



Series de Noticias Técnicas Sobre Extensión de Cobertura—Artículo 5

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Trabaja por el Derecho a la Salud y Nutrición de los Niños Guatemaltecos

La desnutrición crónica ocurre cuando la falta de una dieta balanceada provoca el retardo en el crecimiento de una persona y resulta en una baja talla en relación a su edad, causando daños tanto físicos como intelectuales.

Según la Encuesta de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2002 revelaron que, en Guatemala, cerca de un millón de niños y niñas menores de 5 años (49.3% del total) registraban una baja talla para su edad. Así mismo, la incidencia de esta situación se duplicaba en la niñez indígena—69.5%, en comparación con la no indígena—35.7%; ya que la media de desnutrición crónica en las áreas rurales era de 55.5%.

Alarmados por la gravedad del problema, en el año 2005, la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN) convocó a varias entidades tanto gubernamentales, como no gubernamentales, a unir sus esfuerzos para diseñar un plan que revirtiera la situación de mala nutrición en el país creando así el Programa de Reducción de la Desnutrición Crónica (PRDC).

El PRDC apunta hacia el rompimiento del círculo intergeneracional de desnutrición crónica, una de las principales limitantes al desarrollo social y económico sostenible del país. Con este programa se busca, en los próximos 10 años, contribuir al cumplimiento de varios de los Objetivos de Desarrollo del Milenio acordados en la sede de Naciones Unidas, reduciendo a la mitad el nivel de desnutrición crónica que el país presentaba en el 2005.

El PRDC se enfoca en disminuir la desnutrición crónica en niños y niñas de 6 a 36 meses de edad, por medio de un programa que incluye: educación alimentario-nutricional, higiene y saneamiento, servicios básicos de salud y alimentación complementaria para niños, mujeres embarazadas y madres en período de lactancia, entre otras acciones.

Comprometidos y entusiasmados por poder contribuir significativamente a la ejecución de PRDC, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) decidió fortalecer todos

Contenido

- ¿Qué es la desnutrición crónica? 2
- ¿Cuáles son las causas de desnutrición crónica? 3
- ¿Cuáles son las consecuencias de la desnutrición crónica? 3
- ¿Cómo se combate la desnutrición crónica? 4
- ¿Cuáles son los beneficios de combatir la desnutrición crónica? 5
- ¿Como afecta la desnutrición crónica a los niños y niñas de Guatemala? 5
- ¿Que está haciendo el estado de guatemala para combatir la desnutrición crónica? 6
- ¿Qué propone el PRDC de Guatemala? 6
- ¿Dónde se implementa el PRDC? 7
- ¿Cómo participa el MSPAS en la ejecución del PRDC? 8

Guatemala, abril de 2008

Este documento fue preparado para la revisión de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Su elaboración estuvo a cargo de IDC y USAID|Calidad en Salud bajo el contrato GHS-I-02-03-00029-00 y fue revisado por el MSPAS. Las opiniones de los autores de esta publicación no necesariamente reflejan las de USAID.

¿Qué es el programa de extensión de cobertura (PEC)?	8
¿Cómo se integra el PRDC en el conjunto de servicios básicos de salud (CSBS)?	9
¿Qué incluye el componente 1: provisión de los servicios básicos de salud?	10
¿Qué incluye el componente 2: educación comunitaria en salud y nutrición?	10
¿Qué incluye el componente 3: lactancia materna y alimentación complementaria?	10
¿Cómo se organiza el MSPAS para llevar los servicios de salud y nutrición a los hogares guatemaltecos?	11
¿Cuánto cuesta el aporte del MSPAS al PRDC?	13
¿Qué resultados se han alcanzado?	13
¿Cuáles son los planes futuros del PRDC?	14
Anexo I. Sigla y definición.	15

El CSBS incluye servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud en el primer nivel de atención en 4 áreas horizontales y un eje transversal: 1) atención a la mujer, 2) atención a la niñez, 3) atención a la demanda por morbilidad y urgencias, 4) atención al medio, y el eje transversal de promoción y educación en salud.

A partir del año 2002, el CSBS se fortaleció con la incorporación de las estrategias AIEPI y AINM-C, y en el año 2006, con la entrega del alimento complementario Vitacereal. Cada uno de los servicios y acciones del CSBS cuenta con indicadores de medición, lo que permite orientar la implementación hacia los resultados. El PEC a Diciembre del 2006, había atendido 4.1 millones beneficiarios en 27,356 lugares poblados.

En tan solo 10 meses de ejecución, se atendieron a 75,053 niños y 39,136 mujeres embarazadas o en periodo de lactancia para mejorar la situación nutricional del país. La participación comunitaria y el esfuerzo del MSPAS

han sido imprescindibles para el éxito del PRDC a través del PEC.

Sin embargo, todavía hay muchos esfuerzos por realizar para erradicar la desnutrición.

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.”

Artículo 25, Declaración Universal de los Derechos Humanos

aquellos componentes del PRDC relacionados con salud a través de su Programa de Extensión de Cobertura (PEC).

Las tres áreas del PRDC fortalecidas por el PEC son: 1) aumento en la ingesta de nutrientes por medio de la alimentación complementaria (Vitacereal), 2) provisión de servicios básicos de salud, y 3) educación nutricional a la comunidad.

El PEC es una iniciativa del MPAS que inició en 1997, con el cual ofrece un Conjunto de Servicios Básicos de Salud (CSBS) a la población rural más postergada del país, la cual antes 1996 no tenía acceso a los mismos.

¿Qué es la desnutrición crónica?

Una **“buena nutrición”** es un estado que se alcanza cuando una persona obtiene de su dieta alimentos suficientes y variados, para llenar sus necesidades de energía, proteínas, vitaminas y minerales. Es necesario además, que la persona tenga un buen estado de salud que le permita aprovechar y utilizar los alimentos que consume. En el caso de los niños, las necesidades de nutrientes son relativamente mayores porque deben proveer la energía y los elementos esenciales para el crecimiento corporal,

para el desarrollo mental y actividad física. Una situación similar ocurre con las mujeres durante el embarazo y en el período de lactancia, ya que su alimentación debe proveerle al feto los nutrientes necesarios para formar nuevos tejidos (crecimiento fetal y la lactancia materna).

Cuando la dieta de los niños no proporciona los nutrientes necesarios en cantidad o calidad, el organismo no conserva la energía y los otros nutrientes (proteínas, vitaminas y minerales) para realizar funciones vitales que le permiten sobrevivir y empieza a sacrificar progresivamente

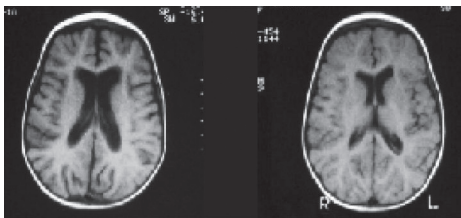
el crecimiento físico, el desarrollo del cerebro y a disminuir la actividad física. Cuando esta situación se prolonga, empiezan a manifestarse alteraciones en el crecimiento y en el desarrollo del niño, entonces decimos que tiene “**Desnutrición Crónica**” que también se le llama Retardo en el Crecimiento.

Además de afectar el crecimiento y el desarrollo, la desnutrición también hace que los niños sean más susceptibles a infecciones; lo cual es debido a una menor capacidad del sistema inmunológico para defenderse de virus, bacterias y parásitos. La Desnutrición-Infección es un ciclo repetitivo que puede llevar al niño a la muerte. A mayor desnutrición, mayor frecuencia de infecciones, y esto a su vez es causa de mayor deterioro nutricional.

La manifestación más evidente de la desnutrición crónica es la talla baja, en relación a su edad. Por ejemplo, un niño desnutrido puede tener la estatura de un niño de cuatro años, cuando en realidad su edad es de siete años. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, el problema no es solo físico; también implica un menor desarrollo intelectual y mayor propensión a las infecciones.

En las gráficas 1 y 2, se observa la diferencia en el desarrollo cerebral y en la estatura, entre niños bien nutridos y niños con desnutrición crónica.

Gráfica 1. Efecto de la Desnutrición en el Desarrollo Cerebral



Gráfica 2. Efecto de la Desnutrición Sobre el Crecimiento Físico



¿Cuáles son las causas de desnutrición crónica?

Las principales razones por las que se produce la desnutrición crónica están relacionadas con:

1. Alimentación inadecuada en los primeros dos años de vida.
2. Escaso cuidado del niño en el hogar.
3. Infecciones recurrentes.

Alimentación inadecuada en los primeros dos años de vida.

Este aspecto se observa desde los primeros meses, en que los niños tienen oportunidad de recibir exclusivamente la lactancia materna hasta los seis meses como el alimento óptimo; sin embargo, frecuentemente se incluyen “agüitas” o atoles que no solo desplazan la lactancia, sino que no aportan los nutrientes que necesita en esa edad. A partir de los seis meses la lactancia materna exclusiva ya no es suficiente y los niños necesitan “complementar” su alimentación con otros alimentos que deben ser fácilmente digeribles, en cantidades adecuadas al tamaño de su estómago y con la concentración suficiente de nutrientes que necesitan para crecer y desarrollarse saludablemente.

Escaso cuidado del niño en el hogar: Se refiere a la higiene personal, a la preparación de sus alimentos, al uso de los servicios de salud para mantener una vigilancia de su crecimiento, administrar vacunas, vitaminas y minerales, entre otros. Cuando esto no se hace periódicamente, aumentan las probabilidades de que el niño se enferme.

Infecciones recurrentes. Las infecciones más comunes son las infecciones respiratorias y la diarrea. Estas enfermedades se acompañan de una disminución del apetito; aumento de la pérdida de nutrientes por la diarrea y aumento en las necesidades de nutrientes por la fiebre y el desgaste del organismo para contrarrestar la enfermedad.

¿Cuáles son las consecuencias de la desnutrición crónica?

Cuando hay desnutrición durante los primeros 36 meses de vida (3 años), se incrementa el riesgo de muerte y de enfermedad -mortalidad y morbilidad- y se deteriora el crecimiento y el desarrollo físico y mental, teniendo un impacto negativo que afecta a la niñez y se extiende a la adolescencia y la edad adulta. Los primeros 36 meses de vida de un ser humano son denominados como la ‘ventana de oportunidad’, ya que es en este periodo donde existe la mayor potencialidad de desarrollo.

La desnutrición crónica tiene graves consecuencias ya que constantemente disminuye la concentración y la capacidad de aprendizaje, reduce la capacidad productiva y afecta el sistema inmunológico (de defensa) del organismo.

En varios estudios¹ se ha demostrado que la desnutrición crónica tiene

¹ Resumen Ejecutivo Del Programa Nacional De Reducción De La Desnutrición Crónica SESAN, MSPAS

un grave impacto negativo en el desarrollo socioeconómico del país, ya que un niño con desnutrición crónica tiene una reducción en su desarrollo mental (entre 5 y 11 puntos menos de coeficiente intelectual) y menor productividad. En países con alta prevalencia de desnutrición, esta baja productividad puede representar hasta una disminución de aproximadamente 3% del Producto Interno Bruto².

Además, la relación entre educación y salud ha sido comprobada; según las estadísticas, la prevalencia de la desnutrición crónica es 47% mayor en niños provenientes de madres con bajos niveles de escolaridad.

¿Cómo se combate la desnutrición crónica?

Los daños que deja la desnutrición crónica, como el retardo en el crecimiento físico y alteraciones del desarrollo mental, después de los primeros dos o tres años de vida no pueden revertirse. Se dice que la “Ventana de Oportunidad” para actuar en contra de la desnutrición crónica son los primeros dos años de la vida mediante un enfoque preventivo. Los estudios científicos demuestran que el mayor impacto se alcanza cuando dirigimos acciones para 1) mejorar la dieta y 2) prevenir infecciones. Las acciones recomendadas por su efectividad son las siguientes:

I. Mejoramiento de la dieta:

- Promoción de la lactancia materna.
- Alimentación complementaria adecuada.
- Alimentación durante la enfermedad y en la convalecencia.
- Información, educación y comunicación en salud e higiene.

2. Prevención de infecciones y promoción de salud:

- Controles médicos una o dos veces al año.
- Esquema de vacunación completo para cada edad.
- Suplementación con vitamina A.
- Suplementación con hierro.
- Suplementación con zinc o cinc.
- Promoción y monitoreo del crecimiento.

En el primer aspecto, se debe promover el uso de la lactancia materna en forma exclusiva hasta los seis meses de edad, con lo cual se llenan las necesidades de nutrientes y líquidos que el niño requiere a esa edad. A partir de los seis meses se inicia la alimentación complementaria para proporcionar las cantidades de nutrientes adicionales a la leche materna para llenar las necesidades nutricionales en esas edades. La dieta debe ser con alimentos semisólidos, para que tengan una adecuada cantidad de nutrientes. Se recomienda que se incluyan alimentos de origen animal, porque son fuente de hierro, cinc, vitamina A y proteínas. A medida que el niño crece la dieta le debe aportar más de sus requerimientos; sin embargo, se recomienda que continúe con lactancia materna hasta los dos años de edad, aún cuando el niño ya recibe los nutrientes a partir de la dieta familiar.

Otro aspecto clave para prevenir la desnutrición es la alimentación durante y después de las enfermedades. Se recomienda aumentar la frecuencia de alimentación y de líquidos durante la etapa aguda de la enfermedad. En la convalecencia debe aumentarse una comida por lo menos durante dos o tres semanas hasta que el

niño recupere el peso previo a la enfermedad.

Lo anterior se complementa con la consejería apropiada, especialmente en lavado de manos, uso de agua segura y preparación de alimentos, entre otros.

En relación con la prevención de infecciones y promoción de una vida saludable, es importante realizar como rutina los controles médicos, partiendo de la detección temprana de las embarazadas hasta su control postparto y del recién nacido hasta los tres años. Asimismo cumplir con los esquemas de vacunación para la edad.

En cuanto a la suplementación con vitaminas y minerales, se recomienda utilizarlos en forma preventiva desde que una mujer sabe que está embarazada. Las mujeres con mejores reservas de hierro, generalmente tienen niños con mayor peso al nacer y además, estos niños tienen menos probabilidades de volverse anémicos en el primer año de vida. También hay que suplementar a las madres durante los primeros seis meses en que están lactando.

La suplementación en los niños se inicia a los seis meses de vida; se recomienda el uso de hierro, vitamina A y cinc ya que estos nutrientes están muy relacionados con el crecimiento y desarrollo; así como con la prevención de infecciones.

Por otro lado, las acciones de salud pública relacionadas, la provisión de servicios básicos de salud es fundamental. Es importante la detección temprana de la embarazada, realizar su control postparto y luego monitorear al recién nacido.

La promoción y monitoreo del crecimiento de los niños—que incluye

² Producto Interno Bruto total (PIB) es el valor total de los bienes y servicios producidos en el territorio de un país en un período determinado.

esquema de vacunación completo—es una forma ordenada de vigilar el crecimiento del niño para detectar tempranamente si existen alteraciones y tomar medidas oportunamente para que, tanto el crecimiento físico como el desarrollo, no se vean alterados. La promoción se refiere a la parte educativa que se hace individualmente a través de la consejería y en grupos con madres de la comunidad o demostraciones para la preparación de alimentos. Estas intervenciones constituyen “Servicios Básicos de Salud” las cuales son de poca complejidad, pero que con apoyo de la comunidad, han demostrado ser muy efectivas para prevenir y reducir el deterioro nutricional en la niñez.

Otra intervención de impacto en el estado nutricional es el uso de agua segura, lo cual implica la incorporación de otros actores locales, como las municipalidades, los grupos comunitarios organizados, las ONG, Estas acciones, deben articularse con otros proyectos comunitarios y municipales que se desarrollen localmente, para dar sostenibilidad a las acciones en el nivel familiar:

Entonces, en un enfoque integral, las intervenciones para garantizar la Seguridad Alimentaria y Nutricional a nivel familiar, comunitario y nacional deben de estar orientadas a:

1. Mejorar la disponibilidad local y familiar de alimentos.
2. Mejorar el acceso económico a los alimentos.
3. Brindar orientación y educación al consumidor para mejorar las prácticas de consumo.
4. Promover hogares higiénicos, con una adecuada disposición de

excretas, basuras y con acceso a agua segura.

5. Garantizar el acceso y calidad de los servicios de salud

¿Cuáles son los beneficios de combatir la desnutrición crónica?

En el corto plazo, la prevención y erradicación de la desnutrición crónica, contribuye a la salud de la niñez en los siguientes aspectos:

1. Reducción de la morbilidad y mortalidad en la infancia (primer año de vida) y la niñez.
2. Reducción de las alteraciones en el desarrollo mental asociadas a desnutrición y deficiencia de micronutrientes.
3. Mejoramiento del rendimiento escolar, lo que disminuye la repetición y deserción.

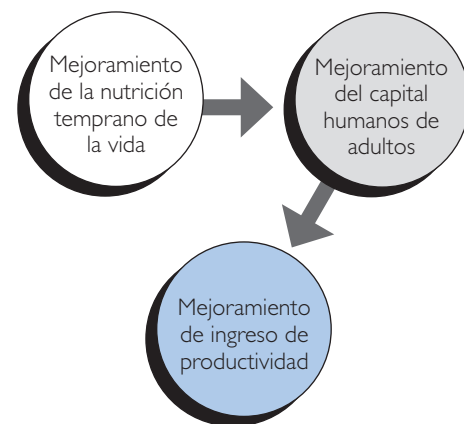
En el largo plazo, los beneficios de combatir la desnutrición crónica se reflejan en el mejoramiento del capital humano y el desarrollo socioeconómico, como se muestra en la Gráfica 3.

¿Como afecta la desnutrición crónica a los niños y niñas de Guatemala?

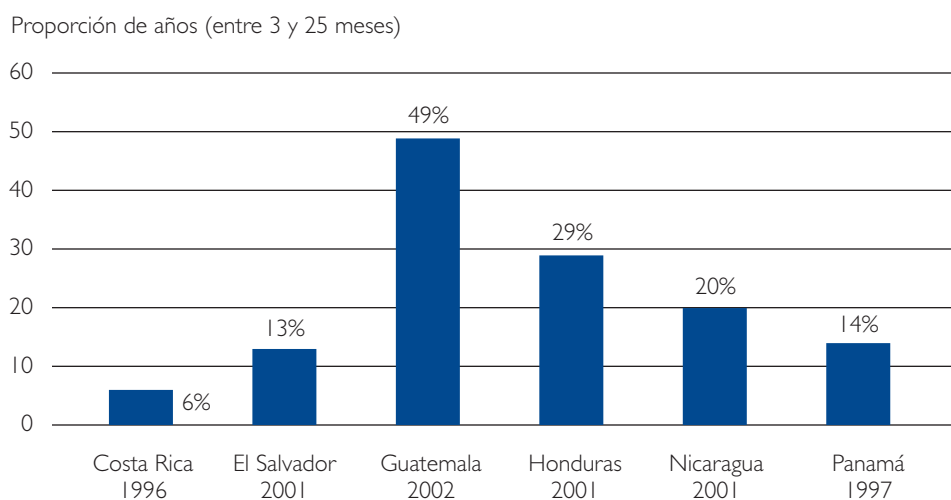
Guatemala es uno de los países con mayor prevalencia de desnutrición crónica en América Latina.

La Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil (ENSMI)³, en el 2002 reportó que Guatemala tenía las peores condiciones nutricionales de Centroamérica, aún peor que aquellos países de la región que tienen un ingreso per cápita varias veces inferior al de Guatemala. (Ver Gráfica 4)

Gráfica 3. Impacto de las intervenciones nutricionales en los primeros años de vida



Gráfica 4. Prevalencia de la Desnutrición Crónica en Centroamérica



³ Fuente INE, 2002

La Encuesta (ENSMI 2002) reportó que la desnutrición crónica a nivel nacional afectaba a 49.3% de la población menor de 5 años, lo que indicaba que la mitad de los niños(as) de este grupo de edad estaban sufriendo condiciones adversas en su crecimiento; condiciones que generalmente estaban asociadas a una precaria situación social y económica.⁴ Según esta encuesta, del total de niños de hasta 5 años con desnutrición crónica, el 14.2% eran los niños de 3 a 5 meses; 31% eran niños entre 6 a 11 meses; y 57% eran niños de entre 12 a 23 meses.

El problema de la desnutrición crónica, según la misma encuesta, también aumenta con el número de nacimientos, puesto que la desnutrición se presenta en el 36.6% de los casos de el primer niño nacido, mientras que se presenta en el 63.5% de los casos del sexto o más nacimientos.

La desnutrición crónica en el área rural guatemalteca (55.5%) es mayor que en el área urbana, (36.5%). Las regiones que, según la encuesta, presentaban niveles más altos de desnutrición crónica eran la nor-occidente y la norte con 68.3 y 61 % respectivamente. En relación con la etnia, la desnutrición crónica se presentaba en el doble en los niños(as) indígenas (69.5%) que en los(las) ladinos(as) (35.7%). La desnutrición era tres veces mayor en los niños(as) hijos(as) de madres que no tuvieron acceso a educación formal en relación con aquellas que habían asistido a la secundaria.

Otras deficiencias de minerales como el hierro y el cinc estaban muy estrechamente relacionadas con el

retardo en el crecimiento. En este aspecto, la ENSMI 2002 reportó que el 39.% de los niños(as) de 6 a 59 meses de edad presentaban anemia, y dentro de este grupo, los menores de un año mostraban los porcentajes más altos (65.3%), mientras que los(as) niños(as) de entre 48 y 59 meses mostraron los porcentajes más bajos (21.4%).

La prevalencia de anemia fue más alta en el área rural (41.8%) en comparación con niños(as) del área urbana (35.2%). El análisis por regiones indicó que el área metropolitana concentraba el 32.8%, mientras que la región nor-occidental contaba con un 47.4% de niños con anemia. Como en el caso de la desnutrición crónica, la anemia fue menor en los(as) hijos(as) de madres con educación secundaria o superior comparada con los hijos de madres que recibieron menos o ninguna educación, 28.9 y 41.4% respectivamente.

¿Que está haciendo el Estado de Guatemala para combatir la Desnutrición Crónica?

La desnutrición ha sido un problema que ha afectado a la población guatemalteca por muchos años, ante lo cual instituciones de diferentes sectores han realizado acciones para prevenir y reducir el daño y mejorar las condiciones de vida de las familias afectadas. Estas iniciativas que son valiosas para la población, han sido conducidas en forma independiente por cada institución o en algunos casos manejadas como proyectos específicos.

A principios del año 2005, el **Frente Contra el Hambre**, como una instancia de la Presidencia de la

República, que posteriormente se constituyó en la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN)⁵, convocó a un “Taller para la Formulación del Plan Nacional de la Desnutrición Crónica de la Población más Vulnerable de Guatemala”, al cual asistieron representantes de las instituciones de Gobierno, de la Cooperación Internacional; Organizaciones No Gubernamentales, y expertos en Programas de Nutrición tales como FNCH, USAID, MSPAS, SOSEP, OPS, FIS, PMA, FAO, MAGA, FONAPAZ, UNICEF, SCEP, MINIEDUC, y SEGEPLAN⁶.

Con base en las propuestas generadas en dicho taller y el trabajo posterior por un equipo técnico interinstitucional se formuló el **Programa de Reducción de la Desnutrición Crónica (PRDC)**, cuya finalidad era establecer una estrategia nacional que permitiera unir esfuerzos y canalizar los recursos nacionales e internacionales con la finalidad de reducir la Desnutrición Crónica en la niñez Guatemalteca.

¿Qué propone el PRDC de Guatemala?

El PRDC es un programa nacional que articula las acciones, recursos técnicos y materiales de distintas instituciones, de la sociedad civil y de la cooperación internacional, para la reducción de la desnutrición crónica en la niñez. Este programa propone reducir la prevalencia de desnutrición crónica a la mitad en niños y niñas menores de 5 años para el año 2016, tomando como punto de referencia los datos de la ENSMI 2002 (49.3%).

⁴ Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002.

⁵ Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN) fue creada en el 2005 y es la responsable de establecer los procedimientos de planificación técnica y coordinación entre las instituciones de Estado, la sociedad guatemalteca, las organizaciones no gubernamentales y las agencias de cooperación internacional vinculadas con la seguridad alimentaria y nutricional, en los diferentes niveles del país para realizar las acciones integrales y focalizadas que se requieren para mejorar la situación de inseguridad alimentaria y nutricional en las poblaciones más pobres del país de Guatemala.

⁶ Ver anexo de siglas al final del documento.

El programa está compuesto por seis componentes, de los cuales tres son componentes directos y tres son componentes de viabilidad y sostenibilidad. Adicionalmente el PRDC cuenta con cuatro ejes transversales y cinco estrategias de implementación. (Ver gráfica 5)

Los componentes directos son:

- Atención con servicios básicos de salud para niños menores de 3 años; mujeres embarazadas y mujeres lactantes.
- Educación comunitaria en salud y nutrición para el mejoramiento de prácticas alimentarias y cuidado del niño, mediante un programa de consejería individual y grupos de apoyo.
- Promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria a niños mayores de 6 meses. Se incluye la distribución de un alimento complementario para niños de 6 a 36 meses de edad y a mujeres durante el embarazo y en período de lactancia (6 meses post parto).

El MSPAS, como entidad ejecuta del Programa de Extensión de Cobertura (PEC), integró estos componentes dentro del CSBS. Para esto realizó las acciones de fortalecimiento necesarias.

Los tres componentes de viabilidad y sostenibilidad son:

- Provisión de servicios de agua y saneamiento básico y vigilancia de la sostenibilidad ambiental.
- Mejoramiento de la economía familiar; a través de actividades agrícolas y no agrícolas que aumenten el ingreso de la familia.

Gráfica 5. Componentes del PRDC de Guatemala

Componentes directos			
Servicios Básicos de Salud (MSPAS: PEC, CS, PS)	Educación Alimentaria y Nutricional		Lactancia Materna y Alimentación Complementaria (CONAPLAM / MSPAS/ SOSEP / PMA)
	Consejería (MSPASA / SOSEP)	Educación (MINEDUC)	
Componentes de viabilidad y sostenibilidad			
Agua y Saneamiento Básico INFOM / MUNI / RASGUA / OTROS	Organización Comunitaria SCEP / ONGs	Mejoramiento de la Economía Familiar MAGA / Com. Des Local / Cooperativas ej. CU4P / Sector Empresarial	
		Generación de ingreso	Producción Local
Ejes Transversales			
Información, Educación y Comunicación			
Coordinación Intra e Interinstitucional			
Participación Comunitaria			
Fortalecimiento Institucional			

- Fortalecimiento de la organización y participación comunitarias a favor de la nutrición y salud de la niñez.

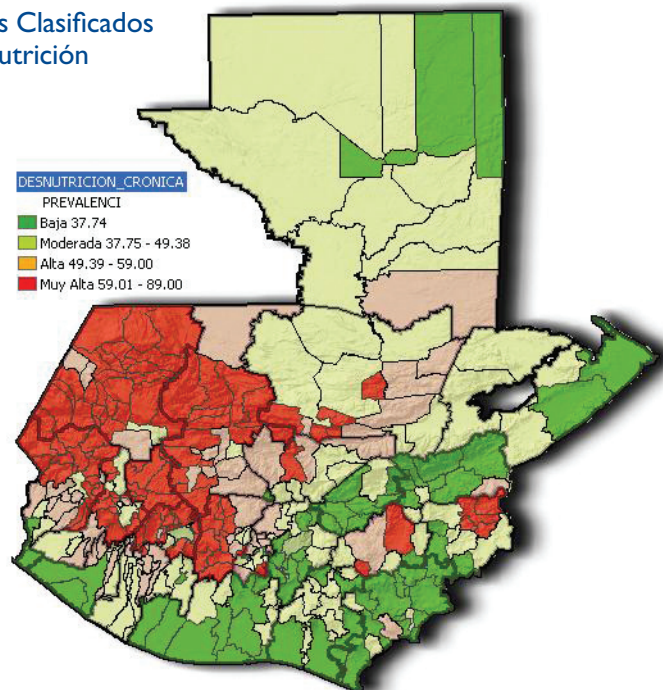
¿Dónde se Implementa el PRDC?

El PRDC se implementa en 83 municipios priorizados por altas prevalencias de Desnutrición Crónica (igual o mayor de 65%). En el mapa de

la gráfica 6 siguiente, se observan las regiones del país donde la desnutrición crónica es más severa (áreas en color rojo). Los puntos celestes demuestran las ubicaciones en las cuales el programa esta presente.

En el cuadro 1, se presentan los Departamentos donde funciona el programa y el número de municipios que están involucrados.

Gráfica 6. Municipios Clasificados por Grado de Desnutrición



Cuadro I. Número de Municipios con PRDC

Departamento	Municipio
Alta Verapaz	4
Baja Verapaz	1
Chimaltenango	11
Chiquimula	4
Huehuetenango	22
Jalapa	1
Quetzaltenango	6
Quiché	10
Sacatepéquez	1
San Marcos	4
Sololá	12
Suchitepequez	1
Totonicapán	
Total de Municipios	83

Fuente: Programa de Extensión de Cobertura, PEC, 2005

Los beneficiarios del PRDC son niños de 6 a 36 meses de edad y madres embarazadas o en período de lactancia, debido a la alta vulnerabilidad biológica de estos grupos.

Según la línea basal del PRDC, en una muestra de 90 comunidades de estas regiones, se evidenció que las características de su vulnerabilidad están marcadas por un 60% de la población que vive en pobreza y 23% en pobreza extrema. Asimismo, en cuanto a las condiciones nutricionales, en estos lugares un 27% de los niños menores de 3 años tienen desnutrición global—3% con desnutrición aguda y 65% con desnutrición crónica—y un 38% de estos niños presentan anemia.

¿Cómo participa el MSPAS en la ejecución del PRDC?

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es la institución

encargada dentro del sector público central de proveer **Servicios de Salud** en los 22 departamentos y 332 municipios del país. Cuenta con 43 hospitales, 285 Centros de Salud y 794 Puestos de salud, y además, tiene alianzas con 85 ONG's Prestadoras de Servicios de Salud, los cuales realizan las acciones de **promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud resultantes del Programa de Extensión de Cobertura (PEC)**.

El MSPAS forma parte del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SINASAN) y dentro de esta estructura es el ente encargado de coordinar y realizar acciones de promoción, de educación y recuperación de la salud y de procurar el mejoramiento del estado nutricional de la población; especialmente aquellas relacionadas con consumo y utilización biológica de los alimentos.

Hasta diciembre de 2006 el MSPAS participó en el PRDC a través del PEC, ya el Conjunto de Servicios Básicos de Salud (CSBS) ya contemplaba algunos de los componentes directos. Sin embargo, para la incorporación plena de todos los componentes, el PEC requirió fortalecerse, especialmente incorporando la provisión del alimento complementario al CSBS.

Previo a la existencia del PRDC, el MSPAS llevaba a cabo acciones enfocadas a mejorar la salud de los niños menores de 5 años, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia por medio de las estrategias AIEPI/AINM-C, las cuales estaban ya incorporadas a la provisión del Conjunto de Servicios Básicos de Salud (CSBS) en el PEC.

¿Qué es el Programa de Extensión de Cobertura (PEC)?

En 1997, el MSPAS inició el Programa de Extensión de Cobertura con Servicios Básicos de Salud, estableciendo alianzas con ONG. Con este programa, la cobertura de atención con un Conjunto de Servicios Básicos de Salud (CSBS), que se extendió, para finales del año 2006, a 4.1 millones de habitantes, que antes del programa no tenían acceso a servicios de salud.

Para la entrega del Conjunto de Servicios Básicos de Salud, el MSPAS realiza convenios con Organizaciones No Gubernamentales (ONG) a través de un proceso de selección abierto y competitivo.

La "**unidad poblacional**" de atención la constituye una **Jurisdicción**, la cual está formada por 10,000 habitantes en promedio. Los servicios de salud se brindan por un **Equipo Básico de Salud**, constituido por: 1 facilitador institucional, 1 médico ambulatorio, 10 facilitadores comunitarios, aproximadamente 80 vigilantes de salud, y las comadronas tradicionales que brindan atención en las comunidades.

El espacio físico para la prestación directa de los servicios, lo constituye el Centro Comunitario o Centro de Convergencia. Estos son ambientes físicos, habitaciones o viviendas asignadas por las organizaciones comunitarias. Por lo general, en estos centros funciona un Botiquín de Medicamentos Básicos, que entrega medicamentos de forma gratuita. El Centro Comunitario es visitado por el Médico Ambulatorio, al menos una vez al mes, para brindar atención médica.

El apoyo comunitario incluye, entre otras cosas, la organización y provisión pronta y oportuna de transporte de las personas hacia centros de salud u hospitales, que requieren atención de urgencia que escapa de su poder de resolución.

Para estandarizar la provisión de servicios se diseñó un **Conjunto de Servicios Básicos de Salud (CSBS)**, que incluye servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud en el primer nivel de atención en 4 áreas de servicios: 1) atención a la mujer; 2) atención a la niñez; 3) atención a la demanda por morbilidad y urgencias; 4) atención al medio; y un eje transversal de promoción y educación en salud. En el cuadro 2, se presentan los servicios básicos de salud brindados en cada componente.

¿Cómo se integra el PRDC en el conjunto de Servicios Básicos de Salud (CSBS)?

El MSPAS a través del Programa de Extensión de Cobertura, implementa los tres componentes directos del PRDC:

- Servicios básicos de salud.
- Educación comunitaria en salud y nutrición.
- Promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria.

Estos componentes son complementarios y ejercen sinergia entre sí para mejorar el estado nutricional actuando sobre tres factores determinantes de la desnutrición: 1) baja ingesta; 2) deficientes cuidados, y 3) infecciones recurrentes.

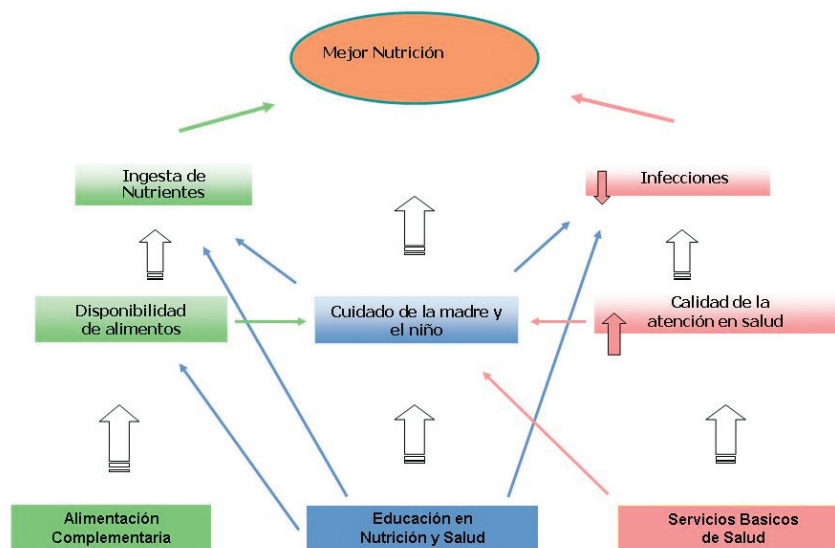
En la gráfica 7, se ilustra los mecanismos de acción y la forma en que actúan.

Cuadro 2. Conjunto de Servicios Básico de Salud en 2007*

Área	Acciones
Servicio: Atención a la Mujer	Atención Prenatal. Aplicación de TDA. Suplementación con hierro y ácido fólico. Alimentación complementaria (Vitacereal) a madres lactantes y embarazadas. Atención del parto limpio y seguro. Atención del puerperio. Espaciamiento de los embarazos Detección precoz de cáncer de la mama y cérvico-uterino. Referencia y respuesta de urgencias.
Servicio: Atención a la niñez	Vacunación. Promoción y monitoreo del crecimiento. Suplementación con hierro, ácido fólico y Vitamina A. Alimentación complementaria (Vitacereal) a niños de 6 a 36 meses. Control de diarrea y cólera e infecciones respiratorias agudas. (IRA). Referencias.
Servicio: Atención a la demanda por morbilidad y urgencias	Atención de la morbilidad general y enfermedades prevalentes en todos los grupos de edad, con énfasis en diarrea y cólera, IRA. Control de enfermedades transmitidas por vectores (dengue, malaria), control de zoonosis, control de tuberculosis. Emergencias. Prevención de enfermedades de transmisión sexual (ITS/MH). Referencias.
Servicio: Atención al medio	Vigilancia de la calidad del agua. Promoción de disposición sanitaria de excretas y basuras. Mejoramiento de las condiciones sanitarias de vivienda. Higiene de los alimentos.
Eje Transversal Promoción, educación en salud y para auditoría social	Promoción y educación para el auto cuidado de la salud. Participación comunitaria en la auditoría social de los servicios básicos de salud.

*A partir del año 2005

Gráfica 7. Mecanismos de acción de los componentes directos del PRDC



¿Qué incluye el componente I: Provisión de los Servicios Básicos de Salud?

Los Servicios descritos en el cuadro 2 anterior, fueron incorporados como un componente del PRDC; sin embargo éstos se brindan en todas las jurisdicciones del país donde hay extensión de cobertura por medio de ONG, sin tomar en cuenta el grado de desnutrición existente. Por ello, para aplicar el PRDC con mayor eficacia en las jurisdicciones con mayor grado de desnutrición, se proveyó al PEC de personal especializado (1 Educadoras Comunitarias ó EC por cada jurisdicción), quienes se enfocan en 5 tipos de actividades: información, educación, comunicación, planificación y seguimiento. En este componente, las EC supervisan las sesiones de monitoreo de crecimiento y la distribución del alimento complementario.

Las EC en las sesiones de monitoreo evalúan la ganancia de peso de los niños, haciendo la clasificación del crecimiento (“crece bien” o “no crece bien”). También dan seguimiento a la ganancia adecuada de peso de las señoras embarazadas.

Con base en la información obtenida en las sesiones de monitoreo, la EC ofrece la consejería apropiada para fomentar y promocionar el crecimiento de los niños y la ganancia de peso de las embarazadas.

¿Que incluye el componente 2: Educación comunitaria en salud y nutrición?

El PEC orienta este componente a proveer educación a las familias, especialmente mujeres y encargadas



del cuidado de niños para mejorar las conductas alimentarias y prácticas de cuidado infantil.

Aunque la consejería ya estaba incluida en la atención del PEC, la EC fortaleció también este componente, puesto que sus principales funciones son: 1) capacitar al equipo comunitario en los temas de nutrición infantil; 2) promover y apoyar la formación de grupos de mujeres consejeras en la comunidad, para el mejoramiento de prácticas alimentarias, y 3) acompañar y supervisar las actividades de nutrición realizadas por el personal comunitario.

Los temas incluidos en la capacitación son:

- Producción, adquisición, preparación y distribución intrafamiliar de alimentos.
- Consejería sobre lactancia materna: lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses de edad y prolongada hasta dos años de edad.

- Consejería en alimentación complementaria a partir de los 6 meses.
- Cuidado de los niños en el hogar.
- Higiene personal y del hogar.
- Salud preventiva (vacunación, y demás servicios del CSBS).
- Uso adecuado de agua y eliminación de basura.
- Identificación de signos de peligro para la madre y el niño.
- Elaboración de planes de emergencia.

¿Qué incluye el componente 3: Lactancia materna y alimentación complementaria?

Este componente tiene el propósito de mejorar la ingesta de nutrientes a través de la promoción de la lactancia materna exclusiva para menores de seis meses y de la incorporación en la dieta del niño de un alimento complementario llamado “Vitacereal”, el cual provee de energía, proteínas, vitaminas y minerales. También se provee este alimento a la mujer embarazada y en período de lactancia.

El Vitacereal está hecho a base de harina de maíz y harina de soya fortificado con vitaminas y minerales⁷, elaborado por el reconocido especialista internacional en alimentos, Dr. Ricardo Bressani⁸. Este alimento complementario se entrega en dos presentaciones: una para niños, el cual debe prepararse como puré o papilla y otra presentación para mujeres que debe prepararse como atol.

El Programa Mundial de Alimentos (PMA), provee el Vitacereal como un aporte al PRDC en calidad de donación.

⁷ Memoria de Labores 2005. Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

⁸ Dr. Ricardo Bressani Castignoli, investigador y científico guatemalteco, Director del Centro de Ciencia y Tecnología de Alimentos de la Universidad del Valle de Guatemala. Desarrolló la Incaparina, que vino a revolucionar la dieta del guatemalteco y a contribuir a la solución de problemas nutricionales. Acreedor de varios reconocimientos importantes en el campo de la nutrición, tales como el Premio Danone Internacional para la Nutrición.

Gráfica 8. Presentación de Alimento Complementario para niños “Vitacereal Niño”



Este alimento debe consumirse diariamente por niños de 6 a 36 meses. Las cantidades recomendadas son de 60 y 90 gramos diarios, para niños menores y mayores de un año, respectivamente. Con estas cantidades el Vitacereal aporta alrededor de un 30% de las recomendaciones de energía; el 50% de las recomendaciones de hierro y cinc; y 100% de las recomendaciones de vitamina A y ácido fólico.

En el caso de las mujeres aporta entre 90 y 100% de los requerimientos adicionales de energía y proteína durante el embarazo y la lactancia y alrededor de la mitad de los requerimientos de hierro y folatos.

Actualmente la entrega de Vitacereal a niños y mujeres beneficiarios forma parte del CSBS en los 83 municipios priorizados por su alta prevalencia de desnutrición crónica donde se implementa el PRDC.

¿Cómo se organiza el MSPAS para llevar los servicios de salud y nutrición a los hogares guatemaltecos?

El PEC cuenta con una infraestructura, una organización y un sistema administrativo para proveer los servicios básicos de salud, en el nivel local.

A nivel Departamental las Areas de Salud se han conformado las Unidades de Asistencia Técnica (UAT) que tienen personal técnico y administrativo para replicar procesos de capacitación y supervisión, monitoreo y evaluación en las Jurisdicciones.

En el nivel central hay una Unidad Técnica de apoyo, que cuenta con expertos en los aspectos de salud pública; sistemas de información, logística y aspectos administrativo-financieros. Esta unidad también tiene funciones de coordinación con ONG's, de capacitación y asistencia técnica.

Adicionalmente, con la incorporación de los componentes del PRDC, fue necesario que el MSPAS fortaleciera los siguientes aspectos:

1. Desarrollo de un Sistema de Logística para Distribución del Vitacereal
2. Incorporación de recursos humanos para la promoción y educación en salud y nutrición.
3. Incorporación de los indicadores de nutrición en el Sistema de Información, para el monitoreo y evaluación de los componentes del PRDC.
4. Fortalecimiento del Sistema de monitoreo, supervisión y unidades de apoyo técnico.

1. Desarrollo del Sistema de Logística para Distribución del Vitacereal.

En la gráfica 9 siguiente se presenta el esquema de los pasos que sigue la distribución del Vitacereal desde su producción hasta que llega a los beneficiarios.

Gráfica 9. Flujograma del Proceso de Distribución del Vitacereal



El Vitacereal es entregado por el PMA a las bodegas de las ONG, donde se debe garantizar su almacenamiento hasta el momento de entrega a los beneficiarios. Las bodegas deben contar con una estructura física para proteger los alimentos de roedores, pájaros y otros animales. Todos los sacos de Vitacereal son almacenados en tarimas que sirven para separar el alimento del suelo.

Las solicitudes y entrega del Vitacereal se hacen utilizando un sistema de Balance, Requisición y Envío de Suministros (BRES), adaptado para el Vitacereal con los requerimientos necesarios para el MSPAS y PMA.

Durante las sesiones de promoción y monitoreo de crecimiento, se realiza la evaluación antropométrica de los niños; la entrega de Vitacereal y las sesiones educativas. En esta actividad participan diferentes miembros del Equipo Básico de Salud: médico ambulatorio, educadoras comunitarias; vigilantes de salud, facilitadores institucional y comunitarios.

Las educadoras comunitarias, son capacitadas para realizar la solicitud, registro y distribución del Vitacereal con el apoyo de los contadores de las ONG.

2. Incorporación de Recursos Humanos para la promoción y educación en salud y nutrición.

Tal como se mencionó anteriormente, en el componente educativo, el MSPAS incorporó **Educadoras Comunitarias** en las jurisdicciones priorizada para el PRDC. El perfil profesional es de Maestras de Educación para el Hogar o Auxiliares de Enfermería con experiencia en organización comunitaria y proyectos de seguridad alimentaria y nutricional, a quienes se capacitan en temas de salud y nutrición y en la metodología para formar grupos de madres para apoyar la consejería sobre promoción de lactancia materna y alimentación infantil. También son capacitadas para realizar la solicitud, registro y distribución del Vitacereal.

La EC desempeña las funciones detalladas en sus términos de referencia y en el manual de la EC, entre ellas: i) actualizar la sala situacional de cada centro comunitario, ii) analizar el porcentaje de los niños que no crecen bien, iii) registrar y consolidar la información del sistema de logística BRES, iv) capacitar al personal voluntario del EBS, v) realizar sesiones educativas con las madres y de demostración de la preparación

de alimentos y el vitacereal, vi) brindar consejería a las familias; vii) realizar visitas domiciliarias de promoción de la salud y la nutrición, viii) identificar personas que presentan signos de desnutrición, ix) promover en las mujeres y los niños la suplementación con Vitamina A; x) supervisar las sesiones de monitoreo de crecimiento y la distribución del Vitacereal. Por último la EC evalúa los resultados de las acciones, teniendo como indicador el peso de niños y mujeres embarazadas. Si éstos no superan los porcentajes adecuados, realiza acciones de seguimiento.

El resultado de sus acciones es compartido por medio de una asamblea comunitaria, al menos una cada 3 meses, en donde se felicita por los logros alcanzados, o bien se toman decisiones para mejorar y alcanzar los objetivos propuestos.

El EBS, con el apoyo de la Educadora Comunitaria en Salud y Nutrición, coordina con las autoridades municipales, líderes y otros actores clave. El propósito es lograr que estas actividades se lleven a cabo con la participación activa de la comunidad.

Con respecto a la organización del trabajo en la comunidad para el componente de Educación Nutricional, las EC identifican a mujeres que por su liderazgo y aceptación en la comunidad pueden ser capacitadas como “madres consejeras”.

Así mismo, en los municipios priorizados por altos índices de mortalidad materna, el EBS se fortaleció incorporando a una Auxiliar de Enfermería Calificada en Atención Materno Neonatal (AECAM). Las AECAM son auxiliares de enfermería con formación, de un período de 8 meses, en la atención materno neonatal

y cuentan con la especial cualidad de dominar el idioma local, por ser originarias o residentes del lugar.

Las AECAM tienen capacidad de liderazgo, negociación y conocimiento previo en educación de adultos. Sus responsabilidades son: i) programar en forma trimestral y mensual, en coordinación con el Médico Ambulatorio y/o Enfermera Ambulatoria, la atención de su grupo meta y realizar visita a los hogares de las mujeres que se encuentran en post parto, recién nacidos y mujeres en control prenatal que no llegan al centro de convergencia; ii) atender las complicaciones en el período prenatal, parto, recién nacido y postparto de acuerdo a normas y protocolos, y gestionar los insumos, materiales y medicamentos esenciales para ellas; y iii) apoyar la conformación de comités de emergencia comunitarios y a los ya existentes, así como, apoyar en el análisis de las muertes maternas, utilizando el modelo de las 4 demoras.

3. Análisis e Incorporación de indicadores de nutrición en el Sistema de Información, para el monitoreo y evaluación.

Para evaluar los avances en la provisión de Servicios Básicos de Salud, y en adición a los indicadores establecidos por el PEC (vacunación, suplementación con micronutrientes, desparasitación, entre otros.), se incorporaron indicadores de cobertura de mujeres y niños que reciben Vitacereal.

Dentro del manejo de información se incluye el análisis para la toma de decisiones, en el cual participa el EBS y representantes locales de otras instituciones (educación, municipalidad, etc.). La Sala Situacional es la herramienta que permite analizar cambios en la situación nutricional y el

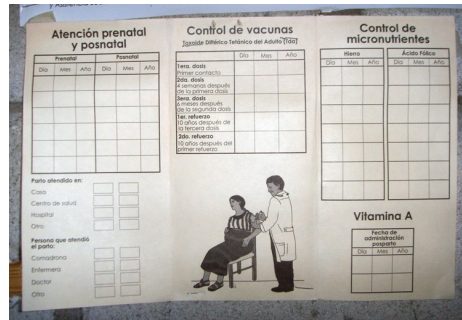
avance en las intervenciones realizadas; esta herramienta ayuda a identificar los problemas en la provisión de servicios y las principales causas.

Este análisis es la base para la toma de decisiones o para elaborar planes para mejorar la cobertura y calidad de la atención. En esta etapa se buscan soluciones y se planifican las acciones necesarias para alcanzar las metas de salud y nutrición que están definidas en los convenios. Las acciones responden a los problemas priorizados.

4. Fortalecimiento del Sistema de Información

Los procesos de supervisión, monitoreo y evaluación se basan en la información que provee el Sistema de Información, el cual se alimenta con varios instrumentos:

1. **Censo Digital**, es una base de datos que contiene el registro individual por fecha de nacimiento del habitante, identificación de la **familia**, vivienda, sector, comunidad, centro de **convergencia o comunitario** y jurisdicción. Así como, se registra el municipio, el distrito y el Área de Salud a que pertenece.
2. **Fichas clínicas**, contienen la evolución o historial médico de los niños y las mujeres embarazadas que son atendidas en las visitas de médicos o enfermeras ambulatorias, así como la evolución de su peso y talla.
3. **Listados de beneficiarios** según grupo de edad, del alimento complementario Vitacereal.
4. **Registros de la Niñez y de la Mujer**, es el instrumento donde el personal comunitario registra los datos y los servicios específicos que se ofrecen a esta población.



5. **Balance, Requisición y Envío de Suministros (BRES) por Centro Comunitario (CC)**. El BRES es el documento donde se registran las entradas, las salidas y la demanda de medicamentos, insumos y Vitacereal. Sirve para determinar el abastecimiento de medicamentos e insumos y de Vitacereal. Como complemento se utilizan otros instrumentos de soporte ante el PMA—llamado Waybill—para envío de alimentos de las bodegas de INDECA y las bodegas de las ONG.
6. **Cuaderno de Actividades realizadas por la EC**. En éste se registran las actividades diarias de la EC con firma y sello de un miembro de cualquiera de los comités de la comunidad. La información de este cuaderno se consolida mensualmente en el formato de “Hoja de Registro de Actividades”.

La información es ingresada en el sistema automatizado de información, el cual genera información inmediata para enfocar las acciones de monitoreo o seguimiento de la EC a los niños y mujeres embarazadas para alcanzar las metas establecidas.

Por ejemplo, a partir de la digitalización de la información en las fichas clínicas y del registro de dos mediciones de dos pesos continuos en diferente mes, se puede conocer el porcentaje de niños y niñas que no crecen bien y sobre las embarazadas que no ganan el peso

adecuado. En caso de que el porcentaje sea 20% o más, ésta información sirve de base para investigar las causas e iniciar acciones correctivas en coordinación con el EBS.

La evaluación se realiza en forma trimestral y una vez al año para la renovación de convenios. Consiste en medir los resultados contra las metas establecidas. Es en este momento en donde se completa el círculo de trabajo, estableciendo las áreas que necesitan apoyo.

¿Cuánto cuesta el aporte del MSPAS al PRDC?

El costo del programa es de aproximadamente Q. 300.00 por familia por año (US\$39.50). Este costo incluye el pago de la EC y los gastos de distribución del alimento complementario.

El costo de las acciones del PRDC hace que el costo del CSBS sea más alto en los 83 municipios focalizados, y por ello el costo per cápita anual promedio se incrementó de US\$ 7.00 a US\$ 10.00 .

¿Qué resultados se han alcanzado?

En el período de marzo a diciembre de 2006, los resultados obtenidos fueron

- Se entregaron 957,657 kilos en bolsas de 1 kg. de Vitacereal.
- Se entregaron 429,971 kilos de Vitacereal en bolsas de 1 kg. Mujer.
- Se entregó Vitacereal a 39,136 mujeres y 75,053 niños.
- Se registraron 128,299 niños menores de 36 meses en monitoreo de crecimiento, en los 83 municipios y de todo el país.
- La cobertura del monitoreo de crecimiento en los niños de menores de 2 años en los

municipios beneficiarios es de 72.5%, presentándose mayores porcentajes en las áreas de influencia de extensión de cobertura, con respecto a los puestos de salud.⁹

- Cobertura del programa en 187 jurisdicciones de los 83 municipios priorizados con mayor prevalencia de desnutrición crónica. En estas jurisdicciones se ha fortalecido el EBS con educadoras(es) comunitarias, insumos, equipo y vehículos.

¿Cuáles son los Planes Futuros del PRDC?

Los planes de sostenibilidad del PRDC son:

- Obtener el compromiso de partidos políticos para seguimiento del PRDC en el marco del Plan Visión País .
- Velar por el cumplimiento de la Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.
- Coordinar con alcaldes para impulsar el trabajo a nivel municipal.
- Contar con el acompañamiento de notables para la gestión y dinamización de la ejecución del PRDC.
- Tener presencia en 228 municipios, alcanzando 300,000 madres y 440,000 niños.
- Vigilar el mantenimiento del PEC en condiciones óptimas y presupuestarias dentro del MSPAS.

Adicionalmente, el MSPAS para fortalecer los componentes de salud en el PRDC por medio del PEC tiene como meta para Diciembre del 2007 haber realizado la distribución de Vitacereal en 187 jurisdicciones en los

grupos meta de niños(as) de 6 a 36 meses cubriendo al 75% de los pertenecientes a este grupo (100,081 niños) y al 40% de las embarazadas o en periodo de lactancia de esta población meta (154,965 mujeres). Al aumentar la distribución del Vitacereal, implica que los servicios brindados por los equipos básicos de salud del PEC, así como los programas de educación nutricional y de higiene incrementarán en la misma manera.

A Diciembre de 2006, aún no habían mediciones del impacto sobre reducción de desnutrición, ya que el impacto es lento en evidenciarse por la seriedad del problema y por el tiempo que toma en revertir los efectos de la desnutrición crónica. Sin embargo, habían evidencias cualitativas que indicaban que poco a poco las comunidades se han dado cuenta que los esfuerzos colectivos han sido fructíferos, ya que sin su colaboración e interés, la implementación de este programa no hubiese sido posible.

Adicionalmente, a mediados del 2007, ya se había levantado una línea de base para determinar la situación basal de los seis componentes del PRDC en la población objetivo que está expuesta a las intervenciones individuales y comunitarias de cada uno de los mismos. Esto permitirá establecer los puntos de referencia para compararlos con los resultados



de una evaluación posterior y de esta forma facilitar la medición del impacto del PRDC en su primera fase de implementación (2006–2008). Así mismo, con evaluaciones sucesivas se podrá verificar si el PRDC, con la implementación completa del programa (componentes directos y de viabilidad), alcanzó en el año 2016 la meta de reducir la destrucción crónica en niños menores de 5 años a un 50%.

De continuarse con el Programa, en 10 años más, un 50% de los niños guatemaltecos que hubieran padecido de desnutrición crónica, estarán sanos gracias al CSBS, al Vitacereal y a la educación que su madre recibió durante esa crítica etapa del crecimiento del niño. Así mismo, cuando estos mismos infantes tengan hijos, los nuevos integrantes de la familia tendrán la oportunidad de conocer a sus abuelas, ya que la probabilidad de sobrevivencia de su abuelita habrá aumentado significativamente, tanto por la alimentación, la educación y la atención recibida por parte del programa a la hora del parto y después del mismo.

⁹ Según Informe Final Estudio de Línea de Base en 83 Municipios de Guatemala Cubiertos por el Programa para la Reducción de la Desnutrición Crónica (PRDC), Operación Prolongada de Socorro y Recuperación (OPSR 10457.0) y Programa de Reducción de la Desnutrición Crónica (PRDC) elaborado por GETSA.

¹⁰ Plan Visión País es un compromiso del Estado con estrategias en materia de educación, salud, seguridad, y desarrollo rural.

Anexo I. Sigla y definición

Sigla	Definición
AIEPI AINM-C	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia Atención Integral de la Mujer en la Comunidad
BRES	Balance Requisición y Envío de Suministros
CC	Centro Comunitario
CSBS	Conjunto de Servicios Básicos de Salud
EBS	Equipo Básico de Salud
EC	Educadora Comunitaria
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil
FAO	Food and Agriculture Organization o <i>en español</i> Organización de las Naciones unidas para la Alimentación y la Agricultura
FIS	Fondo de Inversión Social
FNCH	Frente Nacional Contra el Hambre
FONAPAZ	Fondo Nacional para la Paz
INDECA	Instituto Nacional de Comercialización Agrícola
INE	Instituto Nacional de Estadística
MAGA	Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación
MINEDUC	Ministerio de Educación
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
OPS	Organización Panamericana para la Salud
OPSR	Operación Prolongada de Socorro y Recuperación
PIB	Producto Interno Bruto
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PRDC	Programa de Reducción de la Desnutrición Crónica
SBS	Servicios Básicos de Salud
SCEP	Secretaría de la Coordinación Ejecutiva de la Presidencia
SEGEPLAN	Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia
SESAN	Secretaría de Seguridad Alimentaria Nutricional
SOSEP	Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente
UAT	Unidades de Asistencia Técnica
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund o <i>en español</i> Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia

