano.

Se debe recordar que el instrumento base de toda política pública es el presupuesto nacional⁸⁷, el cual hasta el momento este no ha reflejado que la nutrición o la salud sean prioridad. En 2012 para el gasto en salud se destinó el 1.06 % del PIB en Guatemala, cuando ese mismo año, otros países centroamericanos como Costa Rica y El Salvador habían destinado 6.78% y 4.04 % del PIB en respectivamente⁸⁸. Para 2014 este dato para Guatemala solo había aumentado en 0.01 puntos porcentuales⁸⁹.

Desnutrición aguda

La desnutrición aguda es un estado patológico derivado de una dieta deficiente en uno o varios nutrientes esenciales o de una mala asimilación de los alimentos. Resulta de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente. Se define con el indicador peso para la talla (P/T)⁹⁰.

El PPHO considera entre sus objetivos el “*prevenir el hambre estacional y reducir la mortalidad en la niñez menor de 5 años, por la desnutrición aguda*”. Sin embargo, no define en qué porcentaje se reduciría la mortalidad y por tanto no es posible determinar en qué medida las acciones contra el hambre estacional han tenido éxito, en el contexto del Pacto.

⁸⁶ Banco Mundial. *Scaling up nutrition: A framework for action*. Septiembre, 2010. Disponible en:

<http://siteresources.worldbank.org/NUTRITION/Resources/281846-1131636806329/PolicyBriefNutrition.pdf>, consultado 24.08.2015.

⁸⁷ Spross, Verónica. Abril 2007. La reforma del sistema de salud en Guatemala. Conferencia en V Seminario La Economía del Bienestar. http://newmedia.ufm.edu.gt/gsm/index.php/La_reforma_del_sistema_de_salud_en_Guatemala, consultado el 20.08.15.

⁸⁸ CEPAL. Inversión/Gasto social en América Latina y el Caribe. En: http://dds.cepal.org/gasto/indicadores/ficha/?indicador_id=29, consultado el 20.08.15.

⁸⁹ PDH/Dirección de Investigación en Derechos Humanos. Unidad de Estadísticas. Elaboración propia con datos de SICOIN. No se tomó en cuenta datos de Seguro Social u otras instituciones que atienden poblaciones específicas.

⁹⁰ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Glosario de términos sobre desnutrición.

http://www.unicef.org/lac/glosario_malnutricion.pdf

Morbilidad por desnutrición en menores de 5 años

Según la ENSMI 2008-2009 la desnutrición aguda tiene baja prevalencia (1.1 %). Sin embargo, todos los departamentos de Guatemala, sin excepción, han presentado casos y es importante dar a conocer que la cantidad de casos en 2015 aumentaron, en relación a la semana epidemiológica 26 (última semana de junio) del año anterior, lo cual no demuestra la realización progresiva del derecho a la alimentación por parte del Estado.

En el anexo III aparece el total de casos de morbilidad por desnutrición aguda en 2014, que refleja cómo ese año descendió el número de casos de desnutrición aguda respecto a 2013. Sin embargo, en las áreas de salud de los departamentos de San Marcos, Quetzaltenango, Guatemala central, Chiquimula, Suchitepéquez, Santa Rosa, Sacatepéquez, Quiché, Retalhuleu y Guatemala noroccidente aumentaron los casos en más de cien. De manera global se observa una mejora en la situación, pero a nivel local en algunas regiones la situación se agravó.

Por su parte, el siguiente anexo IV se compara 2015 y 2014, con los datos obtenidos del primer semestre. Ahí se observa que, comparando la misma semana epidemiológica de ambos años, hay aumento en el número de casos.

Para la semana epidemiológica 26 (del 22 al 28 de junio) del 2015, el número de casos de desnutrición en menores de cinco años había aumentado con respecto a la misma semana el año anterior en 421 casos.

Los departamentos de Escuintla, Quetzaltenango y Guatemala estuvieron entre los cinco primeros lugares de desnutrición aguda tanto en 2014, como para mediados de 2015. Este hecho es destacable debido a que actualmente dos de las cinco acciones contra el hambre estacional están relacionadas con las áreas rurales (fenómeno de la canícula y la agricultura familiar). Sin embargo, ninguna de las acciones considera la situación de las áreas urbanas, algunas de las cuales tienen mayor desigualdad.

La asistencia para áreas urbanas únicamente se ha brindado únicamente a la Ciudad de Guatemala, se cuenta con la entrega de bolsas con asistencia alimentaria, *“para mitigar la pobreza y el riesgo social en áreas urbanas”*, sin tomar en cuenta que otros departamentos, entre ellos Escuintla y Quetzaltenango también se caracterizan por contar con grandes zonas urbanas. Este hecho reitera la necesidad de creación de políticas públicas que continúen en la lucha de la pobreza, así como respalda la importancia de los programas sociales, planificados y ejecutados debidamente.

Sumado a ello, según el reporte de la Dirección General Del Sistema Integral De Atención en Salud –SIAS- la población que reside en estos departamentos, tienen una cobertura menor al 50%, en lo que a atención primaria en salud se refiere. Los datos también revelan que la cantidad de casos aumenta con la edad.

Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años

La reducción de la mortalidad en 1 millón de casos a nivel mundial, representa 30 millones de años de vida salvados según el movimiento SUN. Este tipo de muertes debería tener cero tolerancia en

nuestro sistema de salud y para la sociedad en general. Los siguientes cuadros servirán para obtener un panorama de la situación actual de la mortalidad por desnutrición.

En ellos, se presenta no solamente la mortalidad, sino también la tasa de letalidad⁹¹ de los departamentos, ilustrando que no corre el mismo riesgo el niño(a) que padece desnutrición en Escuintla, como el que se desnutre en el área Ixil. El siguiente cuadro está ordenado iniciando por las áreas de salud que presentaron mayores tasas de letalidad. En negritas se puede observar los cinco departamentos con mayores tasas de mortalidad durante el 2014.

Cuadro 14
Casos de mortalidad y letalidad por desnutrición aguda
para semana epidemiológica 52 del 2014, por área de salud

Área de salud	Mortalidad	Morbilidad	Letalidad
Ixil	5	62	8.06
Izabal	12	295	4.07
Ixcán	3	86	3.49
Huehuetenango	28	899	3.11
San Marcos	23	993	2.32
Alta Verapaz	19	834	2.28
Sololá	3	153	1.96
Chimaltenango	9	513	1.75
Petén suroccidental	6	384	1.56
Quetzaltenango	12	862	1.39
Totonicapán	2	152	1.32
Guatemala sur	4	306	1.31
Petén norte	2	170	1.18
Guatemala noroccidente	6	562	1.07
Jalapa	4	461	0.87
Chiquimula	7	824	0.85
Zacapa	3	417	0.72
Baja Verapaz	2	353	0.57
Escuintla	10	1829	0.55
Santa Rosa	4	750	0.53
Suchitepéquez	4	752	0.53
Retalhuleu	3	568	0.53
Jutiapa	2	540	0.37
Quiché	2	652	0.31
Sacatepéquez	1	661	0.15
Nivel Nacional	181	15,660	1.16

FUENTE: Elaboración propia con datos de la Sala Situacional de Desnutrición Aguda en SIINSAN

⁹¹ **Letalidad:** Proporción de personas que mueren por una enfermedad entre los afectados por la misma en un periodo y área determinados. Es un indicador de la gravedad de una enfermedad.

De la totalidad de los casos de mortalidad reportados en las salas situacionales de desnutrición aguda⁹² para 2014, el 57 % fueron mujeres, 43 % hombres; 65 de los casos, correspondían a niños y niñas que tenían entre 12 y 24 meses de edad; 42, entre 6 y 12 meses de edad y 37 fueron menores de 6 meses, lo que indica, que la proporción de niños menores de dos años que murieron por desnutrición aguda en 2014 fue de 79.2 % y la necesidad imperativa de reforzar las acciones en la promoción de la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria.

El Progreso, Petén sur oriental y Guatemala central y nororiente no presentaron casos de mortalidad durante el 2014.

A continuación se presentan las tasas de mortalidad, morbilidad y letalidad por desnutrición aguda para el primer semestre de 2015. Debido a que los datos se consignan hasta junio, no pueden ser comparadas las tasas con las del año 2014.

Cuadro 15
Casos de mortalidad y letalidad por desnutrición aguda
para semana epidemiológica 26 del 2015, por área de salud

Área de Salud	Mortalidad	Morbilidad	Letalidad
San Marcos	11	424	2.59
Totonicapán	2	103	1.94
Huehuetenango	8	432	1.85
Jalapa	4	290	1.38
Quetzaltenango	7	518	1.35
Izabal	2	161	1.24
Ixil	2	164	1.22
Alta Verapaz	6	496	1.21
Jutiapa	2	239	0.84
Sololá	1	121	0.83
Zacapa	1	123	0.81
Chimaltenango	1	263	0.38
Chiquimula	1	318	0.31
Quiché	1	326	0.31
Retalhuleu	1	432	0.23
Santa Rosa	1	439	0.23
Escuintla	2	899	0.22
Suchitepéquez	1	462	0.22
Nivel Nacional	54	8223	0.66

FUENTE: Elaboración propia con datos de la Sala Situacional de Desnutrición Aguda en SIINSAN

De la totalidad de los casos de mortalidad reportados en las salas situacionales de desnutrición aguda⁹³ para el primer semestre de 2015, el 61 % fueron mujeres, 39 % hombres; 22 de los casos,

⁹² Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Sala Situacional de Desnutrición Aguda. SIINSAN. En: <http://www.siinsan.gob.gt/SemanasSalaSituacional>, consultado 25.08.2015.

⁹³ Ídem

correspondían a niños y niñas que tenían entre 12 y 24 meses de edad; 18, entre 6 y 12 meses de edad y 10 fueron menores de 6 meses. Lo que indica, que la proporción de niños menores de dos años que murieron por desnutrición aguda en 2014 fue de 93 %, por lo cual, una vez más se debe reiterar las recomendaciones para la promoción de lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida y la correcta ablactación.

Baja Verapaz, El Progreso, Ixcán, Petén Norte, Petén suroccidental, Petén suroriental, Sacatepéquez y todas las regiones de Guatemala no presentaron casos de mortalidad hasta la semana epidemiológica mencionada.

En cuanto a la letalidad, es relevante la situación del departamento de San Marcos, pues tanto para la finalización del 2014, como en el primer semestre del 2015 se posiciona entre los primeros cinco lugares de esta tabla.

Protocolo de vigilancia de la desnutrición aguda en menores de 5 años

En relación al reporte de estadísticas sobre desnutrición aguda, se quiere traer a colación el caso particular de la creación de la “Comisión Presidencial Institucional Técnica de Análisis de la Morbilidad y Mortalidad por Desnutrición en menores de cinco años de edad”. Esta se conformó en junio del 2014 y se consolidó mediante el Acuerdo Gubernativo 182-2014.

Dicho acuerdo, establece que en el contexto de la capacidad del ejecutivo para formar comisiones temporales y el Decreto 32-2005 referente al SINSAN, se crea la Comisión debido a que *“no obstante los esfuerzos del Estado en el cumplimiento de las atribuciones en el tema de SAN en el país, establecidas en la ley de la materia, se han generado casos de morbilidad y mortalidad infantil por desnutrición aguda en niños y niñas menores de cinco años en algunas regiones de la República, por lo cual se hace necesario el establecimiento de una Comisión Presidencial Interinstitucional Técnica, temporal, que se encargue del estudio, análisis y socializar los datos de morbilidad y mortalidad infantil por desnutrición en menores de cinco años de edad, por lo que, es necesario emitir la disposición gubernamental correspondiente”*.

La creación de esta Comisión se enmarca en el contexto del PH0 y su objetivo según dicta el Acuerdo Gubernativo 182-2014 es, *“analizar y socializar los datos de morbilidad y mortalidad por desnutrición crónica en niños y niñas menores de cinco años de edad”*, vinculante con el objetivo número 2 del Plan PH0: *“evitar y reducir las muertes por desnutrición aguda mediante acciones de prevención... y la atención en salud de los niños y niñas menores de cinco años...”*.

Esta estrecha relación meramente relacionada con la presentación de estadísticas, hizo que la legitimidad de la Comisión fuera puesta en duda, ya que este espacio fue concebido e instaurado directamente en el Ejecutivo, sin ser tomado en cuenta el CONASAN (ente rector de los temas relacionados a SAN); además rinde cuentas e informes semestrales directamente a la presidencia, cuando el Vicepresidente es quien preside la CONASAN y pudo instaurarse en este espacio más legítimo; y sus procesos no se han socializado.

Cabe mencionar, que antes del año 2013 los casos de mortalidad por desnutrición no pasaban por un proceso de depuración y en 2015 inició el proceso mediante el cual se *“propone, discute y*

aprueba” una metodología para el análisis y caracterización de muertes por desnutrición aguda en niños menores de cinco años⁹⁴.

Para la preparación de este informe del Procurador la Dirección de Investigación en Derechos Humanos realizó un análisis del Protocolo de Vigilancia de la Desnutrición Aguda en niños menores de 5 años y las funciones de Comisión Presidencial Institucional Técnica de Análisis de la Morbilidad y Mortalidad por Desnutrición en menores de cinco años de edad, tomando como referencia y base del análisis los documentos oficiales (Acuerdo Gubernativo 182-2014 y el mismo Protocolo). Para realizarlo también se contactó a personal del MSPAS y de SESAN representado en esta mesa, teniendo oportunidad de entrevista solamente con la última institución mencionada. Sumado a ello, se tuvo oportunidad de participar como observadores en una Mesa Técnica de nivel local en el Área de Salud de Chimaltenango para completar los referentes.

Registro de muertes por desnutrición aguda

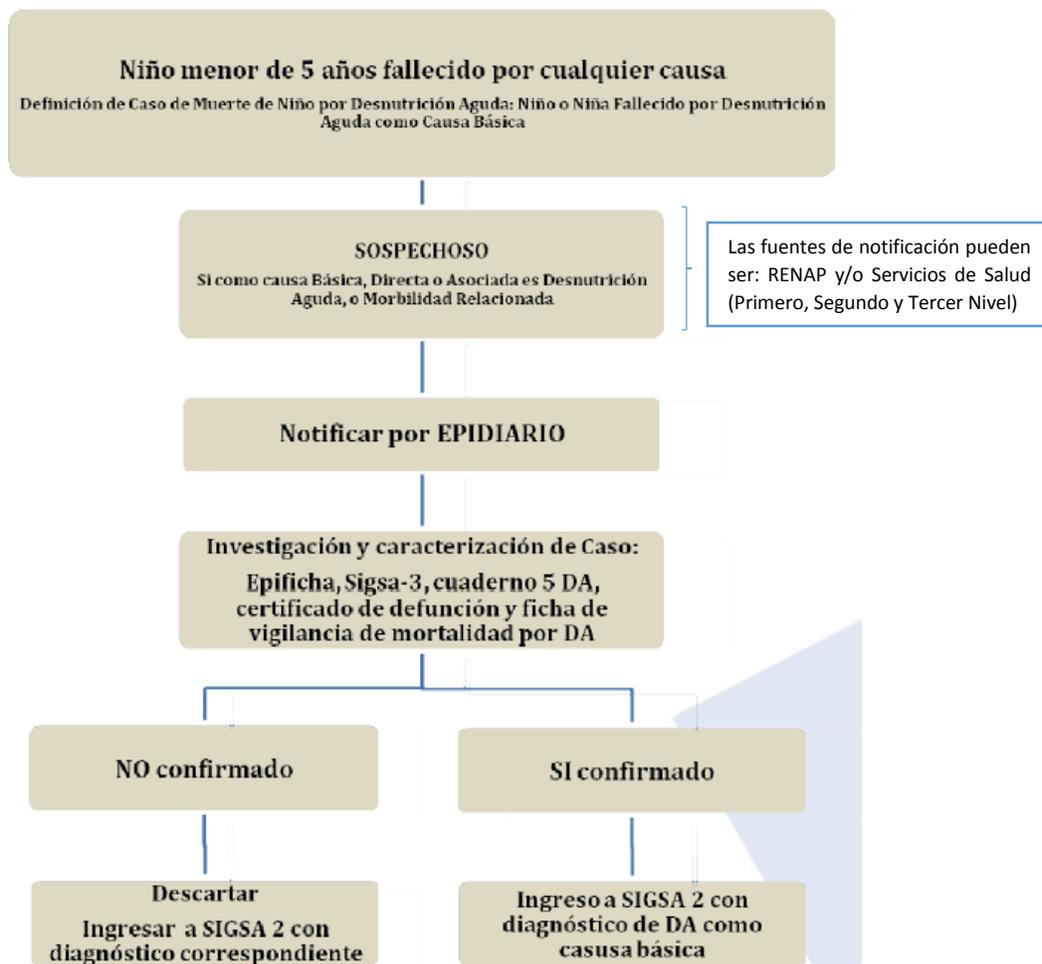
En 1995, OPS definió la muerte por desnutrición como *“desnutrición proteíco-calórica aguda aguda –DNA- como causa básica de muerte. Es decir, cuando la desnutrición aguda inicia la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte”*⁹⁵. Actualmente, el Protocolo de vigilancia de la desnutrición aguda lo define como *“niño o niña fallecido, entre 29 días a menores de 5 años, quien presenta como causa básica desnutrición aguda”*.

El protocolo demanda efectuar la investigación de la mortalidad por y asociada a la desnutrición aguda, utilizando la estrategia de vigilancia de todo caso de niño o niña fallecida menor de 5 años quien presenta como causa básica, directa, o asociada de desnutrición aguda, usando el siguiente algoritmo de decisión para registro.

Figura 3 **Algoritmo de decisión para registro y notificación de casos de mortalidad por desnutrición aguda en menores de 5 años**

⁹⁴ MSPAS-SESAN. *Mesa técnica para el análisis de la mortalidad por desnutrición aguda*. Semana 1-53 2015. Presentación Power Point disponible en SIINASAN.

⁹⁵ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). *Manual para la vigilancia epidemiológica de la desnutrición*. 2009



FUENTE: Modificado de Protocolo de Vigilancia de la Desnutrición Aguda en niños menores de 5 años

La periodicidad de la notificación es diaria (EPIDIARIO), semanal (Caracterización de la mortalidad por desnutrición aguda en menores de 5 años a través de programahambrececerosias@gmail.com) y en SIGSA-2 ingresando todos los casos que mediante la caracterización sean confirmados⁹⁶.

Del análisis del documento, informes circunstanciados enviados por SESAN, entrevista con personal de SESAN y la participación de una mesa a nivel local, se pudo elaborar el siguiente cuadro que destaca las fortalezas y debilidades percibidas.

Cuadro 16
Fortalezas y debilidades de la Comisión Presidencial de Análisis de Casos de Mortalidad por DNA

⁹⁶ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Protocolo de Vigilancia de la desnutrición aguda en menores de 5 años. S/F.

Fortalezas	Debilidades
<p>Información oportuna, coordinada y consolidada entre MSPAS y SESAN.</p>	<p>A pesar que se visualiza la coordinación como una fortaleza, se analizó los datos de la semana 53 del 2014 publicados en la página de SESAN y la página del MSPAS. SINASAN reporta 181 fallecidos por desnutrición aguda -DNA-, mientras MSPAS reporta 177 fallecidos.</p>
<p>Semestralmente se genera un informe que resume los datos estadísticos de morbilidad y mortalidad por DNA en menores de 5 años. La información consolidada y desagregada es de utilidad.</p>	<p>El informe de 2014 si bien reporta estadísticas claras e información administrativa de los procesos, no establece recomendaciones puntuales en cuanto a vigilancia y toma de decisiones que se hayan generado a partir de este espacio.</p>
<p>Se cuenta con un protocolo de vigilancia el cual “estandariza” procedimientos.</p> <p>Luego de un año y medio de funcionamiento de La Comisión, la experiencia sobre los casos que “causan duda” puede brindar las herramientas suficientes para mejorar el algoritmo de decisión para registro y notificación de casos de mortalidad por DNA en menores de 5 años.</p>	<p>El protocolo de vigilancia brinda poca información acerca de los criterios para descartar un caso de mortalidad por DNA que “causa duda” (justamente los criterios que se discuten en las mesas).</p> <p>El algoritmo de decisión para registro y notificación de casos de mortalidad por DNA en menores de 5 años, puede ser más específico en el paso 4, referente a la investigación y caracterización del caso, de forma que el algoritmo mismo permita orientar a nivel local al personal de salud para clasificar un caso como muerte por DNA.</p>
<p>Está en proceso la publicación de un Protocolo de Falta de Consentimiento, para los casos de negligencia en donde intervienen autoridades locales de Ministerio de Gobernación – MINGOB-.</p>	<p>El papel de MINGOB no está explícito en ninguno de los documentos oficiales consultados y aún en el informe que se presentó de 2014, su función es invisibilizada.</p>
	<p>Falta de involucramiento de otras instituciones para el análisis. Es imperativa la presencia de representantes de la academia (Ej. USAC, INCAP) para que el análisis sea imparcial.</p>
	<p>El acuerdo gubernativo mediante el cual se crea la Comisión, establece funciones que sobrepasan el objetivo de creación de este espacio.</p>

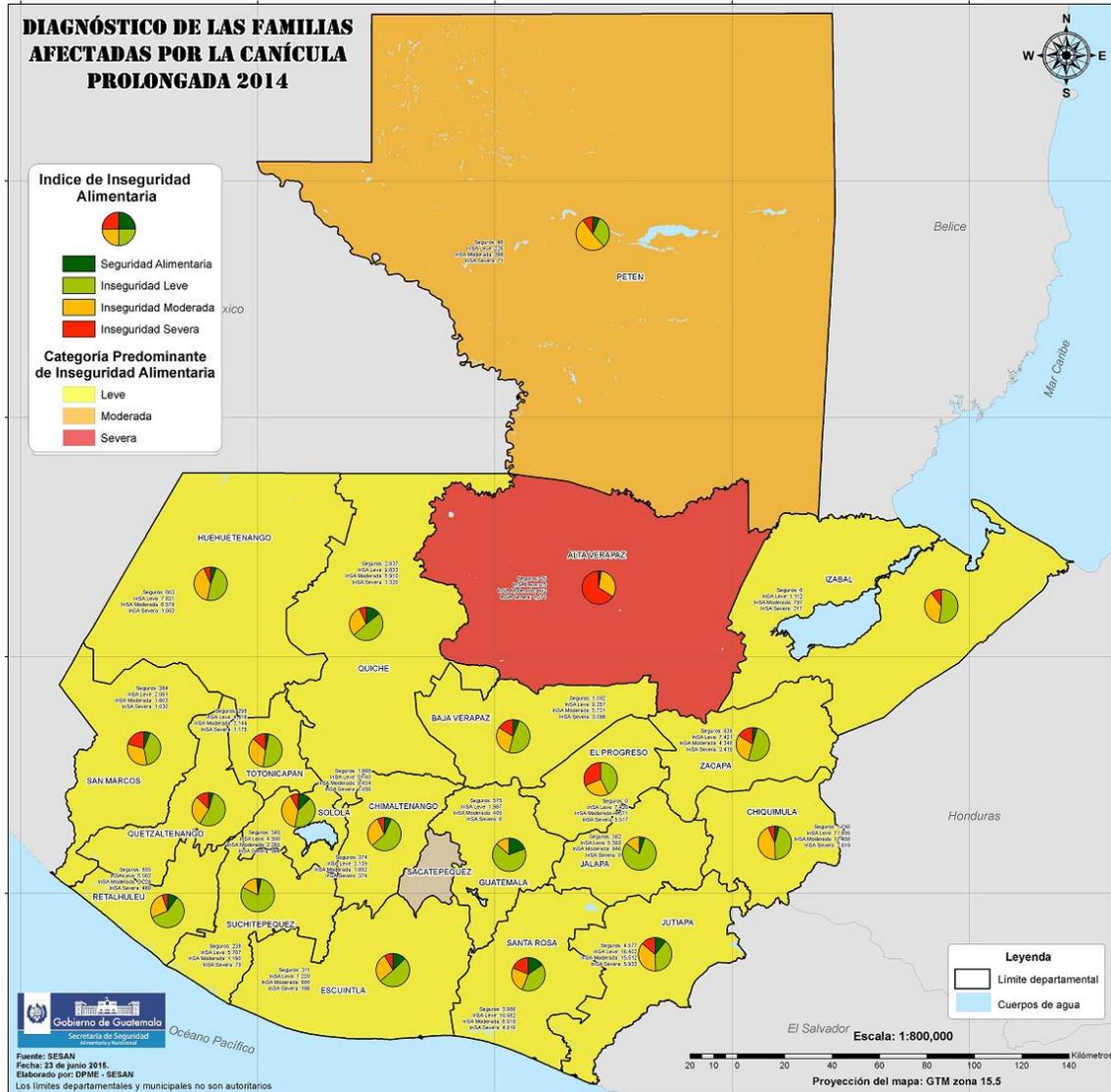
Canícula prolongada - El reto de prevenir la desnutrición aguda en Guatemala

Efectos de canícula prolongada por departamento

Según datos de SESAN en el 2014, la canícula afectó a todos los departamentos del país en una u otra medida. Como se observa en la siguiente figura, el departamento más afectado fue Alta Verapaz, seguido por Petén; sin embargo, todos los departamentos, con excepción de Guatemala y

Jalapa presentaron inseguridad alimentaria severa en alguna proporción y todos los departamentos sin excepción alguna presentaron alguna proporción de inseguridad leve.

Figura 4
Diagnóstico de las familias afectadas por la canícula prolongada 2014



FUENTE: <http://www.siisan.gov.gt/DOCUMENTOS>

Para el 2015, la canícula prolongada afectó a trece municipios y más de 180 mil familias⁹⁷, encareciendo el precio de los granos básicos en un promedio de Q 10.00 el quintal de maíz y Q 50.00 el quintal de frijol⁹⁸.

El Consejo Agropecuario Centroamericano –encabezado por los ministros de Agricultura- ha declarado el estado de alerta después de que cientos de miles de agricultores hayan sufrido la pérdida parcial o total de sus cultivos plantados para esta época del año. “Los efectos de El Niño de

⁹⁷ Emisoras Unidas. Nota: Canícula prolongada afecta a 180 mil familias. 21.07.2015. En: <http://noticias.emisorasunidas.com/noticias/nacionales/canícula-prolongada-afecta-180-mil-familias>, consultado el 31.08.2015.

⁹⁸ Prensa libre. Se prevén más aumentos en frijol. Preocupa alza en maíz por canícula. 11.07.2015. Pág. 3.

este año son aún más profundos que los del año pasado”, afirmó el economista del Sistema Mundial de Información y Alerta de la FAO, quien instó a apoyar a los agricultores para que alcancen mayores rendimientos en la segunda temporada y recuperen sus pérdidas. En las áreas más afectadas de Guatemala, las primeras estimaciones señalan que se habría perdido el 80% de las cosechas, incluidas 55 mil toneladas de maíz⁹⁹.

Respuesta del Estado ante la crisis del hambre estacional

En enero de 2014 la Dirección de Fortalecimiento Institucional de la SESAN publicó la *Estrategia de protección social contra el hambre estacional 2014*. En esta se detallaban las cinco acciones contra el hambre estacional como parte de estrategias interinstitucionales. Entre ellas se encontraban la red de protección social contra el hambre estacional a través de un programa de empleo temporal y los programas de asistencia (acción 5).

En relación esta acción, el MAGA hizo entrega de alimentos en la llamada “Operación oportunidad” durante el 2014 y parte del 2015. El cuadro siguiente, resume las entregas realizadas durante el 2014 y lo que va del 2015, según la información remitida por informe circunstanciado en agosto.

Cuadro 17
Entregas de alimentos por “Operación oportunidad” durante el 2014 y 2015 por departamento

Departamento	Primera entrega	Segunda entrega	Tercera entrega	Cuarta entrega*
	Octubre 2014	Noviembre 2014	Diciembre 2014	Mayo 2015
Alta Verapaz	2,080	2,080	2,080	0
Baja Verapaz	18,711	19,898	18,987	2,241
Chimaltenango	5,163	5,037	5,329	5,415
Chiquimula	39,067	39,980	40,085	22,214
El Progreso	17,194	17,445	17,024	15,847
Escuintla	1,916	1,909	1,897	0
Guatemala	2,854	2,835	3,035	0
Huehuetenango	16,414	17,126	15,692	7,427
Izabal	1,967	1,961	2,108	0
Jalapa	6,725	PMA	PMA	PMA
Jutiapa	40,523	42,107	41,495	9,039
Petén	713	711	718	0
Quetzaltenango	7,899	7,747	7,750	80
Quiché	19,619	19,187	10,980	3,861
Retalhuleu	8,454	PMA	PMA	PMA
Sacatepéquez	285	285	275	0

⁹⁹ Agencia EFE. Centroamérica sufre cuantiosas pérdidas de cereales por El Niño, según la FAO. 14.09.2015. En: <http://www.efe.com/efe/america/economia/centroamerica-sufre-cuantiosas-perdidas-de-cereales-por-el-nino-segun-la-fao/20000011-2711626>, consultado el: 20.09.2015

Departamento	Primera entrega	Segunda entrega	Tercera entrega	Cuarta entrega*
	Octubre 2014	Noviembre 2014	Diciembre 2014	Mayo 2015
San Marcos	5,194	PMA	PMA	PMA
Santa Rosa	26,394	26,600	24,979	3,379
Sololá	13,951	13,877	13,114	5,054
Suchitepéquez	6,840	PMA	PMA	PMA
Totonicapán	8,978	8,847	8,583	0
Zacapa	15,510	15,877	14,545	13,833
Total general	266,451	243,509	228,676	88,390

MAGA reporta que esta entrega se encontraba en proceso al momento de remitir el informe circunstanciado

PMA: Entregas realizadas por Programa Mundial de Alimentos

FUENTE: MAGA Informe circunstanciado remitido (Oficio DM-SM-1392-2015)

Con la referencia anterior, de que la canícula afectó este año a 180,000 familias, de trece municipios del país, la asistencia alimentaria reportada hasta agosto, presentaría una brecha de 91,610 familias sin atender.

Se puede observar, que conforme transcurrió el tiempo, tanto la cantidad de entregas, como los departamentos beneficiados con alimentación disminuyeron en esta situación de emergencia, con excepción del departamento de Chiquimula e Izabal. Se debe señalar también que desde la segunda entrega del 2014 una organización no gubernamental se encargó de la cobertura de cuatro departamentos, sin que el Estado y particularmente la SESAN (entidad responsable de coordinación), ofrezcan los datos respectivos. Sobre la Operación Oportunidad también se solicitó información a la SESAN, pero al cierre de este informe no se obtuvo respuesta.

En la página de la SESAN, se publicó con fecha de 27 enero de 2015, la nota sobre un informe presentado al Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria –CONASAN-, en el que aseguraba que *“Este programa beneficia a 267,768 mil familias y al momento 99% han sido monitoreados”*¹⁰⁰. Sin embargo, se puede observar en el cuadro anterior que para diciembre el número de beneficiados ya había disminuido en 37,775 familias.

También se obtuvo información sobre el accionar de MINTRAB para beneficiar a las familias afectadas por la canícula en los departamentos de Baja Verapaz, Chiquimula, El Progreso, Huehuetenango, Jutiapa, Quiché, Santa Rosa y Zacapa, beneficiando a un total de 5,073 personas. Debe resaltarse que no se atendió en esta estrategia los departamentos de Alta Verapaz y Petén, considerados en la figura anteriormente expuesta, como aquellos con mayor vulnerabilidad ante la inseguridad alimentaria, demostrando la falta de coordinación entre las instituciones.

¹⁰⁰ Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN). SESAN rinde informe de Operación Oportunidad en la reunión de CONASAN. En: <http://www.sesan.gob.gt/index.php/noticias/region-central/item/1531-sesan-rinde-informe-de-operacion-oportunidad-en-reunion-de-conasan>, consultado el 31.08.2015

Componentes directos del PPHO

Componente 1 – Provisión de servicios básicos de salud y nutrición a población vulnerable

Servicios básicos de salud y el sistema de atención primaria

El componente 1 del PPHO *“incorpora todas las acciones de salud reproductiva, gestación, parto y postparto, así como el cuidado de los niños y niñas en los hogares vulnerables, la promoción del crecimiento del niño, vacunación, desparasitación y los suplementos vitamínicos nutricionales”*¹⁰¹.

En relación a lo anterior, el primer nivel de atención en salud tiene a su cargo 23 programas, haciendo énfasis en 7 prioritarios: 1) inmunizaciones; 2) seguridad alimentaria nutricional; 3) salud reproductiva -planificación familiar, control prenatal, postnatal, del neonato, identificación temprana de cáncer cérvico-uterino y atención a adolescentes-; 4) vigilancia epidemiológica -mapeo de embarazadas con factores de riesgo, de neonatos, puérperas, desnutrición y otras morbilidades-; 5) promoción y educación en salud; 6) saneamiento ambiental; 7) zoonosis¹⁰².

No se puede abordar el tema sin referirse a la reciente crisis que presentó el Programa de Extensión de Cobertura –PEC- entre 2013-2015, al cancelar los contratos con las organizaciones no gubernamentales. En noviembre de 2013 el Procurador de los Derechos Humanos recibió la denuncia presentada por la Coordinadora Nacional de Organizaciones de Extensión de Cobertura –CONEC- por la cancelación de 220 convenios entre las autoridades del MSPAS y las organizaciones no gubernamentales –ONG- que prestaban servicios de salud dentro del PEC.

En agosto de 2014, por medio del Amparo 1456-2014, el Procurador expuso que el MSPAS, al rescindir los contratos de las ONG prestadoras de servicios de salud, estaba violando el derecho a la salud establecido tanto en la Constitución de la República como en el derecho internacional, y también el derecho a la alimentación establecido en el Pacto de Derechos, Económicos Sociales y Culturales –DESC-, entre otras violaciones.

El Procurador enfatizó en el referido amparo que el acto reclamado provocaba agravio *“a cuatro millones de personas aproximadamente, siendo mayoritariamente afectadas las niñas, los niños y las mujeres embarazadas y en edad fértil, lo que agudiza y desestabiliza la situación de los servicios de salud, de los cuales debe gozar la población guatemalteca”*. A pesar de los argumentos planteados, en febrero de 2015, la Corte Suprema de Justicia denegó el amparo aduciendo que quedaba sin efecto ya que el MSPAS seguía prestando servicios en centros y puestos de salud. Ante ello, abril de 2011, el Procurador presentó una apelación en forma directa en contra de esta sentencia.

Aun cuando el MSPAS no ha clausurado sus servicios en los puestos y centros de salud de manera permanente, el primer nivel de atención consiste en el primer acercamiento de los servicios de salud a la comunidad y tiene un alcance mayor y más cercano a la población que los puestos y centros de salud.

¹⁰¹ Gobierno de Guatemala. Plan Pacto Hambre Cero. S/F.

¹⁰² PDH/Dirección de Investigación en Derechos Humanos. Supervisión al primer nivel de atención en salud. Agosto 2015. Pág. 13.

La PDH por medio de la Defensoría de la Alimentación, Defensoría de la Salud y la Dirección de Investigación en Derechos Humanos con apoyo de las auxiliaturas, realizó este año supervisiones y monitoreos a Direcciones de Área de Salud –DAS- y Puestos de Salud –PS- verificando el funcionamiento administrativo de los mismos, enfocándose en la atención primaria en salud, indagando sobre las asignaciones presupuestarias, recurso humano disponible, características de las instalaciones, abastecimiento de equipo, medicamentos y otros temas relacionados.

En enero se visitó Alta Verapaz. Los principales hallazgos de esta supervisión revelaron que la ONG que brindó sus servicios en Panzós hasta mediados de diciembre del 2014 (Institución de Cooperación Social -ICOS-), de marzo a octubre, no tuvo abastecimiento de Alimento Terapéutico Listo para el Consumo –ATLC- y se le proveyeron bajas cantidades de hierro, ácido fólico y Vitacereal. Este hecho fue reportado también por la ONG que brindó servicios en Santa Catarina la Tinta, CAFESANO, quienes indicaron que por largos períodos en el año estuvieron desabastecidos de hierro, ácido fólico y vacunas. A dichas ONG, como a más de 220 en el país, les rescindieron sus contratos en 2014, para iniciar la estrategia de institucionalización de la atención primaria a nivel nacional¹⁰³.

Sobre dicho proceso de institucionalización, en esta misma visita personal de la DAS informó sobre la implementación de la Estrategia de Atención Primaria con grupos móviles institucionales. Estos grupos serían integrados por 13 auxiliares de enfermería, 4 educadores y 2 técnicos en salud rural. Sin embargo, en ese momento la PDH intentó conocer el listado de la conformación de estos equipos, los cronogramas de visitas, hojas de ruta de recorridos y detalles de la implementación de la referida estrategia, pero se informó a la misión que aún no contaban con ninguno de estos elementos.

Sobre el primer nivel de atención preocupan dos hechos importantes: Primero, que mientras el MSPAS se organizó para implementar la estrategia de institucionalización, al menos durante tres meses los servicios de salud de atención primaria fueron descuidados. Supervisiones hechas por la PDH encontraron que en los departamentos de Alta Verapaz, Chimaltenango, Guatemala, Huehuetenango, Jalapa, Quetzaltenango, Quiché, San Marcos, Sololá y Totonicapán, para el mes de marzo no habían implementado, o recién estaban iniciando la implementación de la Estrategia. Se aducen como una de las limitantes que a esa fecha o se había trasladado fondos al área para este fin¹⁰⁴.

El segundo hecho importante es la crisis financiera que está atravesando la cartera de salud, la cual repercute en la calidad en la atención y el desabastecimiento de insumos. La disminución en el presupuesto ha repercute la falta de recurso humano o incentivos para el mismo, en el abastecimiento de micronutrientes, vacunas y medicamentos, por mencionar algunos aspectos.

En marzo, supervisiones en nueve departamentos de la República (Alta Verapaz, Guatemala, Huehuetenango, Jalapa, Quetzaltenango, Quiché, San Marcos, Sololá y Totonicapán) revelaron que con excepción de Huehuetenango, en todas las DAS supervisadas, el presupuesto para el 2015 disminuyó en relación con el del 2014.

¹⁰³ PDH/Defensoría de la alimentación. Supervisión conjunta a la Ventana de los Mil Días y al Programa de Agricultura Familiar y Fomento a la Economía Campesina -PAFFEC – en el Departamento de Alta Verapaz. Abril 2015. Pág.

¹⁰⁴ Procuraduría de los Derechos Humanos. Marzo 2015. Informe Supervisión en 9 departamentos priorizados por el Pacto Hambre Cero, en intervenciones ejecutadas por el Programa de Extensión de Cobertura (PEC). Defensoría de Salud- Defensoría de Alimentación.

En agosto, supervisiones en Chimaltenango y el área Ixil y monitoreos en Quiché y Totonicapán. Confirmaron la reducción de presupuesto en todas las DAS visitadas con excepción del área Ixil, tal y como se puede ver en el siguiente cuadro:

Cuadro 18
Presupuesto para Atención Primaria en Salud del 2013 al 2015

Área de Salud	2013*	2014*	2015
Chimaltenango	18,000,000	9,000,000	9,263,598
Ixil	10,081,410	8,411,644	19,787,956
Quiché	28,652,459	24,660,854	21,016,724
Totonicapán	5,000,000	5,000,000	2,500,000

*Presupuesto vigente

FUENTE: Elaboración propia con datos de Supervisión al primer nivel de atención en salud. Agosto 2015. Pág. 13.

Según entrevistas en la misma supervisión, sumado a este déficit de presupuesto, el cual se utiliza para pago del recurso humano, estipendios a facilitadores comunitarios y comadronas, pago de insumos, equipo, medicamentos, telefonía, combustible y mantenimiento de vehículos, algunas ONG aún se encuentran en proceso de cancelación financiera. Las mismas dejaron de operar en 2014 pero a algunas aún se les adeuda honorarios. Asimismo, los gerentes financieros reportan que el presupuesto en general se caracteriza por asignar al inicio de año una cantidad mayor a la que se mantiene vigente al finalizar el mismo.

Otro de los hallazgos importantes fue la situación del recurso humano. En Chimaltenango y Totonicapán el salario de las enfermeras profesionales se redujo. Adicionalmente su carga de trabajo aumentó debido a que hay menos personal para la atención, deben movilizarse a varias comunidades y no reciben viáticos.

En Chimaltenango y en el área Ixil se reportó que a 50 y 313 personas se les adeuda 5 y 2 meses de salario, respectivamente en cada DAS. En las entrevistas en los puestos de salud, el personal indicó utilizar equipo y recursos propios para la atención (esfigmomanómetros, estetoscopios, insumos de limpieza, fotocopias de las normas de atención) pues estos no se han recibido por parte del MSPAS.

Se comentó también que esta nueva estrategia no contempló la figura de “educadores” y “facilitadores institucionales”, de forma tal que las auxiliares de enfermería y los técnicos en salud rural tendrán que adquirir esas responsabilidades.

Acciones administrativas como las anteriores influyen en la inadecuada ejecución de las acciones de los programas y debilitan el sistema de salud, siendo los más afectados los niños, niñas y mujeres embarazadas, por la naturaleza de la atención.

Los déficits en la atención se observan a su vez en los registros de la cantidad de personas atendidas en diferentes servicios de salud, que forman parte de las acciones de la ventana de los 1000 días. Estos son presentados como números crudos y no como tasas (que sería lo ideal) pues así fueron remitidos por parte de MSPAS.

Cuadro 19
Provisión de servicios básicos de salud y nutrición del 2012 a julio de 2015

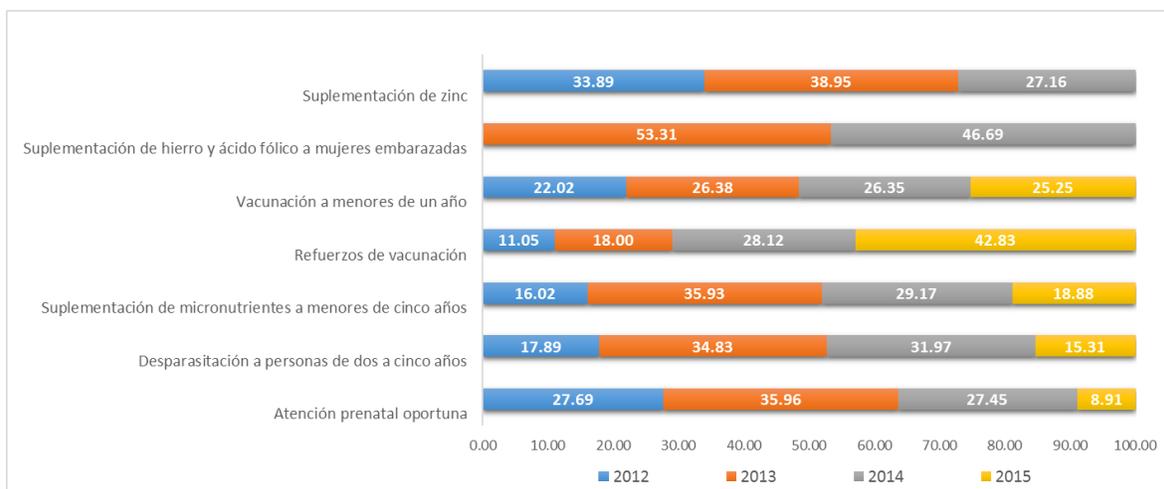
Servicios	Número de personas atendidas				
	2012	2013	2014	2015*	Total
Atención prenatal oportuna	536,479	696,795	531,804	172,551	2,113,235
Desparasitación a niños y niñas de 2 a menores de cinco años	109,944	214,023	196,487	94,105	648,545
Niño y niña menor de 5 años con suplementación de micronutrientes	484,032	1,085,671	881,235	570,448	3,202,095
Niños y niñas de 1 a menores de 5 años con refuerzos de vacunación	77,382	125,978	196,828	299,859	730,850
Niños y niñas menores de 1 año vacunados de acuerdo a su edad y esquema de vacunación vigente	762,584	913,830	912,685	874,695	3,982,628
Suplementación de hierro y ácido fólico para prevención y/o tratamiento de anemia en mujeres embarazadas	0	1,990,100	1,742,984	0	3,733,084
Suplementación de zinc terapéutico en el manejo de la diarrea y neumonía	283,744	326,113	227,363	0	936,909

*Datos consignados a agosto de 2015

FUENTE: Elaboración propia con base de datos del MSPAS, remitida en digital mediante Oficio SIAS 43023

En todo programa se espera que la cobertura se amplíe a medida que transcurren los años, pues tanto la cobertura como la capacidad de atención se intensifican. Sin embargo, se puede apreciar que de 2013 a 2014 la tendencia fue a la baja, en cuanto a la cantidad de personas atendidas por cada uno de estos servicios, con excepción a los refuerzos en vacunación. La misma situación se presenta en el 2015, en donde hasta agosto, en cuatro de estos servicios brindados no he había cubierto la mitad de las personas atendidas el 2014.

Figura 5
Proporción de servicios básicos de salud brindados en relación a los años 2012-2015



FUENTE: Elaboración propia con base de datos del MSPAS, remitida en digital mediante Oficina SIAS 43023

La anterior figura es de utilidad para conocer cómo la proporción de servicios de vacunación se ha sostenido en proporciones similares a través del tiempo; sin embargo, es contradictorio observar que mientras este programa se sostiene, los refuerzos de vacunación tuvieron una tendencia a aumentar, en particular durante el año 2015.

Por otro lado, la atención prenatal ha menguado a tal punto que las atenciones brindadas en el 2015 representan el 8.91% de todas las atenciones brindadas a mujeres embarazadas desde 2012, dejando desatendidas a las futuras madres y vulnerando el derecho a la salud de los niños y niñas desde su concepción.

Lo anteriormente mencionado cobra especial importancia debido a que una de las acciones primordiales en la atención prenatal es la administración de hierro y ácido fólico a la mujer embarazada. La prevalencia de anemia en este grupo poblacional se ha caracterizado por aumentar a través de los años. La ENSMI de 2002 reveló una prevalencia de anemia en embarazadas de 22.1%, mientras que para el 2008 esta cifra había aumentado a 29.1%.

Sin embargo, las cifras provistas por el MSPAS en cuanto al tratamiento y prevención de anemia en mujeres embarazadas, para el período 2013-2014 no reflejan que la atención en este grupo poblacional sea prioritaria. En el cuadro siguiente se presenta la cantidad de mujeres atendidas en 2013 y 2014. Las cifras para 2015 indicaban cero. Este dato representa la deficiencia en la sistematización a nivel nacional de la información, pues se tiene conocimiento que por lo menos en la DAS Chimaltenango, Ixil, Quiché y Totonicapán, para julio del 2015 se habían provisto 21,944 dosis de ácido fólico y sulfato ferroso a mujeres embarazadas⁶⁴.

Cuadro 20
Cantidad de mujeres embarazadas suplementadas con ácido fólico y sulfato ferroso para prevención y/o tratamiento de anemia en mujeres embarazadas, por departamento, por año

Departamento	Año	
	2013	2014
Alta Verapaz	92,055	76,603
Baja Verapaz	50,374	55,690
Chimaltenango	151,142	114,816
Chiquimula	45,573	37,853
El Progreso	17,718	16,596
Escuintla	108,887	166,612
Guatemala	325,552	259,400
*Huehuetenango	156,252	117,582
Jalapa	48,611	35,068
Jutiapa	91,443	67,250
Quetzaltenango	102,445	94,148
*Quiche	179,975	156,051
Peten	173,170	168,352
Retalhuleu	37,176	34,250
Sacatepéquez	36,947	56,259
*San Marcos	97,413	74,617
Santa Rosa	54,343	43,349
Sololá	81,674	75,262
Suchitepéquez	77,547	46,003
Totonicapán	61,803	46,560
Zacapa	0	663
TOTAL	1,990,100	1,742,984

FUENTE: Elaboración propia con base de datos del MSPAS, remitida en digital mediante Oficio SIAS 43023

Asimismo se presentan a continuación los datos de otros servicios de salud brindados los últimos años, a niños y niñas menores de cinco años.

Por ejemplo, se puede resaltar que en el caso de la desparasitación, se observa descenso de la cantidad de niños y niñas atendidos en este servicio, del 2014 al 2015. Cabe resaltar este descenso en el caso de Escuintla, que es uno de los principales departamentos con altas tasas de morbilidad por desnutrición aguda.

Cuadro 21
Desparasitación a niños y niñas de 2 a 5 años

Departamento	2012	2013	2014	2015
Alta Verapaz	1,262	5,878	7,414	3,417
Baja Verapaz	4,444	7,599	6,996	3,564
Chimaltenango	13,395	19,021	15,114	8,942
Chiquimula	3,320	5,770	5,586	4,223
El Progreso	1,864	2,564	548	311
Escuintla	17,782	23,347	24,575	3,648
Guatemala	16,232	36,799	25,631	7,121
Huehuetenango	5,476	12,840	11,977	5,254
Izabal	0	4	106	965

Departamento	2012	2013	2014	2015
Jalapa	2,102	5,018	4,285	4,097
Jutiapa	3,725	7,299	8,695	4,413
Petén	6,817	30,906	26,936	12,386
Quetzaltenango	4,473	7,893	10,939	5,748
Quiche	9,628	10,315	11,209	10,100
Retalhuleu	2,396	6,181	4,871	2,046
Sacatepéquez	964	1,185	4,711	1,408
San Marcos	1,979	2,279	3,938	1,564
Santa Rosa	4,985	7,528	5,511	3,161
Sololá	3,155	6,009	4,812	4,964
Suchitepéquez	3,142	10,824	7,110	3,168
Totonicapán	1,944	2,793	3,937	2,045
Zacapa	859	1,971	1,586	1,560
TOTAL	109,944	214,023	196,487	94,105

FUENTE: Elaboración propia con base de datos del MSPAS, remitida en digital mediante Oficio SIAS 43023

Las supervisiones de las Defensorías de Salud y Alimentación de la PDH, revelaron que para las 9 DAS visitadas, las coberturas de entrega de desparasitantes en niños menores de 5 años se encontraron entre 80-85%.

En cuanto a otro servicio de salud, como lo es la suplementación de zinc terapéutico en el manejo de la diarrea y neumonía, resalta que en Izabal desde el 2012 al 2014 no se prestó este servicio, como muestra el cuadro a continuación. Este departamento presentó en 2014 el segundo lugar en la letalidad de mortalidad por desnutrición. Las enfermedades diarreicas y respiratorias están relacionadas estrechamente a la desnutrición aguda y la carencia de un coadyuvante al tratamiento tan importante como el zinc podría relacionarse con la gravedad de las infecciones.

Cuadro 22
Suplementación de zinc terapéutico en el manejo de la diarrea y neumonía

Departamento	Año		
	2012	2013	2014
Alta Verapaz	24,464	26,140	17,705
Baja Verapaz	7,237	4,881	4,451
Chimaltenango	11,539	12,956	9,465
Chiquimula	12,139	12,948	8,883
El Progreso	6,568	6,825	4,019
Escuintla	15,313	16,533	11,998
Guatemala	34,201	31,430	22,199
Huehuetenango	29,653	31,417	20,890
Izabal	0	0	0
Jalapa	6,213	7,768	5,692
Jutiapa	10,341	11,019	7,433
Peten	7,528	25,947	16,740
Quetzaltenango	12,024	14,724	10,325
Quiche	40,641	42,069	30,617
Retalhuleu	230	4,734	4,394
Sacatepéquez	4,537	4,370	2,633

Departamento	Año		
	2012	2013	2014
San Marcos	30,766	35,193	25,212
Santa Rosa	8,260	8,834	7,384
Sololá	7,204	9,231	5,712
Suchitepéquez	8,701	9,649	6,144
Totonicapán	6,185	9,443	5,325
Zacapa	0	2	142
TOTAL	283,744	326,113	227,363

FUENTE: Elaboración propia con base de datos del MSPAS, remitida en digital mediante Oficio SIAS 43023

El padecimiento de enfermedades diarreicas agudas (EDA's) precisa de abastecimiento a nivel nacional, en especial en el segundo y tercer nivel de atención en salud de zinc terapéutico. La PDH, por medio de las Defensorías de la Alimentación y la Defensoría de Salud han documentado que las coberturas de entrega de zinc, a los niños menores de 1 año con diagnóstico de diarrea o neumonía, estaban entre un 75-95%¹⁰⁵.

La suplementación de zinc para los niños con diarrea es de gran importancia pues este es esencial para la síntesis de proteínas, el crecimiento y la diferenciación celular, la función inmunitaria y el transporte intestinal de agua y electrolitos¹⁰⁶. Además, las enfermedades diarreicas y respiratorias son las principales causas de morbilidad y mortalidad para este grupo poblacional.

¹⁰⁵ Monitoreo de medios. La crisis hospitalaria se vive sin medicamentos ni insumos. <http://www.monitoreodemedios.gt/wp/2015/06/la-crisis-hospitalaria-se-vive-sin-medicamentos-ni-insumos/>. 27/jun/2015. Consultado 13/ago/2015.

¹⁰⁶ Organización Mundial de la Salud. Administración de suplementos de zinc en el tratamiento de la diarrea. Abril 2011. http://www.who.int/elena/titles/bbc/zinc_diarrhoea/es/

Un hallazgo importante de la supervisión realizada a las áreas de salud de Chimaltenango, área Ixil, Quiché y Totonicapán, fue en relación a la vacunación y el abastecimiento de vacunas en el primer nivel de atención. Se preguntó cuántas vacunas (biológicos) habían recibido hasta julio del 2015 y esta cifra se comparó con la cantidad que cada DAS ha solicitado al MSPAS. Estos datos se presentan en el cuadro a continuación.

Cuadro 23
Cantidades de vacunas solicitadas versus recibidas en cuatro áreas de salud, de enero a julio del 2015

Vacuna	Chimaltenango		Ixil		Quiché		Totonicapán	
	Solicitado	Recibido	Solicitado	Recibido	Solicitado	Recibido	Solicitado	Recibido
Hepatitis B	8,200	4,100	3,416	1,540	6,500	3,100	2,000	1,500
BCG	41,200	23,000	13,200	12,540	24,000	23,000	90,000	13,000
Pentavalente	77,200	33,578	10,503	7,298	41,000	37,636	30,000	15,000
OPV	102,000	50,480	9,960	9,960	58,000	57,900	130,000	40,200
Rotavirus (2)	51,329	24,679	8,982	5,285	44,000	32,577	32,500	15,100
SPR	32,154	16,946	4,195	4,068	47,000	21,352	18,000	9,900
DPT	51,200	32,700	13,630	9,150	37,700	37,700	37,000	23,000
TD	47,000	22,060	15,980	5,770	22,500	22,500	42,000	20,000
Neumococo	89,722	29,694	10,168	7,646	39,000	38,368	34,000	14,366
Influenza Niños	18,500	10,380	5,680	5,680	22,500	22,500	15,000	3,000
Total	518,505	247,617	95,714	68,937	342,200	296,633	430,500	155,066
% Recibido	47.76		72.02		86.68		36.02	

Se puede observar que la DAS que obtuvo la cantidad de biológicos más cercana a lo solicitado fue la de Quiché, que atiende el área de la cabecera departamental y municipios cercanos, con un 86.68%. Mientras que el área que menos recibió, según lo solicitado fue Totonicapán, que para julio de 2015, solo había recibido un 36.02%.

Visto desde otra perspectiva, se presenta a continuación el resumen de las vacunas solicitadas y obtenidas, resaltando la brecha en cantidad de biológicos que hay según el tipo de vacuna.

Cuadro 24
Brecha entre vacunas solicitadas y vacunas recibidas
para cuatro áreas de salud, por tipo de vacuna

Vacuna	Resumen vacunas		
	Solicitado	Recibido	Brecha
Hepatitis B	20,116	10,240	9,876
BCG	168,400	71,540	96,860
Pentavalente	158,703	93,512	65,191
OPV	299,960	158,540	141,420
Rotavirus (2)	136,811	77,641	59,170
SPR	101,349	52,266	49,083
DPT	139,530	102,550	36,980
TD	127,480	70,330	57,150
Neumococo	172,890	90,074	82,816
Influenza Niños	61,680	41,560	20,120
Total	1,386,919	768,253	618,666

Este cuadro demuestra la brecha de más de medio millón de biológicos solicitados que no fueron entregados a las áreas de salud de Chimaltenango, Ixil, Quiché y Totonicapán.

Preocupa en particular el caso de ciertas vacunas como Hepatitis B del recién nacido, BCG, neumococo y rotavirus, las cuales cuentan con un plazo de tiempo en la vida del niño(a) para su aplicación y una vez cumplido este plazo ya no pueden aplicarse.

En la DAS de Chimaltenango, debido a la crisis, técnicos de salud rural y auxiliares de enfermería han recibido la instrucción de mejorar la vigilancia de casos, pues es lo único que se puede hacer cuando los niños y niñas no han sido vacunados.

Aunque los resultados de esta supervisión no pretenden generalizar, confirman y exponen una vez más, la crisis que el sector salud ha presentado en 2015, crisis que evidencia la incapacidad del Estado a través del MSPAS para cumplir y facilitar el derecho a la salud de la población guatemalteca.

Componente 2 – Promoción de lactancia materna y alimentación complementaria

En 1990, la Organización Mundial de la Salud –OMS-, la Organización Panamericana de la Salud –OPS- y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia –UNICEF- lanzaron la Iniciativa de Servicios de Salud Amigos de la Lactancia Materna –ISSALM-, logrando que dos años más tarde 52 instituciones, tanto públicas como privadas, firmaran el compromiso de trabajar para alcanzar la acreditación como Servicios Amigos de la Lactancia Materna¹⁰⁷.

¹⁰⁷ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PROSAN). Normas para la iniciativa de servicios de salud amigos de la lactancia materna. Bases técnicas para la promoción de la lactancia materna en los servicios de salud en tiempo ordinario y situaciones de emergencia. Segunda edición, mayo 2006.

Dicha acreditación, se consigue cuando los servicios de salud que brindan atención de maternidad y atención a recién nacidos alcanzan diez pasos recomendados para constituirse como “Hospital amigo de la lactancia materna”. Posteriormente la Organización Panamericana de la Salud –OPS- realiza la evaluación del cumplimiento de dichos pasos a la institución y la acredita y recomienda renovar la certificación cada tres a cinco años.

El Viceministerio de Atención Primaria reportó a la PDH mediante informe circunstanciado estar *“fortaleciendo la implementación de la Iniciativa de Servicios de Salud Amigos de la Lactancia (ISSALM) en la red de hospitales nacionales, a través del cumplimiento de los doce pasos que contempla la iniciativa con el fin de alcanzar la certificación de Hospitales Amigos de la Lactancia Materna”*. En dicho informe, se presenta como paso 11 el cumplimiento de la Ley de Sucesos de la Leche Materna, pero no se hace mención de cuál es el considerado paso doce.

Se reporta a su vez que en el año 2014, 30 hospitales lograron implementar los pasos para una lactancia materna exitosa de la ISSALM, teniendo aún una brecha de 17 hospitales pendientes de tal implementación. Pese a ello, se sabe que el MSPAS cuenta con 44 hospitales nacionales, departamentales y regionales¹⁰⁸, 153 Centros de Atención Permanente –CAP-, 11 Centros de Atención Integral Materno-Infantil¹⁰⁹, además de los hospitales del Seguro Social (IGSS). Se desconoce cuáles son los centros asistenciales que han alcanzado dicho logro, pues no fue detallado en la información recibida y se considera que la brecha informada presenta sub-registro.

El Comité de los Derechos del Niño, en su 55° período de sesiones, el más reciente donde examinó el informe del Estado de Guatemala¹¹⁰, ya manifestaba inquietud porque los profesionales de la salud no son conscientes de la importancia de la lactancia materna exclusiva, aun en el caso de las madres seropositivas; de igual forma también le preocupa que la iniciativa “hospital amigo del niño” sólo se aplique en los hospitales públicos, y que los hospitales privados infrinjan el Código Internacional de Comercialización de Sucesos de la Leche Materna¹¹¹. El Comité recomendó al Estado impartir formación sobre la promoción de la lactancia materna y controlar efectivamente la aplicación del Código.

El Viceministerio de Atención Primaria también indicó que de los servicios de salud que han implementado los pasos para una lactancia materna exitosa, son cinco los hospitales nacionales que obtuvieron certificación entre el año 2012 y 2015, los cuales se presentan en el siguiente cuadro.

Cuadro 25
Hospitales Nacionales con certificación como “Amigos de la lactancia materna”

Hospital Nacional	Ubicación	Año de certificación
Juan de Dios Rodas Sololá	Sololá	2012
San Pedro Necta	San Pedro Necta, Huehuetenango	2013
De El Quiché	Quiché	2014

¹⁰⁸ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Descripción de los servicios. En: <http://www.mspas.gob.gt/index.php/en/mspas/red-de-servicios.html>, consultado 14.09.2015.

¹⁰⁹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Red de servicios de salud del primer nivel y segundo nivel de atención. Unidad de Información Pública. Información remitida (Expediente UNIP-SI-986-2015).

¹¹⁰ Comité de los Derechos del Niño. 55 período de sesiones. Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 44 de la Convención. Observaciones finales: Guatemala. CRC/C/GTM/CO3-4.

¹¹¹ OMS/UNICEF. Código Internacional de Comercialización de Sucesos de la Leche Materna. 1981.

Hospital Nacional	Ubicación	Año de certificación
Fray Bartolomé de las Casas	Fray Bartolomé de las Casas, Alta Verapaz	2012 2015
Pedro de Bethancourt	Aldea San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala, Sacatepéquez	2015

FUENTE: Elaboración propia con base de datos del MSPAS, remitida mediante Oficio SIAS 43023

El reporte detalla que en el primer semestre del 2015, estos servicios de salud realizaron una autoevaluación sobre el cumplimiento de los diez pasos. Esta evaluación reveló que el punto más débil ha sido el paso diez, referente a la formación de grupos de apoyo (58 % de cumplimiento). Este dato es particularmente relevante cuando se relaciona con lo reportado en la V ENSMI sobre lactancia materna. En esta encuesta, se identificó que de los niños y niñas entre 0 y 2 meses, solamente un 55.9 % habían recibido lactancia materna exclusiva en las pasadas 24 horas, mientras que del grupo de entre 3 a 5 meses, solo un 43.4 % recibía lactancia materna exclusiva. Sin embargo, a nivel nacional, el 96 % de los niños y niñas habían lactado alguna vez.

Los datos anteriores indican que el problema principal puede estar relacionado en el sostenimiento de esta importante práctica. Por ende, la participación de padres y madres de familia en grupos de apoyo que ayuden a superar las barreras para concluir exitosamente el período de seis meses de lactancia materna exclusiva es trascendente.

En cuanto a la capacitación de personal (paso 2), el MSPAS reporta que personeros de dicha cartera han recibido el curso de 20 horas del ISSALM. Este curso se imparte en modalidad virtual con el apoyo del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá –INCAP-. El objetivo del curso es *“dotar de conocimientos que propicien la protección y apoyo efectivo a las madres para iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva y prolongada; así como fomentar la transformación de los establecimientos en Servicios de Salud Amigos de la lactancia Materna a través de la implementación de la ISSALM”*¹¹².

El cuadro a continuación detalla la cantidad de personal que ha tomado el curso desde el 2012, hasta el presente año.

Cuadro 26
Personal de salud capacitado en lactancia materna

Año	No. Personal capacitado (20 horas curso de ISSALM)
2012	216
2013	224
2014	193
2015	288
TOTAL	921

FUENTE: MSPAS Informe circunstanciado remitido mediante Oficio SIAS 43023

¹¹² Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. Servicios. <http://www.incap.org.gt/index.php/es/servicios/acciones-estrategicas/740-primer-curso-libre-lactancia-materna-exitosa-contribuyendo-a-una-promesa-de-vida>

En promedio, se han capacitado 230 personeros de salud por año. Los datos crudos no permiten hacer inferencias puntuales, pero asociando el dato a los más de 50 servicios sanitarios que atienden maternidades, se deduce que la brecha de personal de salud pendiente de capacitar (la cual no se reporta) es amplia.

Se mencionó que cada año se celebra en agosto, la Semana Mundial de la Lactancia Materna en la cual cada hospital realiza diferentes actividades de promoción. No se mencionaron más resultados concretos en el informe del MSPAS sobre las acciones para lograr la promoción de la lactancia materna durante del período 2012 al 2015.

Sin embargo, se tiene conocimiento¹¹³ que el MSPAS, con el apoyo otras instituciones han desarrollado un Plan Estratégico 2014-2018, del cual no se informó al mencionar las acciones. Asimismo, se sabe del apoyo al componente 2 del PPHO a través de impulsar las siguientes iniciativas, para la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna:

- ISSALM en hospitales, CAP y CAIMI.
- Bancos de leche materna.
- Estrategia de comadronas promotoras de la lactancia materna.
- Grupos de apoyo madre a madre a nivel comunitario.
- Espacios amigos de la lactancia materna para la madre trabajadora.
- Actualización sobre el marco legal vinculado con la lactancia materna.
- Monitoreo del cumplimiento del reglamento del código de sucedáneos de la leche materna
- Producción de material educativo y promocional como la serie de videos “*Demos apoyo cercano, continuo y oportuno a las madres que amamantan en Guatemala*”.
- Campañas de promoción de la lactancia materna en todos los medios y niveles.

Por su parte, el Sistema de Contabilidad Integrada, reporta que a nivel nacional, la ejecución física del rubro de “*Madre de niño y niña menor de 5 años, que recibe consejería sobre prácticas para el cuidado infantil*”, ha sido la que se presenta en el cuadro siguiente. En la consejería a madres de menores de 2 años, se enfatizan cuatro sub-temas, lavado de manos, lactancia materna, alimentación complementaria y monitoreo del crecimiento.

Cuadro 27
Ejecución física de consejería brindada a madres de niños y niñas menores de 5 años sobre prácticas para el cuidado infantil a nivel nacional, de enero a agosto de 2015

	Presupuesto físico (en cantidad de personas)						
	MSPAS			Extensión de cobertura*			
	Vigente	Ejecutado	% de ejecución	Vigente	Ejecutado	% de ejecución	
Madre de menor de 5 años que recibe consejería sobre prácticas para el cuidado infantil	1,473,818	442,610	30.03	511,883	75,503	14.75	
Madre de menor de 2 años que recibe consejería	El lavado de manos	660,643	259,072	39.22	105,598	13,451	12.74
	Lactancia materna	567,004	216,112	38.11	86,514	8,579	9.92

¹¹³ MSPAS, OPS/OMS, INCAP, SICA, CONAPLAM, SBS. Lactancia Materna, un triunfo para toda la vida. Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna en Guatemala. http://issuu.com/vilmachavezdepop/docs/material_sensibilizacion_smlm2014]

		Presupuesto físico (en cantidad de personas)					
		MSPAS			Extensión de cobertura*		
		Vigente	Ejecutado	% de ejecución	Vigente	Ejecutado	% de ejecución
sobre prácticas para el cuidado infantil con énfasis en...	Alimentación complementaria	407,058	133,768	32.86	80,789	9,513	11.78
	Monitoreo de crecimiento	399,879	153,136	38.30	80,611	8,899	11.04
Madre de menor entre 2-5 años que recibe consejería sobre prácticas para el cuidado del niño/a (lavado de manos, monitoreo del crecimiento y alimentación complementaria)		481,461	163,342	33.93	359,019	43,434	12.10

*El Programa de Extensión de Cobertura –PEC- ha dejado de funcionar como tal, sin embargo en SICOIN continúa apareciendo este concepto, el cual para fines del informe será concebido como la atención primaria en salud.

Sistema de Contabilidad Integrada –SICOIN-, revisado 22/09/15

En este cuadro se observa cómo la ejecución física de la primera, segunda y tercera acción de la Ventana de los mil días no alcanzó el 50% al mes de agosto del presente año. La interpretación de estas cifras es sujeta a varias aristas entre las que figuran: el déficit presupuestario que ha afectado a todo el sistema de salud y ha hecho que los fondos de un mismo programa se reasignen a otras acciones por la urgencia, más no por priorización pues “la prioridad” para este gobierno era combatir la desnutrición; la posibilidad de haber planificado inadecuadamente las metas; la desactualización de la información de SICOIN.

Se menciona el hecho de la desactualización pues aun cuando se tiene un consolidado, los datos desagregados por DAS presentan ausencia de reportes al sistema y hay contradicciones entre la presentación presupuestaria y la ejecución de los programas, pues el SICOIN aún hace referencia al concepto “Extensión de Cobertura”, cuando el Programa de Extensión de Cobertura –PEC- dejó de funcionar parcialmente desde 2014 y totalmente en el presente año¹¹⁴. Si bien las DAS manejan ahora un presupuesto para Atención Primaria en Salud, al analizar los reportes de SICOIN por área, se encuentran presupuestadas acciones para la ventana de los 1000 días tanto para la propia Área, como para extensión de cobertura.

Las deficiencias de información deben ser subsanadas con prontitud, pues en el marco de las directrices del ya mencionado movimiento SUN (del cual se han tomado bases) se contempla respaldar toda intervención con base a evidencia como una de las acciones para llevar toda intervención a la práctica.

Remitiéndose una vez más al SICOIN, es necesario resaltar que la asignación presupuestaria en el tema de lactancia materna, disminuyó en el 2015 con relación al año anterior, como lo muestra en el cuadro siguiente:

¹¹⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS). Informe Circunstanciado, Institucionalización del Programa de Extensión de Cobertura y su vinculación al Plan Pacto Hambre Cero y la Ventana de los Mil Días. Oficio Sin Número de Dra. Alma Zoemia Chew.

Cuadro 28
Asignación y ejecución presupuestaria a lactancia materna durante 2014 y 2015

	Asignado	Vigente	Devengado	% de ejecución
2014	72,447,524.0	58,967,471.55	44,759,501.77	75.91
2015	43,944,951.00	45,700,460.68	27,104,705.16	59.31

Sistema de Contabilidad Integrada –SICOIN-, revisado 22/09/15

La primera parte de la Evaluación de Impacto al PPH0, evaluó en 2012 el estado nutricional de una muestra de niños y niñas menores de cinco años. Los resultados reflejaron que el 35.5% de los niños y niñas de entre 3 y 5.9 meses que residían en los municipios priorizados por el PPH0 padecían desnutrición crónica¹¹⁵.

A la vista de la importancia de la problemática, la ventana de los 1000 días en su acción de la promoción y apoyo de la lactancia materna, nunca debió descuidarse; tanto la asignación presupuestaria como la sistematización de información en el tema demuestran descuido.

Otra de las acciones principales en este componente es la atención relacionada a la alimentación complementaria. Esta se define como la alimentación que inicia el niño/a después de los 6 meses de vida, cuando termina su etapa de lactancia materna exclusiva y se introducen nuevos alimentos como verduras, frutas, cereales, carnes, etc. de manera gradual. Luego del año de vida se espera que el infante se acople a la alimentación del hogar.

El accionar principal de la administración de Otto Pérez Molina en el tema de la alimentación complementaria fue la provisión de “Vitacereal” y recientemente de “Mi comidita”; en la supervisión hecha por la PDH en un Puesto de Salud de San Juan Comalapa, Chimaltenango, el personal indicó que “Mi Comidita” es más aceptada que el “Vitacereal” por tener mejor sabor (relacionado a la inclusión de leche en sus ingredientes) y mejor consistencia y que el “Vitacereal” en algunos lugares se da a los animales.

Componente 3 – Educación alimentaria nutricional

Este componente se aborda en la sección I, “Consumo correcto de alimentos” por lo que se remite la lectura a esta parte de este informe.

Componente 4 – Alimentos fortificados

Los indicadores de SESAN sobre los resultados del Pacto no incluyen el monitoreo de la fortificación de alimentos. La PDH solicitó información en relación a este componente al MSPAS, pero su informe no incluyó datos al respecto. Tampoco se ha encontrado información sobre alimentos fortificados en las páginas web oficiales o en noticias en medios de comunicación.

¹¹⁵ Secretaría de Seguridad Alimentaria Nutricional. S/F. Evaluación de impacto del Plan del Pacto Hambre Cero. Segunda encuesta de monitoreo en los 166 municipios priorizados Tomo I: Estado nutricional de menores de cinco años y mujeres en edad fértil. Pág.

Componente 5- Atención a población vulnerable

Este componente se aborda en la sección II, “Acceso a alimentos” y en la sección III, “Canícula prolongada- El reto de prevenir la desnutrición aguda en Guatemala” por lo que se remite la lectura a esta parte de este informe.

Al concluir la preparación de este informe la SESAN dio a conocer que hasta el 30 de septiembre de 2015 había ejecutado 46% de del presupuesto vigente¹¹⁶.

IV. JUSTICIABILIDAD Y EXIGIBILIDAD DEL DERECHO A LA ALIMENTACIÓN

Las Observaciones Generales aprobadas por el comité DESC, refieren a la justiciabilidad como “*las cuestiones que pueden o deben resolver los tribunales*”. En sentido práctico, es la manera de hacer valer los derechos humanos con respaldo jurídico. La importancia de ello radica en que, independientemente de los sistemas jurídicos de los Estados, no hay ningún derecho reconocido en el PIDESC que no se pueda considerar que posee, en la gran mayoría de los sistemas, algunas dimensiones significativas de justiciabilidad¹¹⁷.

La exigibilidad de los DESC remite la posibilidad de reclamar judicialmente el cumplimiento de las obligaciones derivadas de los mismos¹¹⁸.

Las Observaciones del Comité hacen la acotación, que “*La adopción de una clasificación rígida de los DESC que los sitúe, por definición, fuera del ámbito de los tribunales sería [...] arbitraria e incompatible con el principio de que los [...] derechos son indivisibles e interdependientes. También se reduciría drásticamente la capacidad de los tribunales para proteger los derechos de los grupos más vulnerables y desfavorecidos de la sociedad*”.

Guatemala tiene como referentes dos casos de exigibilidad del derecho a la alimentación. El primero, reconocido como un tipo de exigibilidad social, fue la protesta por la aprobación del Decreto 19-2014 (Ley de obtenciones vegetales), que fue derogado por el Congreso de la República, pues propiciaba la alimentación transgénica en el país, estimulaba el uso de semilla genéticamente modificada y violentaba la soberanía alimentaria, limitando el desarrollo rural por aumentar el precio de las semillas y criminalizando al agricultor, entre otras consecuencias¹¹⁹.

El segundo caso sentó un precedente pues se materializó la justiciabilidad del Derecho Humano a la Alimentación. Entre abril y mayo de 2013, el Juzgado de la Niñez y Adolescencia y de Adolescentes en Conflicto con la Ley Penal del Departamento de Zacapa dictó cuatro sentencias a favor de cinco

¹¹⁶ SESAN. Seguimiento Especial del Gasto del Plan del Pacto Hambre Cero 2015.

¹¹⁷ Observaciones generales aprobadas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Nº 1 a Nº 19: HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol.I); Nº 20: E/C.12/GC/20; Nº 21: E/C.12/GC/21

¹¹⁸ Jesús Martínez de Pisón, “Los derechos sociales: unos derechos controvertidos”, en Virgilio Zapatero e Isabel Garrido, *Los derechos sociales como una exigencia de la justicia*, cit., p. 98.

¹¹⁹ PDH/Defensoría de Alimentación. Informe de acciones realizadas por la defensoría a la alimentación en referencia a la aprobación del Decreto 19-2014 (Ley de Obtenciones vegetales).S.F. Pág. 1.

niños (Mayra Amador Raymundo, Dina Marilu y Mavelita Lucila ambas de apellido Interiano Amador, Brayán Rene Espino Ramírez y Leonel Amador García), por la vulneración a sus derechos humanos, específicamente por violación al derecho a la vida, a un nivel de vida adecuado, a la salud, a la educación, a la alimentación y a la vivienda, siendo presuntamente responsable por omisión el Estado de Guatemala.

Dentro de las sentencias el Juzgado ordenó al Estado de Guatemala, que por medio de 10 instituciones ejecutara 26 medidas específicas para restaurar los derechos humanos violados. En la misma ordenó al Procurador de Derechos Humanos velar por el debido y estricto cumplimiento de las medidas decretadas y del respeto de los derechos humanos de las/os niñas/os y de sus familias.

En acato de dicha orden la PDH ha realizado varias visitas de seguimiento a las familias. Posterior al segundo informe, sobre las visitas efectuadas en marzo del 2014, el Magistrado de Conciencia inició el expediente EIO.GUA.4202-2013/DESC, “*debido a que [El Estado de Guatemala a través de las instituciones responsables] no ha[n] cumplido con lo ordenado por el [Juzgado de la Niñez y la Adolescencia y de Adolescentes en conflicto con la Ley Penal del Departamento de Zacapa]*”. En este expediente, se hacen recomendaciones a 13 instituciones del Estado para mejorar las condiciones de estas comunidades en general, particularmente a las familias de los cinco niños(as).

En febrero de 2015 se realizó una vez más, visita de seguimiento a las familias de los cinco niños(as) para determinar el grado de cumplimiento de la sentencia dictada por el juez¹²⁰. Los principales hallazgos de esta visita se sustentan en: 1) en respuestas obtenidas de las madres de familia, 2) en las observaciones físicas realizadas al entorno de cada hogar y 3) registro de visitas realizadas por los delegados de las instituciones. Los mismos se presentan en el cuadro a continuación.

Cuadro 29
Seguimiento de Sentencia emitida a favor de niños desnutridos – Hallazgos principales

Restitución del Derecho	Hallazgos positivos	Hallazgos negativos
Derecho a la Alimentación	Entrega de una bolsa de alimentos que contiene: - 10 libras de harina de maíz - 20 libras de frijol - 20 libras de arroz - 2 botellas de aceite (900 ml) - 2 paquetes de mezcla de harina de maíz con soya y azúcar fortificada - 10 libras de avena tipo mosh - 4 libras de sal Los alimentos entregados constituyen el doble de lo establecido en la <i>Bolsa Segura</i> .	El juez dictó que esta bolsa fuera entregada una vez al mes y no se ha cumplido esta periodicidad.

¹²⁰ Procuraduría de los Derechos Humanos. Marzo 2015. III Informe de Verificación al Cumplimiento de las Medidas Ordenadas por el Juez de Zacapa, en Favor de Tres Niñas, Dos Niños y su Núcleo Familiar. Defensoría de la Alimentación.

Restitución del Derecho	Hallazgos positivos	Hallazgos negativos
	A las cuatro familias les llevaron estufas ahorradoras	No las terminaron de instalar adecuadamente; las familias prefirieron no usarlas porque se llenaba la cocina de humo.
	Se entregaron aves de corral (pollos).	Se entregó para los animales una única ración de alimentos. Las aves se fueron muriendo por la inadaptación ambiental, enfermedad y falta de alimento. A la fecha de la visita no quedaban aves.
	Huertos están medianamente produciendo.	A las familias les apoyaron para iniciar la instalación de lo básico pero no volvieron a llegar para dar seguimiento al tema y las primeras siembras se secaron. Falta de seguimiento, capacitación y monitoreo de los resultados esperados.
		No se han implementado políticas agrícolas enfocadas a la producción y cosecha de alimentos para el auto consumo, para el desarrollo de una producción agrícola de subsistencia que garantice la soberanía alimentaria.
		Las familias carecen de tierra suficiente para propiciar el cultivo.
Derecho al Nivel de Vida Adecuado	Instalación de un sistema de captación de agua. Provisión de eco filtros.	No se dio seguimiento, capacitación, y monitoreo del uso adecuado de ambos. Esto causó su abandono y/o uso inapropiado.
		Municipalidad incumplió en garantizar el acceso al agua potable; no cuentan con agua para el consumo humano y saneamiento básico.
Derecho a la Salud		MSPAS no realiza visitas periódicas para el control de talla y peso de las niñas y niños, chequeos médicos y la provisión de micronutrientes y desparasitantes que indica la sentencia. El personal de salud aduce que los niños deben visitar el Centro de Salud, pero las familias no cuentan con ingresos económicos para pagar el traslado hacia el centro.
		En caso de enfermedad, en los centros de salud solo les han extendido recetas porque no hay abastecimiento de medicinas.
		Las madres presentan un cuadro clínico de anemia severa y no han sido

Restitución del Derecho	Hallazgos positivos	Hallazgos negativos
		incorporadas a los programas de salud locales.
		Persisten los vertederos de aguas residuales contaminando el ambiente de los hogares.
		La asistencia técnica en el manejo de basura y acciones preventivas contra la desnutrición no ha llegado a las familias.
Derecho a la Educación	Existe un hogar comunitario que atiende de forma <i>ad-honorem</i> con ayuda de la Secretaría de Bienestar Social en una casa particular a donde asisten dos de los niños de la sentencia.	El Ministerio de Educación no ha implementado programas que respondan a la orden judicial, evidenciando que son las niñas y los niños quienes deben adaptarse al sistema educativo nacional.
		Persiste el argumento de las autoridades educativas es que el programa de becas de primaria solamente atiende casos de sobre edad y para personas con discapacidad.
		Uno de los niños sigue incorporándose a las tareas agrícolas en las fincas de Honduras y no ha tenido acercamiento de parte de las instituciones educativas del departamento.
Derecho a la Vivienda		Los problemas del acceso a la tierra, para la vivienda y el cultivo, de la familia de Leonel Amador García siguen sin ser resueltos; el techo donde cohabitan 7 personas está parcialmente carcomido por polillas, roedores y comején.
		El Fondo de Tierras no ha resuelto la situación de falta de tierra para vivienda y para la agricultura de las familias.

FUENTE: Elaboración propia con información de III Informe de Verificación al Cumplimiento de las Medidas Ordenadas por el Juez de Zacapa, en Favor de Tres Niñas, Dos Niños y su Núcleo Familiar

Además de los anteriores hallazgos, se comprobó mediante los libros de registro de visitas que obra en poder de las familias, que las visitas del Estado por medio de sus instituciones y delegados han sido irregulares. En el registro no aparecen los delegados del Ministerio de Comunicaciones.

Por medio de la supervisión se constató que el Estado a través de sus instituciones ha hecho caso omiso, tanto a las recomendaciones morales emitidas por el Magistrado de Conciencia, como a la resolución judicial que dictó el Juzgado de la Niñez y la Adolescencia y de Adolescentes en conflicto con la Ley Penal del Departamento de Zacapa.

V. CONCLUSIONES

1. Durante 2015 los avances legislativos más destacables relacionados a SAN son los Acuerdos Ministeriales del MSPAS sobre primer nivel de atención en salud: la creación del Programa Nacional de Vigilancia de la Calidad del Agua para el Consumo Humano –PROVIAGUA-, la apertura de dos nuevas Direcciones de Áreas de Salud en Huehuetenango y la aprobación de la Estrategia de Fortalecimiento y Desarrollo Institucional del Primer Nivel de Atención. El MINEDUC por otra parte, aprobó el tema de SAN como único tema de seminario para este ciclo escolar.
2. Aun con el 96% de COMUSANES formadas para octubre de 2014, la SESAN ha destacado la falta de voluntad de los gobiernos locales en su participación activa en intervenciones de SAN. Esto demuestra que la simple conformación de las comisiones no ha implicado un avance significativo en el tema.
3. El pilar de la disponibilidad de alimentos ha sido particularmente afectado por dos situaciones: primero, persiste, en el Programa de Extensionismo Rural, la baja cobertura de los CADER (34.58% del sector agrícola); segundo, continúa la problemática del acceso a tierras y recursos naturales a causa de los cultivos extensivos que también ha violado otros derechos económicos, socioambientales y culturales con desalojos forzosos, vetado derecho a la libre locomoción, precarias condiciones de trabajo, criminalización de líderes comunitarios, etc.
4. El pilar del acceso a los alimentos tiene como principales barreras el desempleo (2.4% para los hombres y 3.8% para las mujeres), el subempleo visible (14.4% de la población económicamente activa) y los insuficientes salarios de tres quintiles de la población para cubrir la CBA. Para garantizar el acceso a poblaciones en condición de vulnerabilidad existen los programas sociales; sin embargo, la “Bolsa Segura” y otros programas de asistencia alimentaria desde 2014 han sido objeto del uso partidista y clientelar. Adicionalmente, las entregas no han tenido una periodicidad definida, lo cual vulnera el derecho a la alimentación de los beneficiarios.
5. En relación a los programas sociales se destacan tres hechos: con casi cuatro años de funciones, el MIDES no ha podido afinar los indicadores de los programas para su publicación oficial, lo que impide que se evidencie el éxito o el fracaso de los programas; la verificación de corresponsabilidades para la entrega de transferencias monetarias no cuenta con un proceso transparente en las delegaciones locales del MIDES; las corresponsabilidades para recibir bolsas de alimentos no están encaminadas a procesos formativos para generar conocimientos y prácticas que favorezcan la buena alimentación, la vida familiar y comunitaria.
6. Sobre el pilar del consumo correcto se concluye que la dieta de la población guatemalteca se constituye predominante del maíz y productos derivados, dejando fuera el consumo de frutas, verduras y alimentos de origen animal por su alto costo. El tema del sobre-consumo, relacionado al sobrepeso y obesidad no se ha abordado frontalmente por parte del MSPAS o MINEDUC, lo que es imprescindible en el contexto de la coexistencia de desnutrición

crónica y sobrepeso u obesidad (doble carga nutricional) y el repunte en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

7. En relación al pilar de la disponibilidad biológica existen dos componentes principales abordados en este informe, el acceso al agua potable y la contaminación por aflatoxinas. En cuanto al agua resalta que el 77 % se usa para la agricultura, en cuyo contexto se comprometen derechos económicos, socioambientales y culturales. El caso emblemático de este año fue la contaminación del Río La Pasión por una empresa de palma aceitera que provocó la muerte de miles de peces y con el hecho violó el derecho al acceso al agua, la salud y la alimentación de pobladores del Petén. Los recursos hídricos guatemaltecos se encuentran contaminados en un 97%. Por otro lado, el consumo prolongado de aflatoxinas conduce a deficiencias nutricionales y éstas están presentes en el 70.1% del maíz consumido en los hogares incluidos en un estudio.
8. Desde 1974 los titulares en medios de comunicación reportaban que el 50 % de la población sufría desnutrición crónica, luego de 35 años (ENSMI 2009/2009) este porcentaje, difería solamente en 4.4 puntos porcentuales. El reto para quien asuma la próxima administración, será la ejecución adecuada, sostenida, focalizada y progresiva de las acciones contra la desnutrición crónica, aguda y la inseguridad alimentaria en el marco de la Política de SAN.
9. El presupuesto nacional no refleja que la salud sea prioridad. El gasto en salud para el 2012, se destinó el 1.06 % del PIB.
10. En el 2014 descendió el número de casos de desnutrición aguda con respecto al año 2013. Sin embargo, en las áreas de salud de los departamentos de San Marcos, Quetzaltenango, Guatemala central, Chiquimula, Suchitepéquez, Santa Rosa, Sacatepéquez, Quiché, Retalhuleu y Guatemala noroccidente aumentaron los casos en más de cien. De manera global se observa una mejora en la situación, pero a nivel local en algunas regiones la situación se agravó.
11. Datos de 2014 y 2015 indican que la mayoría de muertes por desnutrición aguda ocurren en niños menores de 2 años. De los estos casos en 2014, se presentó mayor incidencia en el área Ixil, Izabal, Ixcán, Huehuetenango, San Marcos y Alta Verapaz. Para el primer semestre de 2015, se presentó mayor incidencia en Totonicapán, Huehuetenango, Jalapa, Quetzaltenango y San Marcos. Este último departamento los casos de desnutrición aguda han sido más letales.
12. El protocolo de vigilancia de la desnutrición aguda en niños menores de cinco años brinda escasa información acerca de los criterios para descartar un caso de mortalidad por DNA que “causa duda” (justamente los criterios que se discuten en las mesas). Luego de un año y medio de funcionamiento de la Comisión Presidencial de Análisis de Casos de Mortalidad por Desnutrición Aguda, la experiencia sobre los casos dudosos puede brindar las herramientas suficientes para mejorar el algoritmo de decisión para registro y notificación de casos de mortalidad por DNA en menores de 5 años.
13. En 2015, la canícula prolongada afectó a trece municipios y más de 180 mil familias, encareciendo el precio de los granos básicos en un promedio de Q 10.00 el quintal de maíz

y Q 50.00 el quintal de frijol. Las primeras estimaciones señalan que se habría perdido el 80% de las cosechas, incluidas 55 mil toneladas de maíz.

14. Tanto los hallazgos en supervisiones de la PDH al primer nivel en salud, como las cifras presentadas de provisión de servicios de salud demostraron una tendencia a la baja de cantidad y calidad de servicios en el primer nivel. En el caso de la atención prenatal, las cifras provistas por el MSPAS en cuanto al tratamiento y prevención de anemia en mujeres embarazadas, para el período 2013-2014 no reflejan que la atención en este grupo poblacional sea prioritaria; las coberturas de entrega de zinc, a los niños menores de 1 año con diagnóstico de diarrea o neumonía, estaban entre un 75-95%, cuando la cobertura debe ser del 100%; en el tema de vacunas, cuatro áreas de salud evidenciaron que las mismas han recibido entre un 36-86 % de las vacunas solicitadas al MSPAS. Preocupa en particular el caso de ciertas vacunas como Hepatitis B del recién nacido, BCG, neumococo y rotavirus, las cuales cuentan con un plazo de tiempo en la vida del niño(a) para su aplicación y una vez cumplido este plazo ya no pueden aplicarse.
15. El problema principal relacionado a las prácticas de lactancia materna exclusiva radica en el sostenimiento de esta importante práctica hasta los 6 meses de edad. Por ende, la participación de padres y madres de familia en grupos de apoyo que ayuden a superar las barreras para concluir exitosamente el período de seis meses de lactancia materna exclusiva es trascendente. Para 2015 la asignación presupuestaria para la promoción de la lactancia materna disminuyó en relación con el año anterior.
16. La PDH por medio de una supervisión constató que el Estado a través de sus instituciones ha hecho caso omiso, tanto a las recomendaciones morales emitidas por el Magistrado de Conciencia, como a la resolución judicial que dictó el Juzgado de la Niñez y la Adolescencia y de Adolescentes en conflicto con la Ley Penal del Departamento de Zacapa. Esto demuestra como el Estado continúa en el incumplimiento y la violación de los derechos.

VII. RECOMENDACIONES

A la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional

1. Dado que la falta de un sistema de monitoreo y evaluación impide la transparencia, entorpece cambios positivos para la mejora de los programas y dificulta la participación eficiente de actores importantes, se recomienda la aplicación rigurosa de los sistemas de monitoreo para la seguridad alimentaria y nutricional ya existentes, incluir evaluaciones de procesos que den pautas de cómo ejecutar las acciones para obtener mejores resultados y no perder la valiosa práctica de la evaluación de impacto del PPHO (o el programa que en el futuro reemplace sus acciones contra la desnutrición y la inseguridad alimentaria).
2. Focalizar de las acciones de todas las instituciones en aquellos municipios que presenten mayores prevalencias de desnutrición crónica, actualizado con nuevos resultados del IV Censo en Talla.
3. Profundizar la coordinación de todas las instituciones del Estado que tienen responsabilidad en la seguridad alimentaria y nutricional según el CONASAN pues es fundamental para asegurar el ejercicio del derecho a la alimentación.
4. Monitorear la ejecución de acciones a lo interno de las COMUSANES, por medio de instrumentos e indicadores de procesos que reflejen el compromiso de alcanzar los resultados que corresponden a estas comisiones.
5. Monitorear especialmente los casos de morbilidad y mortalidad por desnutrición aguda en menores de 5 años en San Marcos, departamento que sostenidamente ha presentado altas tasas de letalidad por desnutrición.

Al Congreso de la República de Guatemala

1. Aprobar el Protocolo Facultativo del PIDESC, como se recomendó en el VII Informe.

Al Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación

1. Se reitera la recomendación del VII Informe en el sentido de ampliar la cobertura de los programas de extensionismo rural, enfocándose en las áreas que presentan mayor prevalencia de desnutrición crónica, mayor extensión territorial rural y vulnerabilidad a fenómenos naturales (canícula, desbordes de ríos, etc.) hasta lograr la cobertura óptima de las familias con agricultura de subsistencia e infrasubsistencia.
2. El MAGA debe promover el mejor manejo de las cosechas para reducir las aflatoxinas en la pre-cosecha (como mejorar el riego) y post-cosecha (como el mejoramiento del secado de los elotes antes de almacenarlos y el almacenaje). También debe promover entre los grandes productores la aplicación de *Sistema de análisis de riesgos y puntos críticos de control* -HACCP por sus siglas en inglés- y entre los agricultores de subsistencia el secado completo al sol sobre petates, no directamente sobre el suelo, escoger a mano los elotes visiblemente mohosos y

retirarlos de la cosecha que se va a almacenar, uso de sacos de fibra natural en vez de plásticos porque estos promueven humedad, uso de paletas de madera para almacenar los sacos y evitar ponerlos directamente sobre el suelo, uso de insecticidas para disminuir el gorgojo u otros insectos. Por último, debe considerarse presupuesto para evaluar el impacto de la aplicación de las medidas que se tome en torno al tema de las aflatoxinas.

Al Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales

1. Cumplir con la obligación de proteger el derecho a la alimentación, mediante las inspecciones de las plantas de procesamiento del fruto de la palma aceitera y verificación de tratamiento de aguas.

Al Ministerio de Trabajo y Previsión Social

1. Ejecutar monitoreos y sanciones respectivas relacionadas a las condiciones laborales precarias e inhumanas de las personas que trabajan en cultivos de palma aceitera.
2. Tomar acciones que permitan a los guatemaltecos ejercer con dignidad su derecho al trabajo y la remuneración equitativa y satisfactoria del mismo, que le asegure al individuo, así como a su familia, el goce de los demás derechos.
Deberá enfocar sus esfuerzos en los jóvenes, quienes se integran a la población en edad de trabajar, pero encuentran una realidad adversa con pobres oportunidades de empleo y salario digno; continuar su trabajo con mujeres, quienes en muchas ocasiones se constituyen como jefas de familia; y las poblaciones indígenas quienes históricamente han sido las víctimas más representativas de la pobreza, pobreza extrema y desnutrición.

Al Ministerio de Desarrollo Social

1. Desarrollar y socializar el diseño de todos los programas sociales, definiendo objetivos claros y medibles, líneas de acción que respondan a las causas estructurales, subyacentes y básicas de la desnutrición y pobreza.
2. Invertir en la planificación del monitoreo y evaluación, preferiblemente en alianza con instituciones externas al gobierno (Universidades, centros de investigación nacionales o internacionales.), de forma que se favorezca la transparencia en la rendición de cuentas.
3. Agilizar y socializar el avance en las etapas del proceso de diseño, desarrollo e implementación del Sistema Nacional de Información Social –SNIS- y garantizar que en este se incluya el Código Único de Identificación –CUI-.
4. Determinar la periodicidad de las entregas de asistencia alimentaria y cumplirla para obtener resultados satisfactorios.
5. Sancionar al personal que use los programas sociales como bolsas de alimentos y transferencias monetarias condicionadas, para la politización de los mismos, mitines, campañas electorales, recomendación que se formuló en el Informe Anual Circunstanciado de Situación de Derechos Humanos 2014.

6. Cambiar el enfoque de las corresponsabilidades para recibir asistencia alimentaria, encauzándolas a la participación de las personas atendidas en actividades que fomenten el desarrollo. Asimismo, en cuanto a las transferencias monetarias condicionadas relacionadas a salud y educación, deberán contar con un sistema riguroso que corrobore la participación de los beneficiarios en las actividades propias de las corresponsabilidades.
7. Coordinar con MSPAS y MINEDUC para capacitar y empoderar a las personas beneficiarias de programas sobre la aplicación de las recomendaciones de las Guías Alimentarias para Guatemala y puedan así tomar las mejores decisiones de compra y consumo. Se debe enfatizar, y ajustar las cantidades de las bolsas de alimentación, para que se practique el consumo de mezclas vegetales (cereal-leguminosa), en particular en poblaciones vulnerables a desnutrición proteico-energética.
8. Incluir en los programas de asistencia alimentaria a las áreas urbanas de mayor desarrollo, en particular las regiones marginales de los departamentos de Escuintla y Quetzaltenango, las cuales presentan las mayores prevalencias de desnutrición aguda en el país.

Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

1. Es necesario que el MSPAS como ente rector en salud lleve un registro adecuado de todas las composiciones de micronutrientes en polvo y así también indique las composiciones a utilizar.
2. Estandarizar los procesos del Departamento de Capacitaciones sobre las temáticas a impartir, de forma tal que la capacitación contribuya a respetar el derecho a la alimentación de las personas a quienes atienden, mediante la atención de personal competente.
3. Por su relevancia, las acciones contempladas en la Ventana de los 1000 días deben tener continuidad en el próximo gobierno, que debe asegurar la ejecución adecuada, sostenida, focalizada y progresiva de estas acciones, en el marco de la Política de SAN.
4. La provisión de hierro y ácido fólico para las mujeres embarazadas debe convertirse en una de las acciones que busquen la universalización en la sociedad guatemalteca.
5. Mediante las acciones que sean necesarias, garantizar el abastecimiento de vacunas en todas las Direcciones de Área de Salud y la correcta ejecución del Programa Nacional de Inmunizaciones. Asegurar particularmente el abastecimiento oportuno de BCG, hepatitis B para recién nacido, neumococo y rotavirus.
6. Sobre la lactancia materna se debe fortalecer la Iniciativa de la Iniciativa de Servicios de Salud Amigos de la Lactancia Materna –ISSALM-, particularmente las acciones encaminadas a la formación de grupos de apoyo para mujeres. Buscar la certificación de todos los hospitales nacionales, CAP y CAIMI e incluso los hospitales privados y de seguro social, según las recomendaciones del Comité de los Derechos del Niño. Ampliar la cantidad de personal de salud que ha recibido el curso sobre prácticas de lactancia materna; todo ello requiere aumentar el presupuesto para las acciones de promoción en lactancia materna.

7. Ampliar la cobertura de la provisión de “Vitacereal” y “Mi comida” paralela a estudios que determinen la aceptabilidad de los productos.
8. Evaluar el caso particular de los servicios de salud de primer, segundo y tercer nivel de San Marcos para evitar la mortalidad por desnutrición aguda en menores de 5 años.

Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en coordinación con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

1. Analizar el costo-efectividad que tiene la inversión en labores preventivas, particularmente en el enfoque de las enfermedades crónicas no transmisibles y accionar en consecuencia para disminuir el impacto de estas enfermedades en los servicios de salud.

Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en coordinación con la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional

1. Utilizar la experiencia de la “Comisión Presidencial Institucional Técnica de Análisis de la Morbilidad y Mortalidad por Desnutrición en menores de cinco años de edad” para brindar herramientas que mejoren el algoritmo de decisión para registro y notificación de casos de mortalidad por desnutrición aguda en menores de 5 años. Asimismo, realizar un análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de la Comisión, tomando en cuenta las debilidades destacadas en este informe, con el fin de analizar cuál es el mejor mecanismo para asegurar los procesos relacionados a la publicación oficial de datos sobre desnutrición aguda.

Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en coordinación con el Ministerio de Educación

1. Superar el enfoque centrado en las carencias nutricionales y abordar enfáticamente el problema del consumo por excesos, elaborando estrategias para mejorar la dieta, adquirir estilos de vida saludables (disminuir de peso, hacer ejercicio, evitar el consumo de alcohol y tabaco, etc.).

Al Ministerio de Educación

1. Para continuar la ejecución del Programa MESAN, o futuros programas de seguridad alimentaria nutricional en escolares, deberá considerarse mayor cantidad de personal que asesoren lo relacionado a salud y nutrición. Es necesario aumentar la cobertura de personal capacitado en temas específicos de seguridad alimentaria y nutricional.

Al Instituto Nacional de Estadísticas en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

1. La V ENSMI tiene un enfoque primario en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, colocando en segundo plano el estado nutricional. La observancia del derecho solamente se logra cuando se cuenta con los marcos, estrategias y políticas que garanticen la misma. Bajo esta premisa, recomienda mantener la periodicidad de esta encuesta y atender las siguientes recomendaciones del BID:
 - Monitorear patrones de alimentación incorporando métodos de evaluación dietética (frecuencia de consumo de alimentos).
 - Inclusión de indicadores de deficiencias de micronutrientes (vitamina A, anemia).
 - Inclusión de estadísticas de sobrepeso y obesidad en todos los grupos de edad.

- Inclusión de preguntas sobre actividad física y sedentarismo.
- Inclusión de preguntas sobre participación en programas sociales, para examinar su foco de atención y documentar su cobertura.

Adicionalmente se recomienda,

- Ampliar la muestra a escolares y ambos sexos en todos los grupos de edad.
 - Inclusión de indicadores de enfermedades crónicas no transmisibles.
 - o Presión arterial en adultos.
 - o Circunferencia de cintura en todos los grupos de edad.
 - o Glucosa en ayunas.
 - Inclusión de preguntas sobre percepción de inseguridad alimentaria.
2. Realizar un reporte oficial sobre las lecciones aprendidas durante el proceso de campo de la VI ENSMI (incluidas las experiencias de inseguridad y rechazo de la población), con la finalidad de que esto se convierta en un insumo para la coordinación y ejecución del trabajo en futuras administraciones.

A todas las instituciones

1. Tomar medidas para combatir el sobrepeso y la obesidad en el contexto una política pública, creando el marco legal y normativo correspondiente para promover que los programas, proyectos e intervenciones ataquen de frente el problema. Tomando acciones como por ejemplo: prohibir alimentos de alta densidad energética y bebidas azucaradas dentro de las escuelas, estipular impuestos especiales para los mencionados alimentos y bebidas, promover estrictas normativas en la publicidad de estos productos en niños, crear programas para la promoción de actividad física, entre otras acciones.
2. Evaluar de forma permanente y multisectorial la situación de los monocultivos, enfatizando el uso racional de los recursos naturales, ya que la expansión de tierras cultivadas crece constantemente, de forma que el Estado cumpla con su función de proteger los derechos humanos respecto de actores no estatales.
3. Cumplir plenamente con las medidas ordenadas por el Juzgado de la Niñez y Adolescencia y de Adolescentes en Conflicto con la Ley Penal del Departamento de Zacapa en favor de cinco niños y niñas por vulneración de su derecho a la vida, a un nivel de vida adecuado, a la salud, a la educación, a la alimentación y a la vivienda.

VIII. ANEXOS

Anexo I

Cuadro comparativo de características de censo en talla en escolares y ENSMI

	Censo de talla en escolares	ENSMI
Publicaciones	Primer censo – No aparece Segundo censo – 2001 Tercer censo – 2008/2009 Cuarto censo – 2015*	I Encuesta – 1987 II Encuesta – 1995 III Encuesta – 1998/1999 IV Encuesta – 2002 V Encuesta – 2008/2009 VI Encuesta – 2014/2016*
Población objetivo	Niños y niñas de primer grado primaria comprendidos entre las edades de 6 a 9 años	Todos los miembros del hogar (hombres, mujeres y niños/as)
Indicadores obtenidos	Peso/talla	Estado nutricional de niños de 0-59 meses (4.9 años), incluye: Desnutrición aguda –DNA- (Peso/talla) Desnutrición crónica (Talla/edad) Estado nutricional global (Peso/edad)
Tipo de estudio	Censo (100 % de la población infantil que asiste a primer grado de primaria en escuelas públicas de la República)	Encuesta nacional (toma de una muestra estadísticamente representativa de la población guatemalteca)
Clasificación del Estado Nutricional	Según valores de dispersión (desviación estándar –DE-) alrededor de la mediana para la talla. -2 DE = DNC moderada -3 DE = DNC severa	Según valores de dispersión (desviación estándar –DE-) alrededor de la mediana para la talla. -2 DE = DNC moderada -3 DE = DNC severa
Resultados más recientes	45.6 % de la población presentó DNC 32.9 % DNC moderada 12.7 % DNC severa	De los niños/as de 0-59 meses: 49.8 % presentó DNC 1.4 % presentó DNA
Capacitación del personal que toma las medidas	Un equipo de personas expertas en antropometría, previamente estandarizadas, capacitaron a los supervisores departamentales de educación de todos los departamentos del país sobre la técnica de medición de talla, la utilización de instrumentos y el llenado de formularios específicos del censo. Los supervisores a su vez capacitaron a los y las maestras de	El proceso de capacitación del personal para la recolección de los datos se organizó en 2 etapas: 1°etapa: se dividió en 2 pasos. El primer paso tuvo como propósito proporcionar los conocimientos básicos de los contenidos de los cuestionarios, a través de conferencias magistrales, dinámicas vivenciales y trabajos de grupos; el segundo paso se orientó a la forma correcta de su llenado, a través de prácticas simuladas y juegos de roles. 2°etapa: se orientó al manejo correcto

Censo de talla en escolares		ENSMI
	primer grado de primaria de las escuelas bajo su responsabilidad. ¹²¹	de los cuestionarios durante las prácticas de campo y en establecimientos de salud para algunos módulos. Durante éstas prácticas se aplicaron 1,200 cuestionarios en hombres y mujeres, en comunidades no incluidas en el marco muestral. Estas prácticas se realizaron en los departamentos de Sacatepéquez, Chimaltenango y Guatemala. El personal de la encuesta capacitado de manera especial, incluyó las antropometristas, las supervisoras y las editoras centrales. Las antropometristas ¹²² , porque su capacitación incluyó una parte teórica, una demostrativa, una práctica en servicios de salud y la estandarización en una guardería con niños y niñas menores de 5 años. Fueron seleccionadas al final de la capacitación las que alcanzaron los parámetros establecidos en precisión y exactitud en la toma de peso, longitud y talla. La capacitación de los supervisores, se organizó en 2 momentos: el primero, antes de iniciar la capacitación de los encuestadores y el segundo durante las prácticas de campo. El personal de edición central fue capacitado en forma conjunta con el personal de digitación. Para el proceso de capacitación se elaboraron 12 manuales; a cada uno de los participantes se les dotó de un manual de acuerdo al cargo que desempeñaban. ¹²³
Entidades involucradas	MINEDUC, SESAN	MSPAS e Instituto Nacional de Estadística –INE- con el apoyo de varias ONGs y Cooperación Internacional
Aplicaciones	Conocer la situación nutricional pasada de la población escolar como indicativa del grado de desarrollo humano de la población. Identificar grupos de población con alta vulnerabilidad a problemas	Describe la situación de salud, de enfermedad y factores de riesgo para todas las poblaciones. Es una “radiografía” amplia y representativa del país.

¹²¹ Ministerio de Educación. 2008. Tercer Censo Nacional de Talla en Escolares de Guatemala.

¹²² Antropometrista: Personal capacitado y estandarizado en la toma de medidas antropométricas como peso, talla, circunferencias, etc.

¹²³ Instituto Nacional de Estadísticas. 2008/2009. V Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil.

Censo de talla en escolares	ENSMI
<p>nutricionales, de salud y socioeconómicos en general.</p> <p>Identificar áreas prioritarias de acción.</p> <p>Comparar la situación de seguridad alimentaria nutricional entre áreas geográficas.</p> <p>Desarrollar procesos de abogacía política a favor de las poblaciones postergadas.</p> <p>Diseñar y evaluar políticas, planes, programas y proyectos relacionados a la promoción de la seguridad alimentaria y nutricional.</p> <p>Reorientación-multisectorial de la solución de los problemas alimentario-nutricional en procesos de planificación de desarrollo local, nacional y regional.</p> <p>Base para investigaciones relacionadas a condiciones de vida.</p> <p>Fuente de información para mapas de pobreza.</p> <p>No es referente para determinar el estado nutricional.¹²⁴</p>	<p>Los datos se desagregan por características como etnia, área de residencia (urbana/rural), región, departamento, edad, nivel de educación, quintil económico y otros aspectos, los cuales permiten determinar las poblaciones más vulnerables a cualquier desenlace.</p> <p>Construcción de indicadores para todas las poblaciones en los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Viviendas, hogares y bienes del hogar - Salud reproductiva (mujeres y hombres), ETS y VIH - Salud materna, neonatal y e infantil - Mortalidad neonatal, infantil y en la niñez - Lactancia y nutrición - Riesgos de salud (mujeres y hombres) - Violencia intrafamiliar - Situación escolar de población de 5 a 14 años <p>Brinda datos más precisos y exactos en cuanto al estado nutricional de la población, por tanto sirve para determinar metas y logros de los programas dirigidos a la modificación de ciertos indicadores.</p> <p>Vitales para diseñar políticas públicas ajustadas a las necesidades del país.</p> <p>Bases de datos proveen insumos para investigación científica.</p>

¹²⁴ Palma, Patricia. 2001. Los censos de talla en escolares, consideraciones metodológicas. Nota conceptual. INCAP. En: <http://bvssan.incap.org.gt/local/file/PPNT026.pdf>, consultado el 24.09.2015.

Anexo II
Intervenciones directas en nutrición, comparación de propuesta SUN y PPHO

Movimiento SUN	PPHO Las 10 acciones contra el hambre crónica (Ventana 1000 días)
1- Promoción de la lactancia materna	1- Promoción y apoyo de la lactancia materna
2- Alimentación complementaria para niños mayores a seis meses de edad	2- Mejoramiento de la alimentación complementaria a partir de los seis meses de edad.
3- Mejores prácticas de higiene, incluido el lavado de manos	3- Mejoramiento de prácticas de higiene incluyendo el lavado de manos.
4- Suplementos periódicos de Vitamina A.	4- Suplementación de Vitamina A
5- Suplementos terapéuticos de zinc para el manejo de la diarrea.	5- Suplementación de Zinc terapéutico en el manejo de la diarrea.
6 -Polvos de múltiples micronutrientes.	6- Provisión de micronutrientes en polvo.
7- Medicamentos de desparasitación para niños.	7- Desparasitación y vacunación de niños y niñas.
8- Suplementación con hierro y ácido fólico para mujeres embarazadas para prevenir y tratar la anemia.	8- Suplementación de hierro y ácido fólico para prevención y/o tratamiento de la anemia en mujeres embarazadas.
9- Cápsulas de aceite yodado en donde la sal yodada no está disponible.	---
10- Yodación de la sal	9- Prevención de la deficiencia yodo, a través de la sal yodada.
11- Fortificación con hierro de los alimentos Básicos.	10- Fortificación con micronutrientes de alimentos básicos.
	Las 5 acciones contra el hambre estacional*
12- Prevención o tratamiento para desnutrición [aguda] moderada.	2- Prevención y tratamiento de la desnutrición aguda moderada a nivel comunitario, bajo control de los puestos de salud y utilizando alimentos terapéuticos listos para el consumo –ATLC-
13- Tratamiento para desnutrición aguda severa con alimentos terapéuticos listos para usar.	3- Tratamiento de la desnutrición aguda severa en Centros de Recuperación Nutricional

*Las otras acciones contra el hambre estacional, contemplan apoyo a la agricultura, vigilancia en SAN y protección social contra el hambre estacional.

Anexo III
Total de casos de morbilidad por desnutrición aguda en 2014,
por área de salud, por edad, por sexo

Área de Salud	Edad (año)		1-1.9		2-2.9		3-3.9		4-4.9		Total por sexo		Total	Total casos s.52* 2013
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M		
Escuintla	51	57	139	158	217	242	504	461	911	918	1829	1893		
San Marcos	3	2	46	52	140	190	252	308	441	552	993	397		
Huehuetenango	10	4	24	39	83	136	288	315	405	494	899	1197		
Quetzaltenango	1	2	37	47	103	150	228	294	369	493	862	445		
Guatemala Central	9	2	34	32	141	183	191	244	375	461	836	606		
Alta Verapaz	8	9	51	42	108	155	175	286	342	492	834	1496		
Chiquimula	17	10	44	30	74	93	274	282	409	415	824	660		
Suchitepéquez	12	16	26	16	84	98	223	277	345	407	752	202		
Santa Rosa	9	10	35	50	87	93	216	250	347	403	750	352		
Sacatepéquez	5	2	22	13	82	128	149	260	258	403	661	560		
Quiché	10	5	34	22	75	64	209	233	328	324	652	418		
Retalhuleu	2	6	25	21	67	89	171	187	265	303	568	389		
Guatemala noroccidente	1	1	18	14	46	89	175	218	240	322	562	287		
Jutiapa	5	5	13	10	75	99	151	182	244	296	540	717		
Chimaltenango	5	5	10	22	51	97	134	189	200	313	513	978		
Jalapa	5	4	17	19	57	70	131	158	210	251	461	733		
Zacapa	3	2	7	12	50	67	124	152	184	233	417	1112		
Petén suroccidental	2	0	20	16	46	48	124	128	192	192	384	774		
Baja Verapaz	4	2	14	18	42	71	77	125	137	216	353	718		
Guatemala nororiente	1	2	7	12	58	72	80	103	146	189	335	1377		
Guatemala sur	5	2	9	17	33	62	80	98	127	179	306	301		
Izabal	0	1	13	4	45	40	97	95	155	140	295	216		
Petén suroriental	4	2	10	19	25	23	77	68	116	112	228	961		
El Progreso	1	1	5	7	21	37	46	65	73	110	183	368		
Petén Norte	1	0	7	9	22	21	55	55	85	85	170	96		
Sololá	3	6	8	2	15	21	39	59	65	88	153	194		
Totonicapán	0	3	7	6	18	18	53	47	78	74	152	310		
Ixcán	0	0	6	4	8	11	21	36	35	51	86	176		
Ixil	0	1	3	1	8	10	14	25	25	37	62	160		
Total general	177	162	691	714	1881	2477	4358	5200	7107	8553	15660	18093		
Total por edad	339		1405		4358		9558							

*La semana epidemiológica 52 totaliza los casos presentados hasta el cierre de diciembre del año presentado

Anexo IV
Total de casos de morbilidad por desnutrición aguda hasta junio de 2015,
por área de salud, por edad, por sexo

Área de Salud	Edad (año)		1-1.9		2-2.9		3-3.9		4-4.9		Total por sexo		Total	Total casos s.26* 2014
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M		
Escuintla	26	41	59	89	92	147	227	218	404	495	899	908		
Quetzaltenango	2	5	14	19	80	71	138	189	234	284	518	465		
Alta Verapaz	5	2	28	33	73	96	104	155	210	286	496	343		
Suchitepéquez	4	3	17	18	64	58	139	159	224	238	462	378		
Guatemala central	2	1	12	15	90	131	82	117	186	264	450	460		
Santa Rosa	6	5	13	21	65	56	129	144	213	226	439	426		
Huehuetenango	5	2	14	21	62	60	136	132	217	215	432	504		
Retalhuleu	6	12	21	28	59	65	104	137	190	242	432	239		
San Marcos	2	1	16	19	62	79	117	128	197	227	424	438		
Quiché	3	4	6	11	29	27	121	125	159	167	326	343		
Chiquimula	1	1	16	14	30	38	112	106	159	159	318	440		
Jalapa	3	3	22	17	31	43	75	96	131	159	290	179		
Guatemala nororiente	3	0	16	10	42	55	64	90	125	155	280	192		
Chimaltenango	4	4	7	13	33	45	58	99	102	161	263	339		
Sacatepéquez	1	1	3	5	35	57	49	97	88	160	248	237		
Guatemala noroccidente	0	2	4	10	36	46	65	83	105	141	246	203		
Jutiapa	4	2	5	7	55	33	55	78	119	120	239	299		
Baja Verapaz	0	4	12	12	22	29	46	76	80	121	201	182		
Ixil	3	2	2	6	20	20	56	55	81	83	164	58		
Izabal	1	2	5	9	23	19	55	47	84	77	161	163		
El Progreso	3	1	13	5	18	16	32	36	66	58	124	63		
Zacapa	1	1	7	3	28	17	31	35	67	56	123	193		
Sololá	5	9	3	2	3	8	39	52	50	71	121	86		
Petén suroriental	1	0	7	5	12	25	38	28	58	58	116	194		
Petén suoccidental	0	0	6	5	8	18	36	37	50	60	110	151		
Totonicapán	2	2	6	4	12	13	26	38	46	57	103	66		
Petén Norte	0	0	6	4	8	20	34	28	48	52	100	54		
Guatemala sur	1	2	2	5	14	14	19	21	36	42	78	158		
Ixcán	0	1	4	4	5	14	9	23	18	42	60	41		
Total general	94	113	346	414	1111	1320	2196	2629	3747	4476	8223	7802		
Total por edad	207		760		2431		4825							

*La semana epidemiológica 26 totaliza los casos presentados hasta el cierre de junio del año presentado