



EMBAJADA DE SUECIA

en Guatemala



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

*Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud*

"Reducción del impacto de la crisis de alimentos e inseguridad alimentaria en la salud y nutrición de la población vulnerable de los departamentos del Corredor Seco de Guatemala"

Informe final

# **EVALUACIÓN EN TIEMPO REAL**

## **Proyecto**

Gobierno de Suecia y Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud  
“Reducción del impacto de la crisis de alimentos e inseguridad alimentaria en la salud y nutrición de la población vulnerable de los departamentos del Corredor Seco de Guatemala”

## **Informe final**

**EVALUACIÓN EN TIEMPO REAL**

## **Participantes de la evaluación en tiempo real:**

Familias atendidas en los servicios de salud, representantes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a nivel central y local (PROSAN, USME/SIAS, CNE, SIGSA, Viceministerio de Hospitales, Direcciones de Áreas de Salud, hospitales nacionales, centros y puestos de Salud), delegaciones departamentales de Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional además del comité técnico de la evaluación en tiempo real.

## **Proyecto**

**Gobierno de Suecia y Organización Panamericana de la Salud/  
Organización Mundial de la Salud**

**“Reducción del impacto de la crisis de alimentos e inseguridad alimentaria en la salud y nutrición de la población vulnerable de los departamentos del Corredor Seco de Guatemala”**

## **Informe final**

**EVALUACIÓN EN TIEMPO REAL**

# TABLA DE CONTENIDO

Acrónimos	05
Resumen	07
Introducción	11
Características del contexto, la crisis y la respuesta	13
Objetivos	21
Metadología	22
Resultados	25
Conclusiones	32
Recomendaciones	37
Lecciones aprendidas	39

# ACRÓNIMOS

ASDI	Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional
ALNAP	Red de aprendizaje activo en la acción humanitaria (por sus siglas en inglés)
ATLC	Alimento terapéutico listo para consumo
CAD	Comité de ayuda para el desarrollo de la OCDE
CAP	Conocimientos, actitudes y prácticas
CMB	Circunferencia media del brazo
CNE	Centro Nacional de Epidemiología
COCODES	Consejo Comunitarios de Desarrollo
CODESAN	Consejo Departamental de Seguridad Alimentaria Nutricional
COMUSAN	Consejo Municipal de Seguridad Alimentaria Nutricional
DAS	Dirección de Área de Salud
ECHO	Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea
ENSMI	Encuesta de Salud Materno Infantil
IEC	Información, educación y comunicación
MFEWS	Sistema Mesoamericano de Alerta Temprana para Seguridad Alimentaria (por sus siglas en inglés).
MINEDUC	Ministerio de Educación
MUAC	Circunferencia media de brazo (por sus siglas en inglés)
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PROSAN	Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional del MSPAS
SEGEPLAN	Secretaría General de Planificación
SESAN	Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional
SIAS	Sistema Integrado de Atención en Salud
SIGSA	Sistema de Información Gerencial en Salud
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (por sus siglas en inglés).
USME	Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación



Centro Nacional de  
Epidemiología

# SALA SITUACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD



Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional - PROSAN -  
Centro Nacional de Epidemiología - CNE -  
Sistema Integral de Atención en Salud - SIAS -

Junio, 2011



EMBAJADA DE SUECIA  
en Guatemala



EMBAJADA DE SUECIA  
Guatemala

CIA

# RESUMEN

La evaluación en tiempo real (ETR) se realizó con el objetivo general de llevar a cabo el monitoreo y seguimiento del proyecto durante su implementación, para determinar el grado de avance de las actividades y las necesidades de ajustes en la gestión estratégica del mismo con énfasis tanto en la operacionalización como en el aporte a la capacidad de respuesta del Ministerio de Salud para lograr el impacto esperado.

La evaluación se realizó durante los meses de agosto y septiembre de 2011. Para incluir diversos escenarios se seleccionaron las siguientes tres áreas de salud entre las once que corresponden a la iniciativa: Zacapa, Ixil y Jutiapa. La elección se realizó con base en los siguientes criterios:

- la cobertura de la búsqueda activa de casos,
- la incidencia acumulada de desnutrición aguda total desde enero 2011 a julio del presente año y
- el avance de gestión en el proyecto.

Se integró un comité técnico de evaluación con profesionales de las instituciones contrapartes del proyecto, con el objetivo de acompañar técnicamente el proceso de realización. Como parte de la metodología, se efectuaron entrevistas semi-estructuradas dirigidas al personal relacionado con el proyecto en las áreas de salud, centros y puestos de salud así como en los Hospitales Nacionales y regionales departamentales de la SESAN.

Los principales resultados de la ETR muestran que el proyecto es coherente con las prioridades definidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), dentro el Plan Nacional de Atención a la Desnutrición Infantil. El mismo fortalece principalmente los componentes de: vigilancia epidemiológica y atención a la desnutrición aguda. A la vez, que el trabajo de cooperación se ha desarrollado de manera conjunta y consensuada con las unidades ejecutoras del MSPAS en el nivel central, y ha propiciado sinergia entre diferentes unidades ministeriales: Programa de Seguridad Alimentaria Nutricional (PROSAN), Centro Nacional de Epidemiología (CNE), Sistema Gerencial de Información en Salud (SIGSA), Unidades del Sistema Integrado de Atención de Salud (SIAS), y Viceministerio de Hospitales.



Equipo antropométrico donado

También destaca que se ha fortalecido la capacidad de respuesta del MSPAS para atender la desnutrición aguda en los departamentos del Corredor Seco. Esto se refleja tanto en el nivel operativo (personal, equipo, insumos y capacidad técnica para la detección, el tratamiento y el seguimiento de los casos) como en la estrategia adoptada con base en las directrices técnicas a partir del desarrollo de la sala situacional.

El recurso humano capacitado con que apoyó el proyecto ha sido reconocido y valorado positivamente en los diferentes niveles de atención (el déficit se considera uno de los principales factores limitantes de la capacidad de respuesta operativa del MSPAS).

Las condiciones de ejecución del proyecto han permitido la implementación de acciones complementarias para favorecer el logro de los resultados esperados. Al respecto, vale la pena mencionar: la contratación de facilitadores de la sala situacional, los digitadores temporales y el equipo de personas que son monitores de seguimiento de los casos con desnutrición.

En lo que concierne a las acciones mejor gestionadas por la OPS/OMS durante la implementación del proyecto destacan: las de dotación del recurso humano y el apoyo en gastos de movilización (en esta última, algunas áreas de salud han tenido dificultades de ejecución). En cuanto a la gestión de los insumos es necesario dar mayor celeridad.

El fortalecimiento del sistema de vigilancia nutricional iniciado por MSPAS y apoyado por el proyecto, ha favorecido la visibilidad del problema nutricional tanto dentro como fuera del Ministerio, y ha contribuido a la toma de decisiones y al ordenamiento del accionar institucional a nivel local dentro de la estructura del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria

(CODESANES y COMUSANES).

Una vez más, se ha identificado que la educación es uno de los factores que más influye en la desnutrición. Esto está dado tanto por insuficiencias en la educación formal de la familia (nivel de escolaridad), como con las prácticas y tradiciones culturales relacionadas con la alimentación, la salud y la higiene. En este sentido, el reducido personal con que normalmente cuentan los servicios de salud, limita la posibilidad de tener mayor número de actividades específicas para solventar el riesgo, de forma sistemática y permanente. Hasta el presente, las educadoras contratadas por el proyecto han contribuido a llenar este vacío en los servicios de salud.

Como parte de la evaluación en tiempo real, se realizó un estudio antropológico en la población beneficiaria, siendo algunos de los hallazgos:

- La desnutrición aguda es un diagnóstico de difícil comprensión. Para las familias y las comunidades, la desnutrición está fuera de la idea tradicional de enfermedad comparada con infecciones respiratorias y enfermedades gastrointestinales, las cuales son sintomáticamente mucho más definidas. En poblaciones donde la deficiencia es la norma, la frágil línea entre lo saludable y lo patológico es difícil de visibilizar.
- La desnutrición es causa de vergüenza, pues significa que la madre no cuida a sus hijos, por lo que prefieren decir que están bajos de peso. Este sentimiento es reforzado por el señalamiento del padre y de los servicios de salud.

La madre es la encargada directa del cuidado y la alimentación pero está fuertemente influida por las relaciones de poder dentro de la familia: el padre como tomador de decisiones y

las abuelas como referentes del cuidado de los niños y niñas

- El manejo de la enfermedad por la población está mediado por la tradición. El antagonismo entre medicina occidental y tradicional, vista la última como ignorancia por los servicios de salud, hace que las familias consideren a estos como la última opción cuando las creencias y prácticas de curación en la comunidad han fracasado.

De acuerdo al monitoreo y seguimiento del proceso, el proyecto de emergencia sí está contribuyendo a reducir la mortalidad asociada con la desnutrición aguda, así como apoyando la capacidad operativa del Ministerio de Salud para realizar la vigilancia nutricional activa, el tratamiento de los niños con desnutrición aguda y el seguimiento comunitario de los casos, según los resultados esperados desde su formulación. Entre los principales retos en la ejecución del proyecto se encuentran: la consolidación del proceso de transición entre el personal del proyecto y el personal que continuará en el

Ministerio para que estos garanticen el seguimiento de las acciones; incrementar las actividades de prevención, mejorar la atención de la desnutrición aguda (desde la detección del caso) y las medidas de tratamiento. Además, es necesario fortalecer la estrategia de información, educación y comunicación (IEC) en salud y nutrición con pertinencia cultural, es decir, abordada desde una perspectiva socio-antropológica y adaptada a las características educativas de la población.



# Material Promocional

Vasitos entrenadores para niños y niñas

**6 a 8 meses**



**Dele pecho y comida suave y espesas**

Dele 2 a 3 comidas al día

Lávese las manos con agua y jabón antes de preparar alimentos y también lávele las manos a su niña o niño antes de comer.

# INTRODUCCIÓN

La evaluación en tiempo real es una revisión oportuna, rápida e interactiva durante la ejecución de una operación de emergencia, que busca un mayor acercamiento a los grupos esenciales de la acción humanitaria: el personal del terreno y las personas afectadas.

El acuerdo entre el Gobierno de Suecia y OPS/OMS en Guatemala estableció el compromiso de realizar la evaluación en tiempo real del proyecto, para hacer una revisión del curso de las actividades con especial énfasis en los procesos generados y lecciones aprendidas, con el objetivo de evaluar la eficacia del proyecto, determinar el grado de avance de las actividades y la eventual necesidad de ajustes.

La evaluación en tiempo real se basó en la experiencia de implementación del proyecto a través de una revisión rápida, sistemática, analítica e interactiva de las actividades, con énfasis en los servicios de salud y las familias atendidas.

Los principales usuarios de la evaluación son el personal responsable de la ejecución y administración del proyecto tanto del Ministerio como de cooperantes, donantes y beneficiarios.

El fin último de la evaluación en tiempo real es generar conocimiento y aprendizajes del proceso de implementación del proyecto, aportando una visión externa sobre los aspectos claves de la respuesta para facilitar el intercambio entre los actores responsables del mismo. La evaluación busca identificar oportunidades de mejora en la respuesta humanitaria en curso y de otras similares en un futuro.

*Foto de Corredor Seco  
(Zacapa)*



# CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO, LA CRISIS Y LA RESPUESTA

## 1. Contexto de país

### 1.1. Pobreza e inequidad:

El tamaño estimado de la población es de 14,361,666 (2010) de la cual, el 51.0% vive en condiciones de pobreza y el 15.2%, en extrema pobreza. La pobreza se concentra en las zonas rurales, en las que vive el 72% de los pobres, y entre la población indígena, que representa en este momento el 75.5% de los pobres. Las regiones Norte y Noroccidente presentan los índices de recuento de pobreza más altos del país (77.1% y 75.6% respectivamente).

El PIB per cápita es de US\$ 1,753.00. Según los indicadores de desigualdad, Guatemala se ubica en el puesto 122 de 182 países con un Índice de Desarrollo Humano de 0.704 (SEGEPLAN, PNUD).

### 1.2. Ruralidad y empleo:

El 54% de la población vive en zonas rurales. Las familias en el área rural se dedican mayoritariamente a la agricultura de subsistencia e infra-subsistencia para la producción de granos básicos de autoconsumo (maíz y frijol), con acceso a trabajo temporal como jornaleros agrícolas para actividades de agroexportación (SEGEPLAN, PNUD).

### 1.3. Multiculturalidad y Alfabetismo:

Según los datos oficiales el 30.9% de la población es analfabeta, sin embargo, esta tasa es mayor en el área rural, entre poblaciones indígenas, en adultos y en las mujeres. El promedio general de grados cursados a nivel nacional es 5.4 años, en población indígena 3.8 y en población indígena y rural de 3.2 años. El PIB invertido en educación es 2.6%. En el país se identifican 22 idiomas mayas pertenecientes a igual número de grupos indígenas (MINEDUC).



Visita domiciliaria Zacapa (foto contexto pobreza)

## 1.4. Salud materno-infantil:

La tasa global de fecundidad en el país es de 3.6 hijos por mujer y en el área rural este indicador se eleva a 4.2 hijos por mujer. El 35% aproximadamente de los partos es atendido por el Ministerio de Salud. La tasa de mortalidad infantil es de 30 por 1000 nacidos vivos y en la niñez es de 42 por 1000 nacidos vivos. Las principales causas de mortalidad infantil reportadas en el año 2010 fueron neumonías y bronconeumonías (32% de las mortalidades registradas) y diarreas (16.4% de las mortalidades), que son las dos patologías más frecuentemente encontradas en niños desnutridos (ENSMI 2008-2009, SIGSA).

## 1.5. Desnutrición infantil:

Los indicadores de estado nutricional en menores de 5 años muestran la prevalencia de desnutrición crónica más alta de Latinoamérica y la cuarta más alta en el mundo (43.4%), mientras se estima que la desnutrición aguda está alrededor de 0.9% aunque con un comportamiento estacional identificado, y con repuntes en zonas altamente vulnerables ante cambios imprevistos en el entorno natural, económico y/o social (ENSMI/MSPAS).

## 1.6. Vulnerabilidad al cambio climático:

Los fenómenos climáticos han aumentado en frecuencia e intensidad en el país desde el paso del Huracán Mitch (1998), que evidenció la poca capacidad de respuesta ante desastres existente en el país. Desde 1998 a la fecha las precipitaciones características de la época lluviosa han venido alternando entre déficits (sequías) y excesos (inundaciones y deslaves), asociados al fenómeno de El Niño. Los más importantes de los últimos años incluyen la sequía y crisis nutricional del año 2001, la Tormenta Stan (2005), la irregularidad de lluvias (2009) y la Tormenta Agatha (2010). Guatemala, ha sido catalogado como un país vulnerable al cambio climático que ha mostrado efectos diferenciados por región. Según el PNUD, el mapa de vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria podría también estar indicando las zonas más vulnerables al cambio climático.



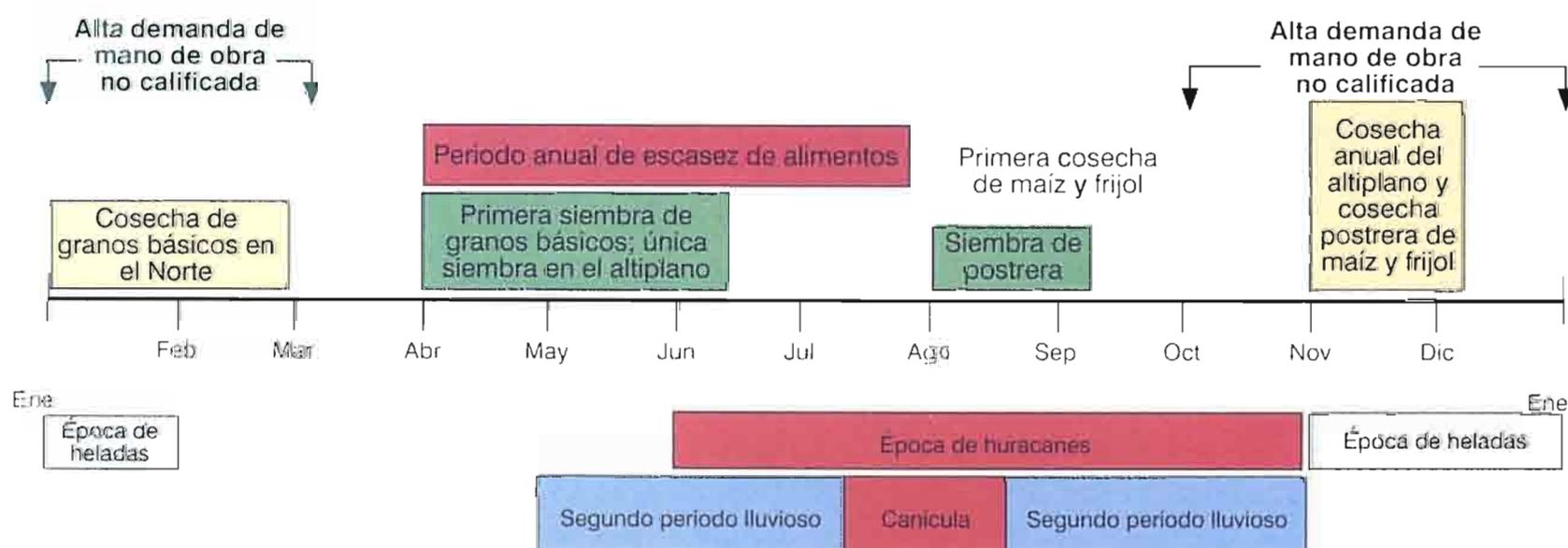
Fotos de Contexto

## 2. Cronología de la crisis: contexto económico, climático, productivo y de salud

El protocolo de evaluación sanitaria rápida en situaciones de emergencias (OMS, 1999) en relación a las crisis alimentarias y nutricionales señala que: “En la mayoría de los casos, una emergencia alimentaria no es una situación aguda sino una situación que se desarrolla a lo largo del tiempo. Antes de que se reduzca el acceso a los alimentos pueden aparecer ciertas señales iniciales o **“indicadores precursores”**, como una disminución de la lluvia o inundaciones. En una etapa posterior, se observan indicios de una disminución del acceso a los alimentos (por suministros o precios) o **“indicadores intermedios”**. La pérdida real de peso, la mortalidad y la migración suelen ocurrir en una etapa relativamente tardía de una emergencia nutricional o **“indicadores de secuela”**”.

La actual crisis de inseguridad alimentaria y nutricional del Corredor Seco se inició desde el 2008, con una serie de eventos adversos continuados de tipo agrícola (cosecha mermada en productores de subsistencia), económico (aumento del precio de los alimentos, reducción de las fuentes de trabajo y remesas familiares desde EEUU) y climático (efectos de la Depresión 16 sobre la producción excedentaria de granos básicos), que aunados a pérdidas de granos básicos mayores del 50% por la sequía de 2009, rompieron el equilibrio de subsistencia de las familias y se manifestaron en forma de desnutrición aguda en el grupo más vulnerable como lo es la población infantil. Esto se puede observar en la Figura 1.

Figura 1: Cronología de la crisis de inseguridad alimentaria y nutrición de 2009



Fuente: MFEWS

2008				2009											
Julio	agosto	octubre	diciembre	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre
↑ precios alimentos	↓ cosecha granos básicos	Depresión tropical 16	↓ fuentes de trabajo, ↓ remesas EEUU					Inicio del invierno (NSVJMEH)	Anomalia de lluvias (Corredor Seco y Litoral Pacífico)	Declaración Fenómeno del Niño (NOAA)	↑ casos desnutrición y reporte de mortalidad	Declaratoria "Estado de Calamidad" (Decreto Gub. 10-2009)	Evaluaciones rápidas en el Corredor Seco (RedHum, ACH)		

Fuente: MFEWS, septiembre de 2009

Plan de Contingencia del Gobierno

En el caso del Corredor Seco de Guatemala, se conjugó la inseguridad alimentaria crónica (hambre permanente causada por condiciones de pobreza constante), y la inseguridad alimentaria transitoria (reducción puntual del acceso al alimento por alteraciones en los precios, los salarios, la producción, etc.), que provocó un aumento de la desnutrición aguda en la población infantil.

En el 2009 se estimó que 410.780 familias (2.5 millones de personas) estaban en riesgo de escasez e inseguridad alimentaria.

Geográficamente, las áreas más afectadas del llamado Corredor Seco, incluye a 09 de los 22 departamentos del país: Santa Rosa, Jutiapa, Jalapa, El Progreso, Zacapa, Chiquimula, Izabal, Baja Verapaz y El Quiché.

En el momento de la declaratoria de "estado de calamidad pública" en septiembre (Decreto Gubernamental 10-2009), destacaban

en el Ministerio las siguientes características relacionadas con el problema nutricional:

- La desnutrición aguda no estaba tipificada como enfermedad de notificación obligatoria dentro del Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social por lo que no se contaba con datos sobre ocurrencia del evento y sus descriptores epidemiológicos de lugar, tiempo y persona que permitieran conocer la magnitud de la situación para una adecuada toma de decisiones.
- Falta de protocolos de atención de la desnutrición aguda vigentes y conocidos por el personal de los servicios de salud a nivel nacional.
- Limitada capacidad de respuesta operativa por falta de insumos específicos para tratamiento, personal y equipamiento para evaluación nutricional.

### 3. Cronología de la respuesta

La declaración del "estado de calamidad pública" permitió al gobierno movilizar con más rapidez los recursos tanto nacionales como de la cooperación internacional. Las acciones de respuesta a la crisis de inseguridad alimentaria

y nutricional se desarrollaron en dos fases: de respuesta y de rehabilitación (Figura 2). En la Figura 3, se detalla la cronología de la respuesta.

Figura 2: Línea del tiempo de la respuesta humanitaria a la crisis de Inseguridad alimentaria y Nutricional	
Corredor Seco, Guatemala 2009-2011	
FASE DE RESPUESTA	FASE DE REHABILITACION
6 meses	18 meses
Septiembre 2009 a Marzo 2010	Abril 2010 a la fecha

SEGEPLAN. Informe de avance de las acciones y medidas adoptadas durante la emergencia (Noviembre 2009)

**Figura 3: Cronología de la respuesta a la crisis de inseguridad alimentaria**

Línea del Tiempo	2009												2010					2011
	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	MSPAS	
	<p><b>Irregularidad de lluvias</b></p> <p><b>Prolongación de escasez de alimentos</b></p> <p style="text-align: right;">T. Agatha y V. Pacaya</p>																	
Gubernamental	<p>Declaratoria "Estado de Calamidad" (Decreto Gub. 19-2009)</p> <p>1. Plan de Reducción de la Mortalidad por Desnutrición; 2. Normativa de Notificación Obligatoria; 3. Definición de Protocolos de Atención y capacitación</p> <p>Extensión Estado de Calamidad (Decreto Gub. 11-2009)</p>																	
Cooperación Internacional	<p><b>Plan de Contingencia del Gobierno (GoG) (Q 140 millones)</b></p> <p>SNU aporta USD \$10 millones (5 millones al MSPAS y 5 millones del fondo de emergencias)</p> <p>9-Ene: ECHO fondo de US\$1.95 millones (SNU, FICR y ACF)</p> <p>19-Nov: USAID fondo de USD \$ 15 millones (CRS, SHARE, Save the Children and Mercy Corps)</p> <p>Feb-Cooperación Española fondo de US\$ 1.63 millones</p>																	
	<p><b>EMERGENCIA</b></p> <p>Primera Respuesta: "Salvar vidas"</p> <p>Evaluaciones rápidas en el Corredor Seco (Redhum, ACH)</p> <p>Vigilancia y tratamiento nutricional</p> <p>Asistencia Alimentaria</p> <p>REHABILITACIÓN (24 meses) →</p> <p>Recuperación de medios de vida</p> <p>Producción Agrícola y empleo</p> <p>Vigilancia y tratamiento nutricional. Asistencia alimentaria</p>																	
	<p>SIDA (Ene-Oct)</p> <p>BID (2011-2013)</p>																	

Fuente: elaboración propia con base en fuentes oficiales.

## 4. Resumen del proyecto

### 4.1 Nombre

“Reducción del impacto de la crisis de alimentos e inseguridad alimentaria en la salud y nutrición de la población vulnerable de los departamentos del Corredor Seco de Guatemala”

### 4.2 Objetivo:

Contribuir a reducir el número de muertes causadas por la desnutrición aguda o complicaciones relacionadas particularmente de los niños y niñas menores de cinco años y mujeres en edad fértil, durante el período de ejecución que comprende de Diciembre de 2010 a Octubre de 2011, en 11 áreas de salud de los nueve departamentos que conforman del Corredor Seco: Izabal, Chiquimula, Zacapa, El Progreso, Jalapa, Jutiapa, Santa Rosa, Baja Verapaz, Quiché (Quiché, Ixcán e Ixil).

### 4.3 Resultados esperados e indicadores:

Resultados esperados	Indicadores
<p>1. Detección temprana activa de la desnutrición aguda a nivel comunitario.</p> <p>Contrapartes del MSPAS: PROSAN y SIAS</p>	<p>1.1. Por lo menos 60% de 150 puestos de salud, tiene un sistema implementado para tamizaje y detección de la desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años.</p> <p>1.2. Por lo menos 150 personas del personal de los puestos y centros de salud capacitados en vigilancia de la desnutrición aguda.</p> <p>1.3. MSPAS fortalecido a través de la contratación de 36 auxiliares de enfermería, en el período del proyecto.</p>
<p>2. Fortalecida la capacidad del MSPAS para el tratamiento y referencia de los casos de desnutrición aguda.</p> <p>Contrapartes del MSPAS: PROSAN, SIAS, Viceministerio de Hospitales</p>	<p>2.1. El 90% de los casos con DPE aguda detectados en 11 Áreas de Salud/Centros/Puestos, reciben tratamiento oportuno.</p> <p>2.2. Al menos 150 puestos y centros de salud disponen de medicamentos y micronutrientes para brindar tratamiento de la desnutrición aguda.</p> <p>2.3. Cantidad de medicamentos y micronutrientes para contribuir a atender a los beneficiarios directos: 400,000 tabletas de 300 mg de sulfato ferroso; 400,000 tabletas de 5 mg de ácido fólico; 17,500 frascos de 60 ml 250/ 5 ml de amoxicilina; 17,900 frascos de 20 ml (20 mg/ml) de albendazole.</p> <p>2.4. Al menos 36 auxiliares de enfermería de puestos de salud, capacitadas en el manejo de la desnutrición aguda a nivel comunitario.</p> <p>2.5. Al menos 14 nutricionistas y enfermeras de centros y puestos de salud y hospitales, capacitadas en el manejo de la desnutrición aguda.</p> <p>2.6. Al menos 150 personas del personal de puestos y centros de salud, capacitadas en el manejo de la desnutrición aguda.</p> <p>2.7. MSPAS fortalecido a través de la contratación de 14 nutricionistas y dos intérpretes, en el período del proyecto.</p> <p>2.8. Banco de leche humana equipado y funcionando en el Hospital de Cuilapa.</p>

<p>3. Abogacía y comunicación culturalmente apropiada e implementada una campaña para mejorar prácticas para el tratamiento de la desnutrición aguda en las áreas de intervención</p> <p>Contrapartes del MSPAS: PROSAN, SIAS.</p>	<p>3.1. 259 puestos de salud con materiales producidos.</p> <p>3.2. Al menos, 50 educadoras de salud, capacitadas.</p> <p>3.3. Al menos, 9 grupos de soporte a madres organizados a nivel hospitalario.</p> <p>3.4. El MSPAS fortalecido a través de la contratación de 23 educadoras, en el período del proyecto.</p>
<p>4. Transparencia e institucionalización de procesos en el nivel central y local</p> <p>Contrapartes del MSPAS: PROSAN, SIAS, Viceministerio de Hospitales, y OPS/OMS.</p>	<p>4.1. Informe de evaluación externa del proyecto.</p>

#### 4.4 Población meta:

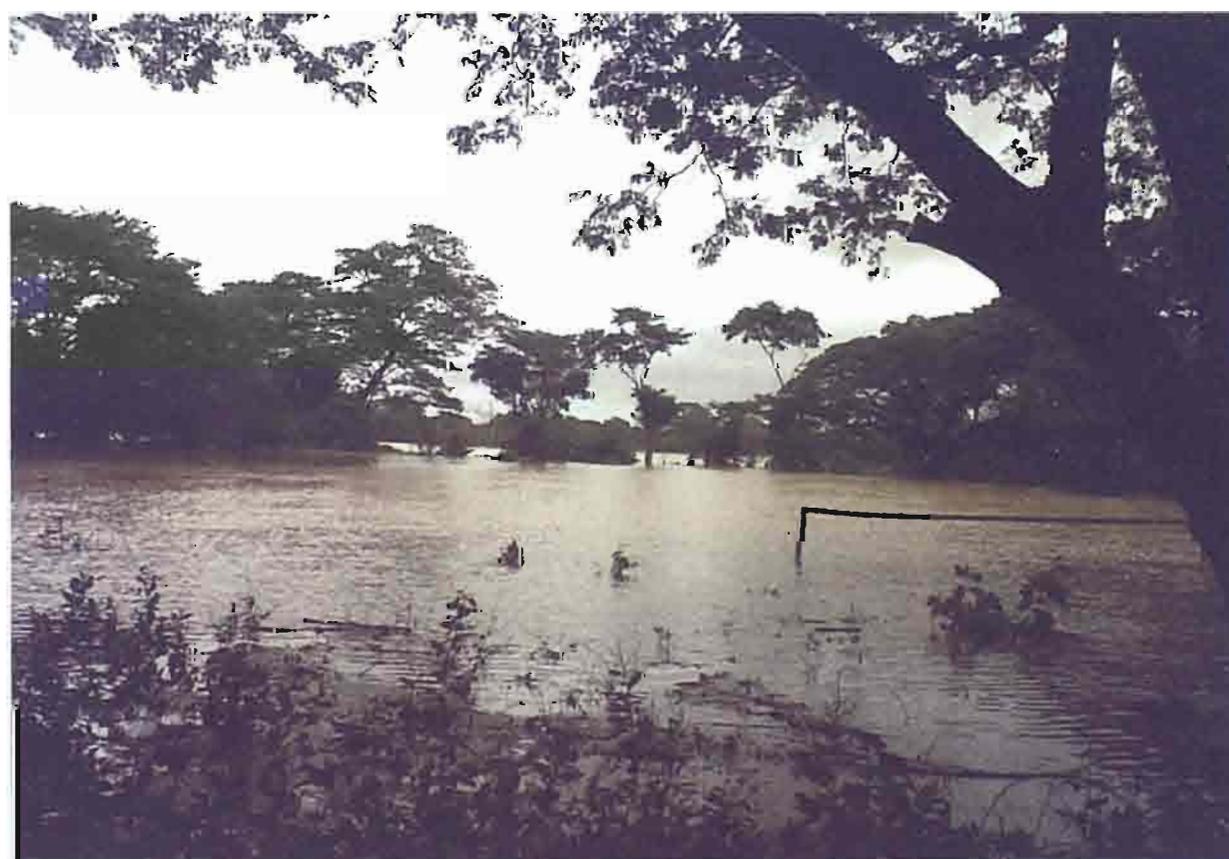
6,200 menores de 5 años y 13,763 mujeres edad fértil.

#### 4.5 Área de cobertura:

##### 9 Departamentos:

Izabal, Chiquimula, Zacapa, El Progreso, Jalapa, Jutiapa, Santa Rosa, Baja Verapaz, Quiché.

**11 Áreas de salud:** Izabal, Chiquimula, Zacapa, El Progreso, Jalapa, Jutiapa, Santa Rosa, Baja Verapaz, Quiché, Ixcán e Ixil.



Comunidades de Jutiapa afectadas por la lluvia



*Educadoras Zacapa*

# OBJETIVOS

## 1. Objetivos generales

- 1.1. Realizar el monitoreo y seguimiento del proyecto durante su implementación, con la finalidad de ejercer el control del proceso para adoptar decisiones oportunas que permitan alcanzar los resultados esperados.
- 1.2. Documentar la experiencia de la evaluación en tiempo real para que pueda ser extrapolada como lección aprendida en iniciativas similares de cooperación técnica.

## 2. Objetivos específicos

- 2.1. Identificar los aspectos críticos del proyecto hasta la fecha.
- 2.2. Determinar los componentes del proyecto que contribuyen a construir la capacidad de respuesta del sector salud a eventos similares (sostenibilidad).
- 2.3. Detectar los problemas en la ejecución del proyecto y las alternativas de solución.
- 2.4. Ajustar la ejecución del proyecto según la evaluación en tiempo real.



Hospital de Jutiapa-Día Mundial de la Lactancia Materna

Para realizar la evaluación en tiempo real se integró un comité técnico de evaluación con profesionales de las instituciones contrapartes del proyecto, con el objetivo de acompañar técnicamente el proceso de realización de la evaluación en tiempo real.

## 1. Tiempo y lugar:

La evaluación cubre las acciones ejecutadas de enero a agosto de 2011, en las áreas de salud de Zacapa y Jutiapa (corredor seco de oriente) e Ixil (corredor seco ampliado) (Anexo 1).

## 2. Criterios y preguntas de evaluación:

En el siguiente cuadro, se presenta cada uno de los criterios de evaluación definidos y las preguntas que orientaron la construcción de la evaluación.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PREGUNTAS DE EVALUACIÓN
<b>COORDINACIÓN</b> Uso sistemático de los instrumentos políticos para entregar la ayuda humanitaria de manera efectiva (cooperación y OG), incluyendo: planes estratégicos, recopilación de datos, manejos de información, movilización de recursos y la rendición de cuentas.	a. ¿Qué tan coordinada fue la respuesta: a nivel nacional y departamental? Dentro del gobierno (MSPAS). b. ¿Puede ser mejorada en la segunda fase del proyecto? c. ¿Se coordinaron acciones del proyecto con otros socios? d. ¿Hubo necesidad de cambios y ajustes para la implementación del proyecto y cómo se coordinaron?
<b>RELEVANCIA</b> Congruencia entre objetivos del proyecto, necesidades identificadas y los intereses de la población e instituciones.	e. ¿Qué tan adecuadas fueron las actividades implementadas? f. ¿Cuán oportunas y apropiadas (pertinentes) son las compras de suministros? g. ¿Están las necesidades cambiando o las actividades aun reflejan las necesidades de los beneficiarios?
<b>EFICIENCIA</b> Modo en que se han organizado y empleado los recursos disponibles para el logro de los resultados.	h. ¿Qué tan eficiente es el proyecto en términos de manejo y acceso?
<b>EFICACIA</b> Grado de cumplimiento de los objetivos propuestos con el proyecto.	i. ¿Qué tan efectivo ha sido el proyecto en reducir el número de fallecimientos relacionados a la desnutrición?
<b>SOSTENIBILIDAD</b> Las acciones planteadas toman en cuenta el contexto y el largo plazo. Medida en que la población y/o las instituciones mantienen vigentes los cambios logrados por el proyecto, una vez finalizado.	j. ¿Cuentan los servicios de salud con una respuesta inmediata fuerte, a nivel nacional y departamental? k. Las instituciones locales ¿están fortalecidas? l. ¿Está el país mejor preparado para diagnosticar y tratar la desnutrición aguda en el futuro?

## 3. Recolección de la información:

Se utilizaron las siguientes modalidades: entrevistas semiestructuradas, observación guiada, revisión documental y visitas domiciliarias.

## 4. Selección de las áreas:

Con el propósito de incluir tres distintos escenarios en la evaluación, se seleccionaron tres áreas de salud: Zacapa, Ixil y Jutiapa, con base en los criterios que se presentan en el Cuadro 1.

## Cuadro 1: Criterios de selección de las Áreas de Salud

AREA DE SALUD	Casos 2010*		Casos 2011*	Cobertura Barrido (%)**	Coordinación con personal DAS	Nivel de Gestión DAS	Personal contratado	Nivel de Gestión Hospitales	Puntaje Global	Nivel de Ejecución
	Total	SE 27-2010	SE 27-2011							
Zacapa	508	500	331	85%	2	1	Banco de leche	2	5	Medio
Jutiapa	260	341	298	72%	3	2	Hospital	2	7	Alto
Ixil	71	57	114	39%	1	1	Hospital	2	3	Bajo

Fuente: \* Sala situacional desnutrición (CNE)  
\*\* Reporte de avances de barrido (SIAS)

Categorías de calificación: 1=malo, 2=regular, 3=bueno

### 5. Informantes:

El grupo informante incluyó: familias atendidas por los servicios de salud, representantes del MSPAS (nivel central y local), delegaciones de SESAN a nivel departamental, y funcionarios OPS/OMS responsables del proyecto.

Los servicios visitados fueron:

3 hospitales de la Red Nacional, 2 puestos de salud, 2 Centros de Salud y 3 Direcciones de Área de Salud, 2 delegaciones departamentales de SESAN y las contrapartes ministeriales a nivel central: Programa de Seguridad Alimentaria Nutricional (PROSAN); Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación (USME/SIAS); Viceministerio de Hospitales; Centro Nacional de Epidemiología (CNE) y el Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA).

Se realizaron 33 entrevistas a personal de los servicios de salud; 6 grupos focales (3 grupos de madres de niños y niñas diagnosticados con desnutrición y 3 grupos con educadores y auxiliares de enfermería contratados por el proyecto); 4 visitas domiciliarias y 12 entrevistas a profundidad con madres de niños y niñas internados en el hospital; 2 entrevistas a representantes departamentales de SESAN en las Áreas de Salud de Zacapa, Ixil y Jutiapa.

A nivel central del MSPAS, 5 entrevistas y 2 entrevistas en la Representación de OPS/OMS Guatemala. En Anexo 2, se presenta esta información en detalle.

### 6. Análisis de la información:

Se contrastaron diferentes fuentes de información de tipo cualitativa y cuantitativa. Se desarrolló un proceso de triangulación de la información colectada de las diferentes entrevistas versus documentación, contexto de intervención y observación.

### 7. Limitaciones:

Las limitaciones encontradas fueron:

- La huelga nacional de trabajadores de salud, que dificultó el desarrollo de algunas visitas a servicios de salud debido a la irregularidad en el funcionamiento de los mismos.
- La alta rotación del personal en los servicios de salud a nivel local, que limitó el acceso a una visión histórica de proceso y conocimiento de la institución.

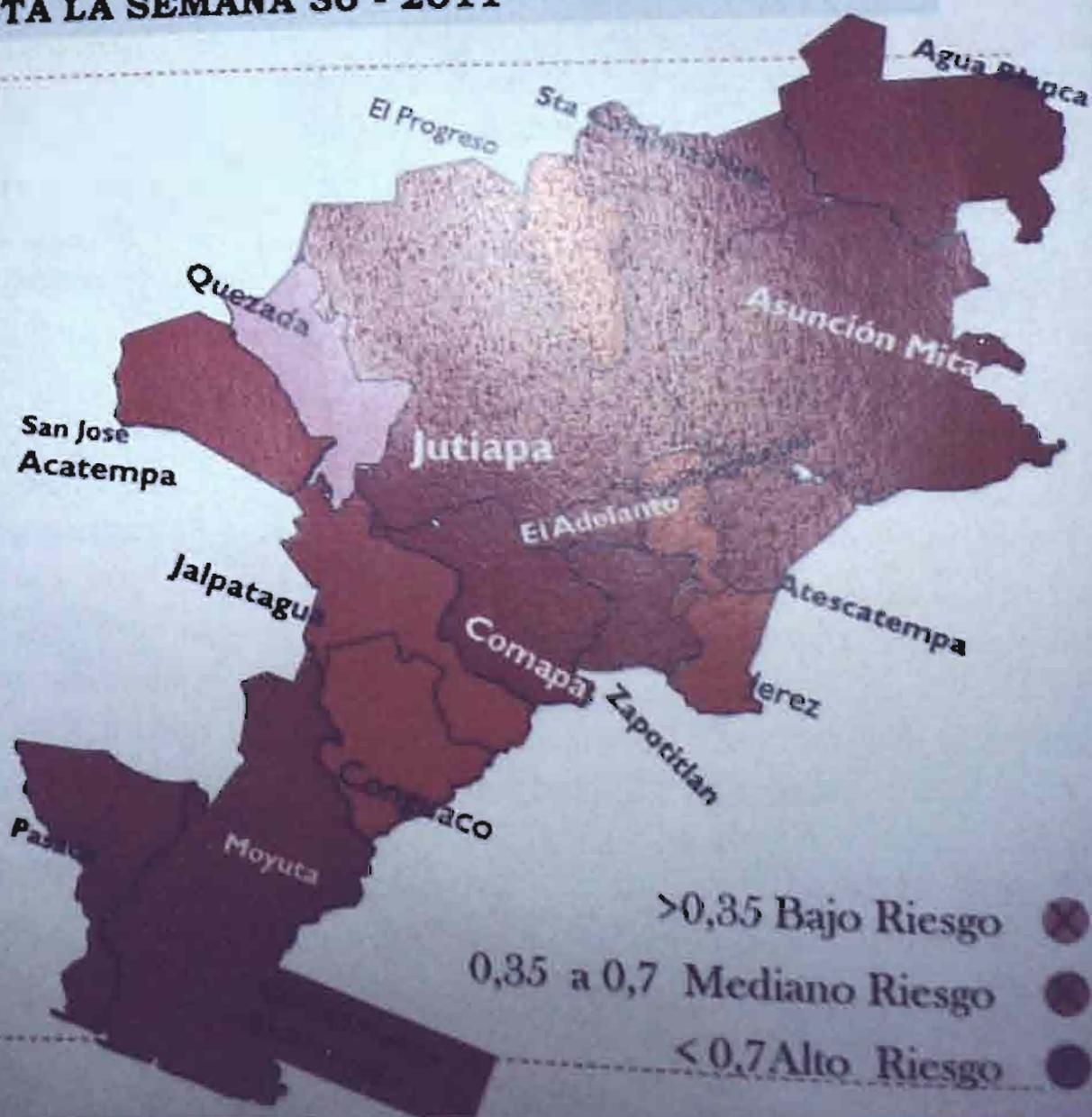
ESTRATIFICADA POR DISTRITO  
HASTA LA SEMANA 30- 2011



**TASAS DE INCIDENCIA DE DESNUTRICIÓN AGUDA ESTRATIFICADA  
POR DISTRITO , AREA DE SALUD JUTIAPA .  
HASTA LA SEMANA 30 - 2011**

Agua Blanca	0,70
Asunción Mita	0,88
Atescatempa	0,74
Moyuta Sur (CPA)	0,87
Comapa	0,93
Conguaco	0,36
El Adelanto	1,13
El Progreso	0,44
Jalpatagua	0,37
Jerez	0,49
Jutiapa	0,62
Moyuta Norte	1,76
Pasaco	0,64
Quezada	0,22
San José A	0,40
Santa Catarina M	0,57
Yupiltepeque	0,40
Zapotitlán	1,05
Area	0,70

Incidencia por 100 niños < 5 años



*Sala Situacional DAS Jutiapa*

# RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

Los principales resultados de la evaluación se presentan por resultado esperado del proyecto, según los criterios definidos para la evaluación en tiempo real: coordinación, relevancia, eficiencia, eficacia y sostenibilidad, de acuerdo con los objetivos y preguntas de evaluación planteados.

## Resultado 1:

### DetECCIÓN TEMPRANA ACTIVA DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA A NIVEL COMUNITARIO

“La información como herramienta para la acción”  
-DAS Jutiapa-

Indicadores	Avance
1.1. Por lo menos 60% de 150 puestos de salud, tiene un sistema implementado para tamizaje y detección de la desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años.	A la fecha de la evaluación, el indicador fue superado, ya que el sistema de tamizaje (barrido nutricional) había alcanzado una cobertura promedio del 50% de la meta propuesta por el MSPAS para el 2011: 62 distritos de salud y 1266 comunidades. (SIAS)
1.2. Por lo menos 150 personas del personal de los puestos y centros de salud capacitados en vigilancia de la desnutrición aguda.	La capacitación realizada en sala situacional ha tenido una cobertura mayor a la esperada (n=1352) por la estrategia utilizada. La sala situacional es uno de los productos principales y una contribución del proyecto al MSPAS. Se recomienda incluir un indicador de implementación de sala situacional en el informe final del proyecto. (PROSAN)
1.3. MSPAS fortalecido a través de la contratación de 36 auxiliares de enfermería, en el período del proyecto.	Indicador cumplido.

La información presentada por SIGSA y las entrevistas efectuadas a nivel local coinciden en reconocer la implementación de la vigilancia nutricional activa como una medida efectiva en la detección temprana de los casos y la existencia de mejor capacidad a nivel institucional para atender los casos captados. Según la información manejada por SIAS a septiembre, la cobertura del barrido nutricional en la zona de influencia del proyecto era del 50% (rango: 23% a 81%) con 1,429 niños y niñas identificados por MUAC (1151 moderados y 278 severos). El avance de esta actividad se vio afectado por el paro laboral de los trabajadores en el MSPAS.

## **COORDINACIÓN:**

A nivel local, la coordinación se ha realizado directamente entre las Direcciones de Área de Salud (DAS), PROSAN y SIAS. A través del proyecto, OPS/OMS gestionó los fondos para movilización y reproducción de materiales para esta actividad. También se brindó cooperación técnica para la revisión de los lineamientos generales para la búsqueda activa.

## **RELEVANCIA:**

El sistema de vigilancia nutricional activa ha sido fortalecido con la contratación de 36 auxiliares de enfermería. Los resultados de este sistema (barrido nutricional) indican que el 62% de los casos detectados son moderados, reflejando una identificación temprana de la enfermedad y un mejor pronóstico de tratamiento. Adicionalmente, con base en las necesidades identificadas se apoyó con 8 personas digitadoras y 2 facilitadores de Epi-fichas (notificación obligatoria sistematizada). Cabe destacar, que el apoyo con personal temporal es importante para el Ministerio de Salud, pero no garantiza la continuidad de las acciones al momento de concluir esta intervención.

## **EFICIENCIA:**

El recurso en personal y apoyo en gastos de movilización ha sido oportunamente gestionado por parte de OPS/OMS. Sin embargo, en el caso de combustible, algunas Direcciones de Área de Salud tuvieron dificultad para ejecutar esos fondos oportunamente.

## **EFICACIA:**

La notificación obligatoria de los casos de desnutrición comenzó en octubre de 2009 (Acuerdo Ministerial 1607-2009), por lo que antes de esa fecha en el Ministerio no existen registros de la prevalencia e incidencia de la desnutrición aguda en menores de 5 años.

El apoyo al levantamiento y digitación de la información (barrido nutricional) contribuyó a la disponibilidad de información de la situación nutricional en las zonas de influencia del proyecto. Al momento de la evaluación, la cantidad total de casos detectados en las 11 áreas de salud apoyadas por el proyecto era de 3,849 niños y niñas con desnutrición aguda total (moderada y severa).

Por medio del proyecto se apoyó el inicio de la fase de análisis de datos para la correcta toma de decisiones a nivel local, mediante el desarrollo de la sala situacional. Algunas áreas han progresado en la capacitación del personal de los servicios, implementación y seguimiento, sin embargo, es un proceso que requiere mantener el apoyo para consolidar su institucionalización.

La toma de decisiones basadas en información se ha visto incrementada en cuanto a la focalización de la respuesta tanto gubernamental como no gubernamental, basada en la disponibilidad de información de situación nutricional y en el reconocimiento del ministerio de salud como el referente oficial.

## **SOSTENIBILIDAD:**

El apoyo tanto con recurso humano para el barrido nutricional como mediante el desarrollo de la sala situacional fortaleció la capacidad de atención de los servicios, sin embargo, la situación presupuestaria actual del ministerio de salud no permite garantizar que se cuente con los recursos para dar continuidad a las acciones.

En un proyecto de emergencia nutricional, se deben considerar medidas coordinadas con las contrapartes gubernamentales que permitan proseguir con recursos propios del MSPAS tomando en cuenta que este tipo de emergencias es de evolución lenta.

## Resultado 2:

### Fortalecida la capacidad del Ministerio de Salud para el tratamiento y referencia de los casos de desnutrición aguda

“La mejor manera de tratar la enfermedad es evitarla”

-Hospital de Zacapa-

Indicadores	Avance
2.1. El 90% de los casos con DPE aguda detectados en 11 Áreas de Salud/Centros/Puestos, reciben tratamiento oportuno.	De marzo a agosto en las áreas de cobertura del proyecto con apoyo del personal contratado, se atendieron aproximadamente 1,200 niños y niñas con tratamiento ambulatorio y 450 niños y niñas con tratamiento hospitalario.  A nivel nacional, el 73.9% de los casos identificados estaban recibiendo tratamiento (ATLC o alimentos locales), de estos el 45% corresponden al Corredor Seco.
2.2. Al menos 150 puestos y centros de salud disponen de medicamentos y micronutrientes para brindar tratamiento de la desnutrición aguda.	Se acordó una dotación a nivel central a PROSAN que permita atender las necesidades diferenciadas de cada Área de Salud según las coberturas de suplementación y población neta reportadas por las DAS.
2.3. Cantidad de medicamentos y micronutrientes para contribuir a atender a los beneficiarios directos: 400,000 tabletas de 300 mg de sulfato ferroso; 400,000 tabletas de 5 mg de ácido fólico; 17,500 frascos de 60 ml 250/ 5 ml de amoxicilina; 17,900 frascos de 20 ml (20 mg/ml) de albendazole.	
2.4. Al menos 36 auxiliares de enfermería de puestos de salud, capacitadas en el manejo de la desnutrición aguda a nivel comunitario.	Cumplido bajo la responsabilidad de las DAS/PROSAN según las necesidades identificadas. En algunos casos, el personal contratado venía de otros proyectos similares, lo que significó una ventaja debido a que conocían las normativas ministeriales.
2.5. Al menos 14 nutricionistas y enfermeras de centros y puestos de salud y hospitales, capacitados en el manejo de la desnutrición aguda.	
2.6. Al menos 150 personas del personal de puestos y centros de salud, capacitados en el manejo de la desnutrición aguda.	
2.7. MSPAS fortalecido a través de la contratación de 14 nutricionistas y dos intérpretes, en el período del proyecto.	Cumplido: 9 nutricionistas asignadas a hospitales y 5 asignadas a las Direcciones de Áreas de Salud donde no habían nutricionistas de PROSAN. Durante el seguimiento del proyecto se identificó la necesidad de dar acompañamiento técnico a las áreas para el adecuado seguimiento de casos, para lo que se contrató a 5 nutricionistas facilitadoras de seguimiento para reforzar el manejo de los instrumentos de registro.
2.8. Banco de leche humana equipado y funcionando en el Hospital de Cuilapa.	Cumplido. Se abasteció con equipamiento para el funcionamiento óptimo del Banco de leche humana.

El recurso humano fue reconocido como el principal factor limitante de la capacidad de respuesta de los servicios de salud para situaciones de crisis similares, tanto en número, como en conocimiento del manejo del tratamiento del niño y de la niña desnutridos. El apoyo con recurso humano es reconocido y valorado positivamente en los diferentes niveles de atención: ha fortalecido la coordinación entre niveles (hospital y DAS), la calidad de atención para los casos con desnutrición y su seguimiento a nivel comunitario.

## COORDINACIÓN:

Las condiciones de ejecución han favorecido la asignación de recursos del proyecto en respuesta a las necesidades del Ministerio de Salud.

## RELEVANCIA:

Se respondió a la necesidad de mejorar la calidad del tratamiento de los pacientes con desnutrición a nivel hospitalario al contar con nutricionistas actualizadas en el manejo del tratamiento de la desnutrición y se facilitó el proceso de referencia y contra-referencia en las áreas.

La dotación de insumos para diagnóstico y tratamiento es un elemento que ha contribuido al fortalecimiento de la capacidad de respuesta operativa del Ministerio de Salud.

## EFICIENCIA:

El personal ha sido asignado según las prioridades identificadas por las unidades ejecutoras del Ministerio de Salud a nivel central. El proceso administrativo para la dotación de insumos ha durado en promedio de 45 a 60 días lo que ha afectado la oportunidad de entrega de los insumos. La asignación de un fondo para combustible a cada DAS facilitó el seguimiento de casos a nivel comunitario.

## EFICACIA:

El apoyo con 14 nutricionistas ha mejorado la calidad de atención del desnutrido con complicaciones (a nivel hospitalario) y sin complicaciones (a nivel DAS) y ha permitido contar con registros de mejor calidad sobre los casos atendidos.

El apoyo con los intérpretes a nivel hospitalario en zonas multilingües ha contribuido a mejorar las condiciones de atención durante la estancia hospitalaria de los niños y niñas así como a acercar la información de tratamiento y educación en salud y nutrición a las madres, con pertinencia cultural.



El apoyo con las facilitadoras de seguimiento de casos persigue promover el cumplimiento de las normas de atención de los casos diagnosticados con desnutrición

## SOSTENIBILIDAD:

El Viceministerio de Hospitales, mejoró su capacidad de respuesta operativa con las nutricionistas contratadas, sin embargo, la falta de presupuesto del Ministerio de Salud no permitirá la continuidad de este recurso humano, provocando la interrupción del servicio profesional de nutrición, que durante el proyecto además apoyó otras funciones a nivel institucional (servicio de alimentación, atención de nutrición clínica en consulta externa e interna tanto de adultos como de niños y niñas), afectando la calidad de atención que recibirán los pacientes desnutridos atendidos en los hospitales a partir de la finalización del proyecto. tomando en cuenta que el manejo inadecuado de la desnutrición aguda en sus cuadros graves (marasmo y kwashiorkor) conlleva a un aumento significativo de las tasa de mortalidad. Según la experiencia, las diferencias en la tasa de mortalidad observadas entre servicios de salud, no está relacionada con la gravedad de los casos sino con las malas prácticas de manejo de la desnutrición aguda.

## Resultado 3:

### Abogacía y comunicación culturalmente apropiada e implementada una campaña para mejorar prácticas para el tratamiento de la desnutrición aguda en las áreas de intervención

“La desnutrición, la pérdida de apetito y el bajo peso no son motivos de consulta, cuando la familia lleva a su hijo al servicio el motivo de consulta es otra enfermedad”  
-CAP Chajul, DAS Ixil-

Indicadores	Avance
3.1. 259 puestos de salud con materiales producidos.	Se estableció un acuerdo entre PROSAN/OPS para realizar una dotación a nivel central que permita apoyar las necesidades diferenciadas de cada Área de Salud.  La dotación incluye CD (cuñas radiales), DVD (spots de TV), instrumentos de registro (curvas peso/talla, carnés del niño y de la niña, fichas de notificación, cuadernos SIGSA 5 y SIGSA 5DA) y material de promoción (bolsas promocionales de la alimentación complementaria y vasos entrenadores).
3.2 Al menos, 50 educadoras de salud, capacitadas.	Cumplido. El personal fue capacitado a nivel local bajo responsabilidad de las DAS/PROSAN según las necesidades identificadas.
3.3. Al menos, 9 grupos de soporte a madres organizados a nivel hospitalario.	Están en proceso de conformación los Comités de Lactancia Materna a nivel hospitalario que es un requisito previo para la organización de los grupos de soporte a madres. Además con apoyo de las educadoras se han conformado grupos de madres consejeras a nivel comunitario. En el caso de los hospitales que ya cuentan con Banco de Leche está implementada la Clínica de Lactancia Materna (Zacapa y Santa Rosa).
3.4. El MSPAS fortalecido a través de la contratación de 23 educadoras, en el período del proyecto	El 100% del personal planificado fue contratado, para el fortalecimiento de servicios de salud prioritarios en el seguimiento de casos y consejería en salud y nutrición.

En opinión de los entrevistados el aspecto educativo es uno de los factores que más influye en los casos de familias con niños y niñas con desnutrición aguda, tanto la educación formal (escolaridad) como las prácticas y tradiciones culturales relacionadas con alimentación, salud e higiene. Sin embargo, el reducido personal con que cuentan normalmente los servicios de salud, limita la posibilidad de desarrollar las actividades de promoción específicas para este fin de forma sistemática y permanente. Las educadoras contratadas por el proyecto han contribuido a llenar este vacío en los servicios de salud. Algunos aspectos identificados en esta evaluación incluyen:

- La desnutrición aguda es un diagnóstico de difícil comprensión para las familias y las comunidades por varias razones: la desnutrición está fuera de la idea tradicional de enfermedad comparativamente con las infecciones respiratorias y las gastrointestinales (sintomáticamente mucho más definidas). En poblaciones donde “la deficiencia es la norma”, la frágil línea entre lo saludable y lo patológico es difícil de visualizar.

- Desde la perspectiva de salud pública se ha avanzado en la apropiación del tema por parte del personal de los servicios de salud que se refleja en detección y atención de casos. Sin embargo, es necesario que las familias y las comunidades pasen de ser "objeto de atención" a "sujeto de acción", que las comunidades se involucren de manera positiva y constructiva habilitándose para la acción en la vigilancia de su situación y el tratamiento de niños y niñas.

- Es vital involucrar a la familia completa para que no solo la madre sea la responsable de la recuperación y cuidado del niño y de la niña, pues es influida por las relaciones de poder dentro de la familia: el padre como tomador de las decisiones en torno a la salud y las abuelas como promotoras de las prácticas tradicionales-culturales sobre el cuidado de los niños y las niñas.

- La importancia de la participación social, promoviendo la sensibilización de los líderes comunitarios reconocidos (COCODES, comadronas, curanderos tradicionales, etc.) e iglesias, para que de manera positiva y constructiva contribuyan en la toma de decisiones sobre el bienestar de sus miembros, por la influencia y credibilidad que pueden tener ante la población.

En Anexo 3, se presenta un resumen del estudio socio antropológico realizado.

### **COORDINACIÓN:**

Por medio del proyecto, se ha iniciado el trabajo conjunto con el PROSAN para fortalecer acciones de IEC a partir de la reproducción de cuñas radiales y spots para televisión, diseño y reproducción de otros materiales educativos.

### **RELEVANCIA:**

Se ha avanzado en la identificación de temas claves que necesitan ser profundizados desde la perspectiva de conocimientos, actitudes y prácticas para el diseño de estrategias y materiales de IEC en cuanto a desnutrición infantil y temas relacionados.

### **EFICIENCIA:**

Las 14 educadoras contratadas han sido asignadas a cada DAS según las necesidades identificadas a nivel local y cumplen un rol complementario al abordar el tema educativo con más profundidad de la que se trabaja en los servicios que no cuentan con este personal.

La reproducción de material educativo se ha realizado según las prioridades identificadas por PROSAN. El material a la fecha está en proceso de distribución.

### **EFICACIA:**

El apoyo de los educadores contratados ha permitido un mayor y mejor seguimiento de los casos detectados por los servicios en las áreas de salud atendidas por el proyecto.

### **SOSTENIBILIDAD:**

La capacidad de respuesta operativa del Ministerio de Salud ha sido mejorada por medio de la dotación a PROSAN con material educativo para promoción en salud en los temas de alimentación y nutrición.

El PROSAN/MSPAS ve el tema de educación alimentaria nutricional como un tema que necesita ser abordado.

# LAS 5 CLAVES PARA MANTENER LOS ALIMENTOS SEGUROS...

...y prevenir enfermedades transmitidas por alimentos



## 1

### Utilice agua y alimentos seguros para su consumo

- ✓ Purifique el agua con métodos como hervir, usar cloro o el método SODIS.
- ✓ Utilice agua segura para lavar las frutas y vegetales; así como para preparar los alimentos.
- ✓ Utilice agua segura para lavarse las manos y los dientes.
- ✓ Elija siempre alimentos seguros para preparar las comidas.



## 2

### Practique la limpieza

- ✓ Lávese las manos antes de comer o preparar alimentos y después de ir al baño.
- ✓ Utilice jabón para lavarse las manos.
- ✓ Limpie y desinfecte las áreas donde se preparan los alimentos.
- ✓ Proteja la comida de las plagas, tapándola.



## 3

### Separe carnes, pollo y pescado crudos del resto de alimentos

- ✓ Separe siempre los alimentos crudos (especialmente las carnes, pollo y pescado) del resto de alimentos.
- ✓ Separe los alimentos frescos de los alimentos viejos.
- ✓ Guarde los alimentos en recipientes limpios y tapados.
- ✓ Utilice diferentes utensilios para preparar alimentos crudos y cocidos, o lávelos antes de usarlos.



## 4

### Cocine los alimentos completamente

- ✓ Cocine las carnes, el pollo, los huevos y el pescado hasta que estén bien cocidos.
- ✓ En el caso de la carne (res y cerdo) y el pollo cocine hasta que la parte interior no se vea rosada.
- ✓ Recaliente la comida hasta que esté bien caliente o hirviendo (por lo menos durante 5 minutos)



## 5

### Mantenga los alimentos a temperaturas seguras (Bien fríos o bien calientes)

- ✓ No deje alimentos cocidos a temperatura ambiente por más de 2 horas.
- ✓ Mantenga la comida bien caliente (hirviendo) hasta el momento de servirla.
- ✓ Mantenga la leche, el queso y las carnes refrigeradas.

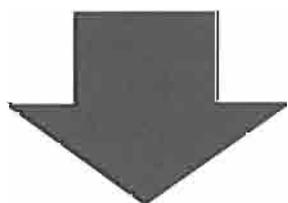
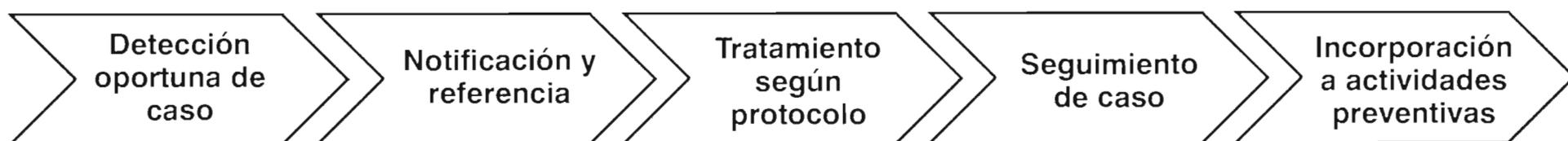


Material Promocional  
de las 5 claves

# CONCLUSIONES

## 1. El proyecto ha contribuido a reducir el número de muertes causadas por desnutrición aguda

1.1 La detección oportuna, el tratamiento adecuado y el seguimiento de los casos, son eslabones de la cadena de acciones indispensables para reducir la mortalidad asociada a desnutrición, han sido fortalecidos por medio del proyecto.



**REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD  
POR DESNUTRICIÓN**

Según datos del MSPAS, se estima que el proyecto ha contribuido a la atención oportuna de los casos detectados con desnutrición aguda del Corredor Seco.

1.2 Según el Centro Nacional de Epidemiología las tasas de incidencia acumulada y número de casos de desnutrición aguda a la semana epidemiológica 36-2011 (septiembre) muestran una tendencia a disminuir en los departamentos del Corredor Seco y a nivel nacional. Las Áreas de Salud del Corredor Seco, a la fecha aportaban el 45% de los casos identificados en el país. Esta información se presenta en el Cuadro 2.

**Cuadro 2. Incidencia de desnutrición aguda en los departamentos del Corredor Seco 2010-2011**

AREA DE SALUD	2010			2011			
	Moderados	Severos	Total	Moderados	Severos	Total	Tasas
Zacapa	507	179	686	314	181	495	155.99
Chiquimula	703	441	1144	346	292	638	109.3
Baja Verapaz	319	130	449	205	87	292	65.93
Izabal	317	160	477	318	189	507	80.85
Jalapa	575	381	956	201	178	379	68.84
Jutiapa	185	144	329	227	165	392	57.31
El Progreso	304	71	375	117	40	157	72.9
Ixcán	120	61	181	65	19	84	46.8
Ixil	31	45	76	149	44	193	63.82
Quiché	497	122	619	414	180	594	45.09
Santa Rosa	189	116	305	42	76	118	23.29
<b>TOTAL</b>	<b>3747</b>	<b>1850</b>	<b>5597</b>	<b>2398</b>	<b>1451</b>	<b>3849</b>	
Distribución de casos	67%	33%		62%	38%		

Fuente: CNE (Sala Situacional 36-2011)

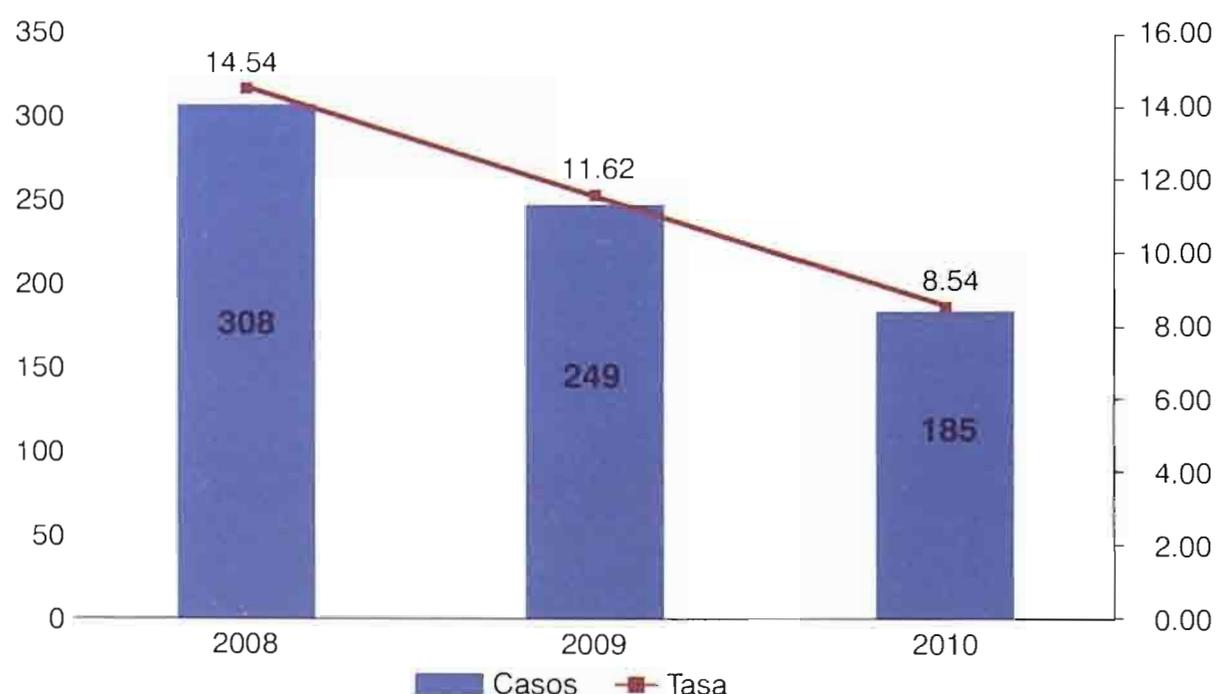
La reducción de la incidencia de desnutrición aguda del Corredor Seco observada se puede atribuir al efecto de los siguientes aspectos:

- Mejora de la situación de seguridad alimentaria nutricional del Corredor Seco, producto de las distintas intervenciones.
- Disminución de la cobertura del barrido nutricional 2011.

- Brecha en el reporte de registros por la transición en el Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) hacia la nueva plataforma informática.

**1.3 Según los datos proporcionados por el Centro Nacional de Epidemiología, se observa una reducción nacional en las tasas de mortalidad por desnutrición aguda en el periodo comprendido entre los años 2008 y 2010 (Figura 4). Es de hacer notar, que aún esta información no está disponible para el año en curso.**

**Figura 4. Desnutrición aguda: Mortalidad por año, casos y tasas por 100,000 menores de 5 años Guatemala, Enero-Noviembre de 2010**



## 2. El proyecto contribuyó a reducir el efecto de la crisis nutricional a través de:

### ■ Efectividad del sistema de vigilancia nutricional:

La detección oportuna de casos con desnutrición moderada ha evitado su evolución a desnutrición severa disminuyendo el riesgo de mortalidad por esta causa.

### ■ Mejor calidad de atención:

Con el establecimiento por parte del Ministerio de los protocolos de tratamiento para los diferentes niveles de atención y el apoyo del proyecto con personal para implementarlos a nivel hospitalario y de las DAS.

### ■ Efectividad del seguimiento de los casos:

El sistema de referencia y contra-referencia se ha fortalecido con una mayor capacidad para el traslado de casos complicados (190 niños y niñas a mayo 2011) y de atención (1,888 casos recuperados a mayo 2011). A la misma fecha el 73% de los casos detectados (4,446 menores de 5 años) estaba recibiendo tratamiento con alimentos locales y/o ATLC.

### ■ Uso de mecanismos médico-legales por los servicios de salud:

Estos se aplican en casos graves cuando peligra la vida del paciente y el proyecto apoya para el traslado a los centros de atención.

El problema de la desnutrición es el último eslabón en la cadena de inseguridad alimentaria crónica que afecta a la población, y muchos de los factores relacionados con la prevención son de naturaleza estructural en el país.

La situación de vulnerabilidad alimentaria y climática del país se ha manifestado tras diferentes crisis y emergencias relacionadas con sequía, inundaciones y deslaves, ante los cuales es necesario fortalecer la estructura gubernamental para propiciar la prevención y una eficiente respuesta ante desastres recurrentes.

## 3. El Ministerio de Salud Pública está mejor preparado para diagnosticar y tratar la desnutrición en el futuro

La respuesta sectorial del Ministerio de Salud refleja avances sustantivos en el tema normativo para la detección, atención y registro de información.

- A nivel local, la capacidad de respuesta operativa ha sido fortalecida por medio de proyectos de apoyo a través de la cooperación externa. La experiencia de trabajo con la desnutrición aguda ha generado sensibilización del personal hacia el tema y constituye una oportunidad para generar el compromiso del equipo humano involucrado.

- Actualmente en el MSPAS, el financiamiento de las actividades para la atención de la desnutrición aguda y de la nutrición en general, dependen de manera importante de fondos de la cooperación internacional a través de proyectos principalmente gestionados por PROSAN/MSPAS. En este sentido, la continuidad con calidad de algunos procesos puede verse comprometida en el corto y mediano plazo, mientras no lleguen a consolidarse plenamente dentro de la estructura Ministerial, y esta no sea fortalecida presupuestariamente.

- La crisis de inseguridad alimentaria y nutrición del Corredor Seco ha supuesto una oportunidad para reconocer y abordar el problema de la desnutrición aguda con rigurosidad técnica y política a nivel del ministerio de salud. Se han dado pasos relevantes desde el aspecto normativo hasta la gestión para fortalecer la capacidad operativa con el propósito de brindar atención efectiva, oportuna y con calidad.

Estos avances son reconocidos tanto interna como externamente al ministerio de salud, y han generado una demanda por información desde las instancias gubernamentales y no gubernamentales, relacionadas con la Seguridad Alimentaria y Nutricional.

• **Los principales logros en la capacidad de respuesta del MSPAS que han sido apoyados a través del proyecto incluyen:**

- La promoción del trabajo en equipo en las diferentes instancias que ha contribuido a la generación de sinergias positivas a nivel institucional (PROSAN/CNE/SIGSA/SIAS/Viceministerio de Hospitales).
- Como ente rector, el posicionamiento del MSPAS en el tema siendo generador e informante privilegiado de la situación.

- El trabajo interinstitucional principalmente entre organizaciones gubernamentales dentro de la estructura del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria.

- Las condiciones políticas y presupuestarias del Ministerio de Salud suponen desafíos y riesgos para los avances alcanzados y puede traducirse en disminución de coberturas, mayor rotación del personal (ya capacitado y con experiencia) y falta de continuidad de algunas acciones.

- La abogacía por parte de los cooperantes es una estrategia valiosa para mantener un entorno político favorable a las intervenciones en materia nutricional principalmente a partir del proceso de transferencia política



Infantometro SECA 417



*Material Promocional  
Bolsas Ecológicas*

# RECOMENDACIONES

## Para la implementación de proyectos de emergencia

### 1. Aspectos administrativos

- Integrar la figura de comité ejecutivo del proyecto con las contrapartes involucradas para fortalecer la gestión a través de un cronograma conjunto, el intercambio de información sobre avances, el seguimiento de indicadores y la toma de decisiones.
- Además de las notificaciones oficiales, realizar una reunión de presentación y socialización del proyecto a nivel de áreas de salud y unidades ejecutoras para facilitar el proceso de implementación y permitir el apropiamiento de los resultados.
- Revisar los mecanismos administrativos de ambas instituciones (OPS/OMS y MSPAS) para ejecución de proyectos de emergencia que permita identificar los puntos críticos a mejorar en la cadena de gestión y provisión de algunos insumos.
- Continuar promoviendo espacios de trabajo coordinado entre unidades ministeriales e integrar al proceso a otras como: PROEDUSA, Unidad de Pueblos Indígenas, Salud Reproductiva, Programa de Inmunizaciones.

### 2. Diseño del proyecto

- Revisar los indicadores por resultado del proyecto para que midan los logros alcanzados en el cumplimiento del objetivo con las actividades implementadas en términos de población y de productos.

### 3. Apoyo a la sostenibilidad

- Definir un proceso de transición para el personal contratado por el proyecto que se retira de las DAS y hospitales, que incorpore la entrega oficial de la información, la documentación oficial bajo su responsabilidad, y el informe final para que los servicios puedan definir la delegación de funciones a partir de noviembre.

### 4. Socialización de resultados

- Socializar el informe de la evaluación en tiempo real con todas las áreas de salud participantes en proyecto, así como con las contrapartes ministeriales.

### 5. Continuidad de las acciones

- Continuar con la cooperación técnica de OPS/OMS en apoyo al Ministerio de Salud para la consolidación del plan de atención a la desnutrición infantil, dando especial énfasis al fortalecimiento de: el sistema de vigilancia nutricional; del componente de educación alimentaria nutricional culturalmente apropiado y definir las necesidades de formación de recursos humanos en coordinación con las instituciones formadoras.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
Y ASISTENCIA SOCIAL DE GUATEMALA



# Carné del niño

No. Registro

Día Mes Año

Nombre del Niño:

Fecha de nacimiento:

Día

Mes

Año

Nombre de la Madre o Cuidador/a:

Nombre del Padre:

Número de casa:

Número de sector:

Comunidad / dirección:

Municipio:

Grupo Etnico: Maya

Garífuna

Xinca

Mestizo

Otro

Área de salud:

Distrito:

Centro de Salud:

Puesto de Salud:

Jurisdicción:

Centro de Convergencia:

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
Y ASISTENCIA SOCIAL DE GUATEMALA



# Carné de la niña

Día

Mes

Año

Nombre del Cuidador/a:

Número de sector:

Mestizo

Otro

Salud:

El niño camina solo

Edad en que lo hizo



# LECCIONES APRENDIDAS

## En el sistema de vigilancia nutricional

### 1. Incorporar el proceso de pilotaje previo de instrumentos de registro para poder contar con instrumentos definitivos antes de que se inicie su utilización en los servicios.

Buscando que cada nuevo instrumento vaya acompañado de un proceso de socialización de la versión definitiva. Esto con el fin primordial de optimizar recursos (una limitante importante en el Ministerio de Salud y evitar duplicidad de trabajo en el nivel local. Los cambios constantes generan en el personal la percepción de improvisación desde el nivel central, y desmotivación debido a la consecuente repercusión en la carga de trabajo.

### 2. Mejorar la temporalidad en la ejecución de los barridos nutricionales con la ejecución en las semanas epidemiológicas clave identificadas por CNE, para que se cumpla el objetivo de manera costo-efectiva.

El barrido debería ser ejecutado en el mes de junio para mejorar la captación de casos en fases tempranas cuando el aumento estacional empieza a ser cuantificable.

### 3. Dar acompañamiento del nivel central a las DAS en el proceso de implementación de nuevas normativas.

Es fundamental no perder el seguimiento del proceso lo que permite de manera periódica y sistemática obtener una retroalimentación de la experiencia desde los servicios de salud (nivel operativo). Esto contribuye a identificar el retardo en el registro de los datos disminuyendo la brecha aún existente entre el reporte de las fichas y el SIGSA diario de notificación, así como la automatización de reportes a través de la nueva versión del SIGSA-Web. La construcción colectiva del sistema puede ser un factor clave en la sostenibilidad y efectividad del proceso iniciado.

### 4. Formular e implementar la normativa de la sala situacional de nutrición en hospitales para contar con información sobre producción, demanda y costos de atención en pacientes con desnutrición aguda.

Las actividades hospitalarias del personal contratado son múltiples e incluyen el apoyo técnico-profesional a otros servicios.

Según los datos reportados en los informes mensuales, se pudo observar que hay una proporción de captación de casos de desnutrición para manejo ambulatorio por referencia del servicio de consulta externa (15% de los casos atendidos por desnutrición). Sin embargo, la producción del departamento de nutrición no se refleja en la sala situa-

cional del hospital, por falta de la normativa específica al respecto que incorpore indicadores nutricionales de manera sistemática con el concurso de los departamentos de epidemiología y de estadística.

## Educación en salud y nutrición

### 5. El fortalecimiento de las actividades de Información, Educación y Comunicación – IEC- a través de:

- La revisión sistemática y exhaustiva desde la perspectiva social y antropológica para mejorar la efectividad de los mensajes que se quieren transmitir a la población.

- Generar mensajes con pertinencia cultural adaptados para la población con baja capacidad de lectura y escritura, con estrategias de educación para adultos. Estos deben sensibilizar y mover para la acción.

- Mediante estrategias de educación para adultos se recomienda capacitar al personal con un enfoque más operativo que informativo.



Infantometro SECA 417

# REFERENCIAS CONSULTADAS

## Contexto del proyecto

- Carta Acuerdo entre OPS/OMS y el Gobierno de Suecia.
- Mandatos de cooperación técnica de la OPS/OMS.
- Preparación y respuesta frente a emergencias: Informe de la Secretaría OMS (2006).
- Estrategia de Suecia de cooperación para el desarrollo con Guatemala 2008–2012

## Documentos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

- Acuerdo Ministerial 1607-2009. Notificación obligatoria del evento desnutrición aguda.
- Estadísticas nacionales de nutrición de niños menores de 5 años (PROSAN, 2011).
- Plan para la prevención y atención de la desnutrición infantil en Guatemala (octubre 2009).
- Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad por Desnutrición Aguda y las Enfermedades Asociadas (septiembre 2009).
- Salas Situacionales CNE (semanas 52-2010, semana 29-2011, semana 36-2011)
- Informes de Avance del barrido nutricional en las Direcciones de Áreas de Salud (al 19 de agosto 2011 y al 29 de septiembre de 2011).
- Protocolos de tratamiento de la desnutrición aguda: ambulatorio (edición 2010), Centros de recuperación nutricional (2009) y hospitalario (2009).
- Guía de atención para tratamiento ambulatorio y casos moderados.
- Informes de seguimiento de actividades.
- Normativa de notificación obligatoria.
- Protocolos de atención de la desnutrición en los diferentes niveles de atención.
- Material IEC producido (CD de cuñas radiales y DVD de spots para televisión).

## Otros documentos o información del país

- Decreto Gubernativo 10-2009. Declaratoria de Estado de Calamidad (8 de septiembre de 2009).
- Decreto Gubernativo 11-2009. Declaratoria de Estado de Calamidad (7 de octubre de 2009).
- SEGEPLAN. Informe de avance de las acciones y medidas tomadas durante la emergencia (noviembre 2009).
- Red Humanitaria. Informe de resultados: valoración de inseguridad alimentaria y nutricional en los departamentos del Corredor Seco del oriente de Guatemala, Quiché e Izabal (noviembre, 2009).
- Informes mensuales del personal contratado (marzo a julio).
- Banco Mundial. Guatemala: evaluación de la pobreza (marzo, 2009).
- MFEWS. (Sistema Mesoamericano de Alerta Temprana para Seguridad Alimentaria) Guatemala Situación de Seguridad Alimentaria (septiembre, 2009).

## Revisión documental

- OMS. Protocolo de evaluación sanitaria rápida en situaciones de emergencia (1999).
- ALNAP. Real Time Evaluations of Humanitarian Action. An ALNAP Guide. Pilot Version, London (2009).
- ACNUR. Real time humanitarian evaluations: some frequently asked questions (mayo, 2002).
- UNICEF. Desk review of real time evaluation experience (agosto, 2003).
- Guía de ALNAP para agencias humanitarias: evaluación de la acción humanitaria utilizando los criterios del CAD-OCDE (2006).

\* \*  
DEBEMOS  
luchar todos  
Juntos  
F/S, P/S, Es-  
UELAS, MU-  
NICIPALIDADES  
ETC.....

que si espanta  
rimos comprar -  
res a comer -  
DABLEMENTE.

\*  
lo que si Es-  
Panta.....  
Es no DARLES  
la SUPLEN-  
CIÓN CON MICRO-  
NUTRIENTES  
VITAMIN D<sup>3</sup> 500  
HIERRO y ADDO. FD  
1100 90 dias

\* \* \*  
lo que si  
EsPanta.....  
Es no llevar  
a NUESTROS HI-  
JOS a SU MONI-  
TOREO DE CRE-  
CIMIENTO \*

\* \* \*  
lo que si  
Espanta.....  
Es no DAR  
lactancia  
MATERNA

teatro \* \*  
\* \* POPULAR

\* \*  
Para Calmo  
que si ES-  
ta AUN  
MAS  
VACUNAR  
LOS

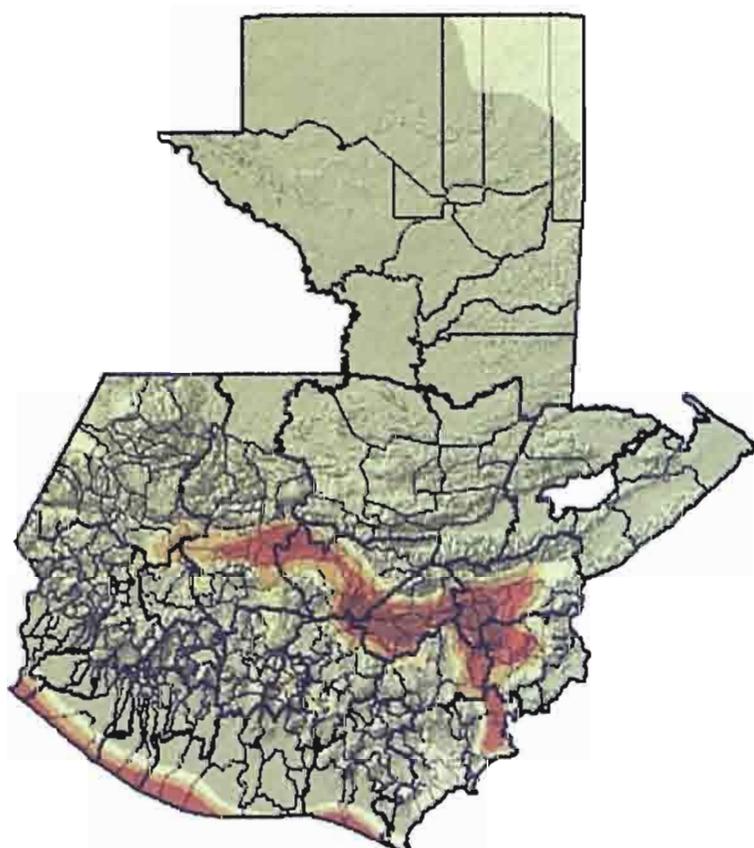
QUE  
Espanta

Conocimientos, actitudes y prácticas Chajul

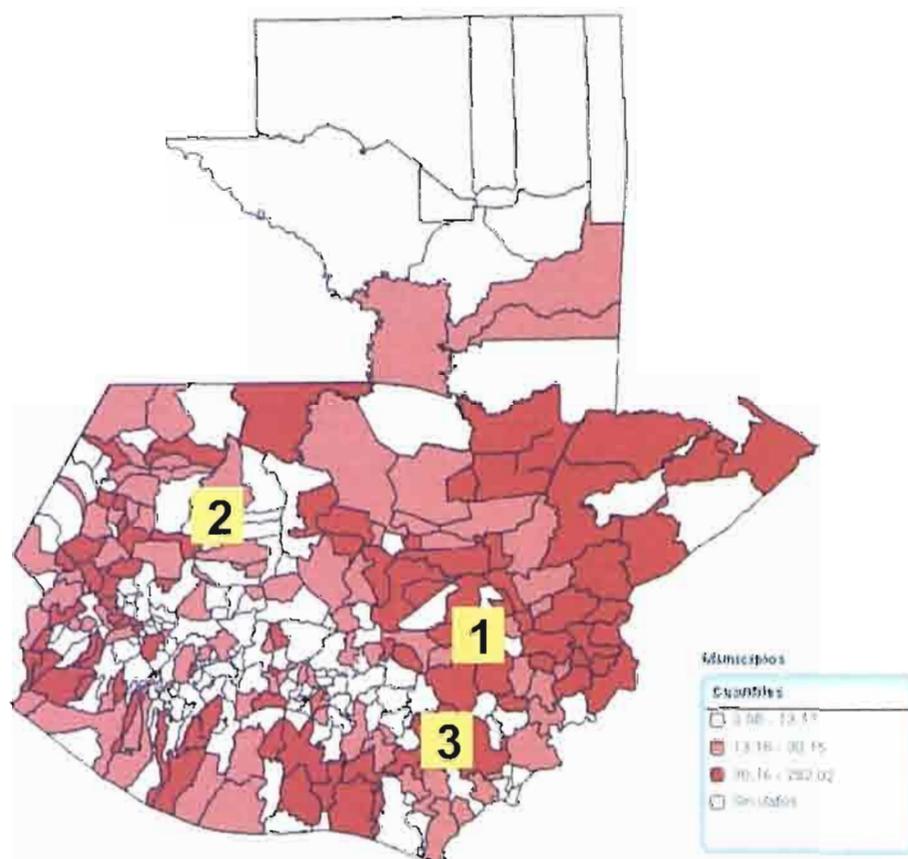
# ANEXOS

## Anexo 1: Mapa de la zona de cobertura del proyecto

Mapa de Amenazas por Sequía  
República de Guatemala  
(SIG-MAGA/PMA)



Desnutrición Aguda Severa: Tasa por 10,000  
menores de 5 años. Por Municipio, acumulado  
a la SE 52-2010



Nota: ■ Zonas vulnerables a sequía

Las áreas visitadas para esta evaluación fueron:

1. Dirección de Área de Salud Zacapa
2. Dirección de Área de Salud Ixil (Quiché)
3. Dirección de Área de Salud Jutiapa

### Indicadores en áreas visitadas (tasas por 10,000 menores de 5 años)

Posición	AREA DE SALUD	Cobertura Barrido (Ag-11)	Casos (Jul-11)	Incidencia acumulada (Jul-11)	Mortalidad 2010
1	Zacapa	85%	397	133,93	<b>3.38</b>
8	Jutiapa	72%	354	51,75	<b>10.29</b>
12	Ixil	39%	114	37,7	<b>5.67</b>

Fuente: Sala situacional, Centro Nacional de Epidemiología 2010-2011(MSPAS)

## Anexo 2: Informantes consultados por nivel de atención y Área de Salud

<b>NIVEL</b>	<b>Personal Consultado</b>	<b>Central</b>
Hospital	Director	3
	Nutricionista	4
	Pediatra	4
DAS	Director	2
	Nutricionista	3
	Epidemiólogo	2
Servicios de Salud	Enfermera profesional	2
	Auxiliares de enfermería	6
	Educadoras	6
	Técnicos en salud rural	1
SESAN	Monitor Área Ixil	1
	Monitor Área Jutiapa	1
Nivel Central	PROSAN	1
	Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación (SIAS)	1
	Centro Nacional de Epidemiología (CNE)	1
	Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA)	1
	Viceministerio de Hospitales	1
Representación OPS/OMS	Consultora en Nutrición	1
	Consultora (apoyo al proyecto ASDI)	1
<b>TOTAL</b>		<b>42</b>

## RESUMEN

A continuación se detallan algunos resultados que sirvieron de ideas centrales para el análisis de la información recopilada en campo.

### Conocimientos, actitudes y percepciones sobre la desnutrición de los beneficiarios

#### Concepto de desnutrición:

- Para las madres, la desnutrición no es una enfermedad ni un problema porque es una situación común. Los niños son pequeños y/o delgados al igual que lo fueron sus padres.
- Para las madres, el bajo peso de sus hijos se debe a otras enfermedades (diarreas, fiebres, resfriados), con síntomas y consecuencias visibles. Carecen de una visión de largo plazo necesaria para entender el proceso de desarrollo de la desnutrición.
- La desnutrición se cura con vitaminas; lo cual significa que los beneficiarios no se han apropiado del concepto y práctica de una alimentación balanceada.

#### Percepción sobre la enfermedad:

- **Los padres perciben que sus hijos están enfermos ante síntomas visibles y tratan de curarlos con tratamientos de la medicina occidental y tradicional.**

• Si los niños y niñas no comen es porque tienen “empacho” o están “estragados”. Para curar el empacho recurren a los sobadores, excepto en menores de 6 meses, porque “no aguantan”. Como el empacho se asocia a un

problema estomacal, las madres dan a sus hijos soluciones efervescentes, incluso a bebés. Como cura para el “estrago” o la falta de apetito dan jarabes de rábano yodado.

- Si los niños y niñas se ponen llorones y se les cae el pelo, puede ser “espanto”, es decir, un susto. La cura es pasar huevos y/o montes por el cuerpo y rezarles.
- Si los niños y niñas continúan enfermos y se ponen muy delgados y decaídos buscan ayuda en el centro de salud u hospital.

#### • Al niño y niña enfermo:

- Se le dan “sopitas”; las familias se inclinan por las sopas instantáneas en presentación de vaso.
- Necesita “vitaminas” para curarse, por ello las familias compran jarabes, como el de rábano yodado.
- Las familias tienen la idea de que hay niños y niñas débiles, que “salen malos” y siempre se enferman.

#### Lactancia materna:

- La lactancia materna se extiende uno o dos años o hasta el embarazo de otro hijo.
- Tanto las madres, como algunas educadoras, creen que la leche materna de una mujer embarazada “no sirve” y “da diarrea”. Sin embargo, lo que sucede es que la mujer al enterarse que está embarazada quita el pecho abruptamente e introduce de manera inmediata la leche fluida de vaca o de alguna marca comercial, lo cual puede ser causa de diarreas. Al parecer, las madres no consultan sobre el tipo de leche adecuada para su hijo ni saben cuando es el momento oportuno de introducir alimentos sólidos.

- También dan “agüitas”. El uso de biberones en ambientes poco higiénicos puede ser el verdadero causante de las diarreas.
- Las educadoras refieren casos de madres a las que no les gusta dar de mamar por razones estéticas. Se necesita investigar y profundizar sobre la percepción de la lactancia materna y su posible asociación a la pobreza o, en todo caso, el prestigio asociado al poder de adquisición de leches comerciales (sucedáneos).

### Introducción de alimentos:

- Las madres creen que si los niños y niñas pequeños no tienen dientes no pueden masticar, lo que comen se les pega en el estómago y eso da empacho, por eso alimentan a sus hijos con caldos y atolitos.

### Dieta

- Algunas madres entrevistadas señalaron que su dieta básica es de maíz y frijol.
- Se necesita investigar más, pero al parecer los niños y niñas hospitalizados, cuyas madres fueron entrevistadas, provenían de hogares cuyos padres no poseen tierras para siembra, un factor que ha incidido en su vulnerabilidad.
- Las educadoras comentaron que si bien atienden a familias muy pobres también han detectado casos de desnutrición entre familias con más recursos económicos, incluso residentes del área urbana.  
En este caso, la desnutrición se asocia a malos hábitos alimenticios debido al abuso en el consumo de golosinas.  
Pero las educadoras también refieren casos en el área rural, donde las familias no aprovechan al máximo los recursos agrícolas a su disposición.
- Las madres aplican la equidad en la alimentación de sus hijos, lo cual significa que no alimentan más a quien está en tratamiento por desnutrición.

Una razón puede ser que no se cree que una buena alimentación sea la cura a la desnutrición (la cual se cree se ha originado por otras enfermedades).

- Los educadores creen que si bien hay niños y niñas “mañosos” que no les gusta la comida que les dan, el problema es que las madres no se esfuerzan para que se alimenten.

### Percepción de la desnutrición por parte de las madres

- La desnutrición es causa de vergüenza, pues significa que la madre no cuida a sus hijos, por eso prefieren decir que están bajos de peso. Este sentimiento es reforzado por el señalamiento del padre y de los servicios de salud.
- El padre no se involucra, si el niño y la niña está desnutrido es culpa de la madre.

### Pertinencia cultural de los servicios de salud

#### Detección de la desnutrición

- Los barridos, llevados a cabo por personal del proyecto, han permitido identificar casos en riesgo y con diferentes niveles de desnutrición. Sin embargo, para las madres pareciera confuso el hecho de que a pesar de haber llevado a sus hijos a vacunación (donde también tallan y pesan a los niños y niñas) nunca les habían dicho que tenían bajo peso o desnutrición, debido a que los centros/puestos de salud sólo referían casos graves.
- Los educadores relataron que su trabajo es cansado, pues deben caminar mucho durante los barridos en recorridos que muchas veces hacen solos. Además, su salario se hace insuficiente porque incluye el transporte a las distintas localidades que cubren y que

incluso aportan de su propio dinero para que las madres se trasladen a los centros nutricionales u hospitales y, en algunas ocasiones, para comprar insumos para la demostración de alimentos.

- En algunas localidades, como por ejemplo, Huité, la educadora cuenta con el apoyo del alcalde y en Jutiapa, con el apoyo de vigilantes de la salud y líderes locales.

- En algunos casos, cuando es obvio que los niños y las niñas sufren de falta de cuidado y alimentación, los vecinos informan a los educadores.

## Consejería

- Las educadoras hablan a las madres en término de desnutrición moderada, crónica, aguda y para reafirmar sus explicaciones les muestran las gráficas. Este es un lenguaje muy abstracto para madres con pocos niveles de instrucción. Por un lado, pareciera que las educadoras no cuentan con materiales apropiados para las madres, y por otro, que los mismos educadores no tienen un manejo amplio del tema para poder mediar el mensaje.

- No se involucra al padre ni en el diagnóstico de la desnutrición ni en charlas educativas.

## Tratamiento

- La SESAN da alimentos a algunas familias, pero la harina amarilla se la dan a los animales o, a veces, venden los productos.

- En Jutiapa, las madres solicitan a los educadores que reporten a los niños y las niñas como desnutridos o en algunas ocasiones los dejan empeorar para poder tener acceso a las bolsas de alimentos que proveen los programas sociales del gobierno.

- Para tratamiento de la desnutrición, las educadoras dan sobres de ATLC (a base de maní) a las madres, pero ellas dicen que a los niños y las niñas no les gusta.

Los educadores refieren que las madres no hacen un esfuerzo para que los niños y las niñas lo coman.

- Las madres piensan que el tratamiento es alimento y lo reparten entre todos sus hijos, para evitar esta situación, las educadoras les dicen que es medicina.

## Seguimiento

- Las madres tienen que llevar a los niños con cierta frecuencia a los servicios de salud, para monitoreo del crecimiento, pero según las educadoras, algunas madres no siguen las instrucciones y orientaciones por influencia de la suegra.

## Referencia

- Los hospitales están lejos, las madres se tienen que ir con sus hijos desnutridos y dejar a sus otros hijos con el marido, pero las madres se van sin saber cuándo van a regresar. El marido tiene que buscar y pagar quién les hace la comida y cuida a los niños y niñas.

Esta situación implica gastos de transporte y alimentación, situación que empeora por la incertidumbre relacionada con el tiempo de ausencia de la madre.

- Para ir al centro nutricional/hospital, las madres necesitan el permiso de los esposos.

A veces los esposos se niegan porque no tienen quién les haga la comida y les lave la ropa. Algunas madres que han llevado a sus hijos al hospital sin el consentimiento del esposo son abandonadas por él.

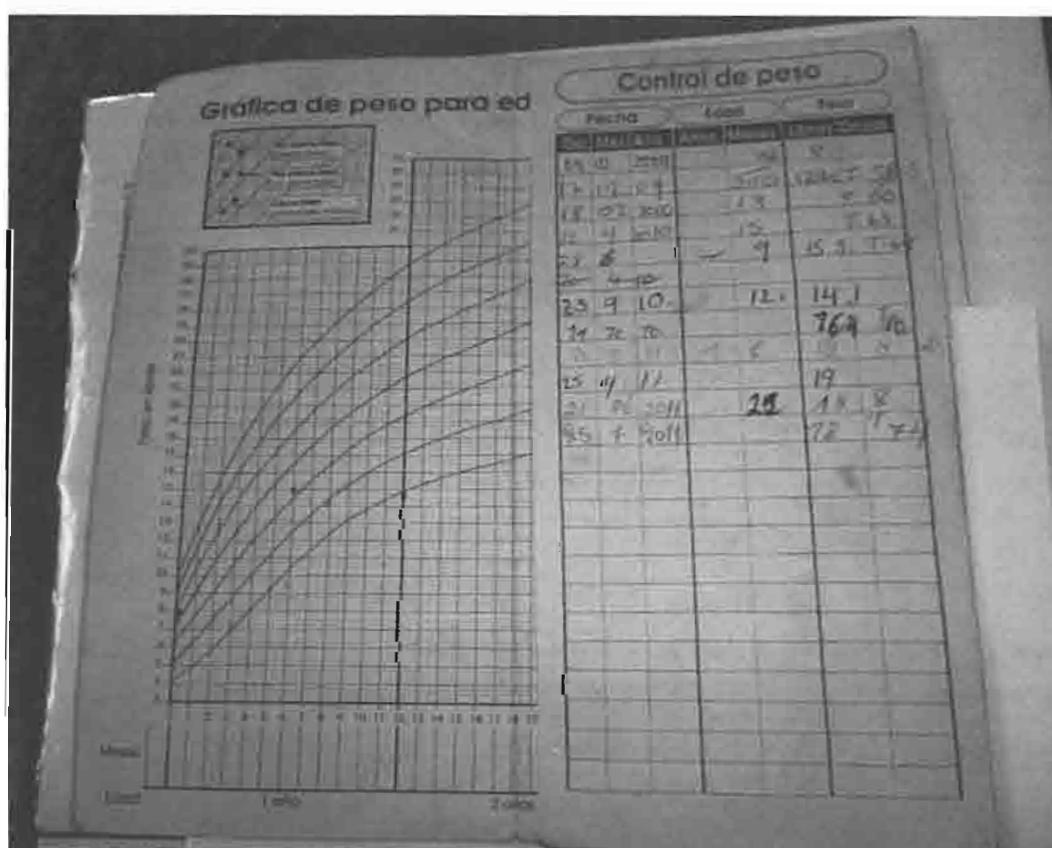
- En los centros nutricionales las madres no se pueden quedar con sus hijos, no les gusta dejarlos porque no saben si los van a cuidar o les van a pegar o se los van a quitar.

A las madres no les gusta llevar a sus hijos al hospital porque la gente de la comunidad les dice que ahí se mueren o que los quitan. A veces, la Procuraduría de los Derechos Humanos se ha llevado a niños, por violación a los derechos del niño.

- Si las madres no llevan a su hijos al centro nutricional/hospital les hacen firmar un papel. Si los niños y las niñas se van al centro nutricional les hacen firmar un consentimiento. En una sociedad iletrada la firma de papeles a mujeres con pocos niveles de instrucción es un acto intimidatorio.

## Percepción de las educadoras sobre las madres

- Para las educadoras, las madres son haraganas, dejadas y desatienden a sus hijos. Todos estos prejuicios de manera no verbal en la relación entre personal de los servicios de salud y las madres a través de una relación jerárquica en la que se considera ignorante a la madre por practicar la medicina tradicional aún cuando el mismo personal de salud también realiza dichas prácticas a nivel personal.
- Si las madres ponen atención y "ganas", sus hijos e hijas con desnutrición podrían salvarse pero solo algunas de ellas tienen interés en cuidarlos.
- Las familias son numerosas, las madres no planifican porque es pecado y los hombres no permiten que sus esposas planifiquen para evitar la infidelidad de la mujer.



Visita domiciliaria DAS Ixil

## **Proyecto**

**Gobierno de Suecia y Organización Panamericana de la Salud/  
Organización Mundial de la Salud**

**“Reducción del impacto de la crisis de alimentos e inseguridad alimentaria en la salud y nutrición de la población vulnerable de los departamentos del Corredor Seco de Guatemala”**

## **Informe final**

**EVALUACIÓN EN TIEMPO REAL**

## **Proyecto**

**Gobierno de Suecia y Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud**  
“Reducción del impacto de la crisis de alimentos e inseguridad alimentaria en la salud y nutrición de la población vulnerable de los departamentos del Corredor Seco de Guatemala”

## **Informe final**

**EVALUACIÓN EN TIEMPO REAL**

## **Participantes de la evaluación en tiempo real:**

Familias atendidas en los servicios de salud, representantes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a nivel central y local (PROSAN, USME/SIAS, CNE, SIGSA, Viceministerio de Hospitales, Direcciones de Áreas de Salud, hospitales nacionales, centros y puestos de Salud), delegaciones departamentales de Secretaria de Seguridad Alimentaria y Nutricional además del comité técnico de la evaluación en tiempo real.