

**EVALUACION DE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y
NUTRICIONAL EN COMUNIDADES DE GUATEMALA DEL AMBITO DEL
PROGRAMA OPSR 10212**

Informe
Guatemala, 28 de Junio de 2005

Miembros del Equipo de Evaluación

Coordinación:

Lic. Mónica Rodríguez
Coordinadora Eje Rompiendo el Círculo de la desnutrición
Secretaría de seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia

Margarita Lovon
Oficial Regional de Evaluación de Necesidades en casos de Emergencia, Oficina Regional del PMA para América Latina y el Caribe

Equipo Técnico de Apoyo:

Raoul Balletto, VAM Officer, Oficina Regional del PMA para América Latina y el Caribe
Xinia Soto, Consultora GIS, Oficina Regional del PMA para América Latina y el Caribe
Irma Esperanza Palma, Oficial de Programas de la Oficina del PMA, Guatemala.
Luis Vega, Informático, Oficina PMA Guatemala

Equipo de campo:

Arnulfo Sandoval, Oficial de Proyectos del PMA (Coordinador del trabajo de campo)
Lic. Rafael Salinas, Asesor del MAGA

Lic. Gabriela Mejicano, Nutricionista de la Secretaría de Seguridad Alimentaria Nutricional
Edgar Sánchez, Monitor del PMA

Lic. María Marta Tuna, Ministerio de Salud
Hugo Rodríguez, Monitor del PMA

Ing. Luis Molina, FIS
Elmar Reyese, PMA

CONTENIDO

	Pag.
RESUMEN EJECUTIVO	1
1. ANTECEDENTES Y OBJETIVOS	4
2. METODOLOGIA	4
3. RESULTADOS	7
3.1 Situación a nivel nacional	7
a. Desnutrición	8
b. Deficiencias de micronutrientes	8
c. Seguridad alimentaria	8
3.2 Eventos negativos que afectaron las condiciones de seguridad alimentaria y nutricional a nivel nacional	9
a. La crisis del café	9
b. Condiciones climáticas adversas	9
3.3 Situación a nivel de Municipios y Hogares	10
a. Estado nutricional	10
b. Crisis naturales y económicas que afectaron la seguridad alimentaria en los últimos tres años	11
c. Efectos de las crisis en la seguridad alimentaria por grupos de medios de vida	12
d. Acceso a alimentos	14
e. Consumo de alimentos	15
f. Alimentación del niño menor de 3 años	16
g. Situación de salud y saneamiento	16
4. CONCLUSIONES	19
5. RECOMENDACIONES	22
6. BIBLIOGRAFIA	28
ANEXOS	
ANEXO I: Lista de comunidades visitadas	29
ANEXO II: Lista de personas contactadas	30
ANEXO III: Municipios afectados por eventos naturales adversos en 2004	31
ANEXO IV: Municipios priorizados según prevalencia de desnutrición crónica y vulnerabilidad a inseguridad alimentaria	32
ANEXO V: Desnutrición crónica en escolares y etnicidad	33

TABLAS Y GRAFICOS

TABLA 1: Tendencias en la prevalencia de desnutrición crónica (T/E < -2Z) entre 1987-2002. Niños menores de 5 años de edad	7
TABLA 2: Guatemala: Indicadores de desnutrición para niños de 0-35 meses. ENSMI 2002	8
TABLA 3: Evolución de la Producción de Café 2000-2004	9
TABLA 4: Porcentaje de desnutrición crónica, global y aguda, niños de 6-36 meses en algunos municipios atendidos por el OPSR, según diferentes fuentes (2004-2005) y en comparación con la línea basal (2003)	10
TABLA 5: Ocurrencia de crisis naturales y económicas en las comunidades visitadas en los últimos tres años	11
TABLA 6: Cambios en las fuentes de ingreso de las comunidades visitadas	14
TABLA 7: Fuentes de alimentos de la mayoría de familias en comunidades visitadas, por zona de medios de vida	15
TABLA 8: Frecuencia de consumo de principales grupos de alimentos	16
TABLA 9: Lactancia y alimentación complementaria y uso de biberón para niño/as menores de tres años a nivel nacional	17
TABLA 10: Patrones de alimentación complementaria en las comunidades visitadas	17
TABLA 11: Principales causas de morbilidad en niños, en los municipios visitados. Datos de los centros de salud para el año 2004.	18
GRAFICO 1: Disponibilidad per cápita de maíz y Porcentaje de población subnutrida	8

SIGLAS

AIEPI	Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
EFSA	Emergency Foos Security Assessment
FIS	Fondo de Inversión Social
INE	Instituto Nacional de Estadística
MAGA	Ministerio de Agricultura
MFEWS	Mesoamerican Food Security Early Warning System
OPSR	Operación Prolongada de Socorro y Rehabilitación
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PROMASA	Programa Maya de Seguridad Alimentaria
PROSAN	Programa de Seguridad Alimentaria Nutricional
SESAN	Secretaría de Seguridad Alimentaria Nutricional
UNICEF	United Nations Children Fund
USAID	United States Agency for International Development

RESUMEN EJECUTIVO

La presente evaluación se realizó con el objetivo general de: “Estimar la magnitud de los cambios en las condiciones de acceso y consumo de alimentos y tasas de desnutrición como resultado de las crisis naturales, económicas y de otra índole recurrentes, en las áreas más pobres de Guatemala en comparación con la situación al inicio del presente OPSR”.

La evaluación rápida se realizó en estrecha colaboración con la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN), el Ministerio de Salud, de Agricultura, FIS y UNICEF, y se concentró en los municipios del ámbito del actual OPSR. La recolección de información se realizó mediante revisión y análisis de información secundaria, entrevistas a líderes comunitarios hombres y mujeres, personal de salud y de otras instituciones, grupos focales y visitas de observación a algunas familias, en 48 comunidades de 26 Municipios seleccionados intencionalmente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- El análisis de los datos secundarios de desnutrición para los municipios visitados en la presente evaluación corrobora la tendencia al incremento en las tasas de desnutrición crónica mostradas a nivel nacional. En algunos de los municipios visitados, particularmente en las zonas más pobres del altiplano (caso Quiché) las tasas de desnutrición crónica en menores de 3 años, llegan a niveles tan altos como 82%.
- Entre 2003 – 2005 diferentes eventos negativos, tanto naturales como económicos afectaron la seguridad alimentaria y nutricional en el país y en el ámbito del OPSR. La crisis del café, que inició con la caída de los precios en 2001, continúa afectando las oportunidades de empleo e ingresos, particularmente de la población en los municipios con mayores tasas de desnutrición, que depende del empleo generado por esta industria como una de sus pocos medios de sobrevivencia.
- Al mismo tiempo en el año 2004 el clima fue adverso para la producción agrícola de los mismos municipios, ocasionando una disminución de la provisión de alimentos en los primeros meses de este año. Como consecuencia la mayoría de familias en los municipios del ámbito del OPSR no tienen reservas de alimentos y han disminuido su consumo de alimentos en cantidad y variedad. Esta situación se espera continúe así hasta las próximas cosechas que son en octubre-noviembre.
- La suma de estos eventos adversos, ha puesto en riesgo incluso a municipios con menores prevalencias de desnutrición crónica, haciendo que en algunos casos haya signos de un aumento de los niveles de desnutrición aguda. Esto demuestra cuán fácilmente la situación de inseguridad alimentaria crónica puede pasar a una situación de crisis nutricional por efecto de algunos eventos naturales adversos.

Factores determinantes de la desnutrición crónica

Algunas de los factores causales más importantes de la desnutrición crónica en Guatemala y particularmente en el ámbito del OPSR son:

- Inadecuado acceso a alimentos, debido a la insuficiente producción y capacidad de compra. Particularmente las familias rurales no tienen acceso a alimentos adecuados para los bebés y niños pequeños.
- Inadecuadas prácticas de alimentación del niño, especialmente en los primeros dos años, cuando se ofrecen mayormente alimentos líquidos (atoles) de muy baja densidad de energía y nutrientes, en condiciones higiénicas pobres
- Alta prevalencia de enfermedades infecciosas, principalmente infecciones respiratorias y diarreas.
- Deficiente estado nutricional de la mujer, embarazos a temprana edad y período intergestacional muy corto.

Intervenciones

- Con excepción de los programas financiados por USAID y el programa Creciendo Bien, la mayoría de las intervenciones no tiene objetivos nutricionales.
- El sector salud, es la institución responsable de las intervenciones en nutrición y salud. Pero presenta muchas limitaciones, especialmente si se trata de programas referidos a nutrición.
 - La atención de salud es mayormente curativa, con poco énfasis en las acciones de prevención y promoción. El aspecto nutricional, pese a estar considerado en las normas, en la práctica se limita a la detección de casos de desnutrición aguda grave y tiene casi la última prioridad.
 - La calidad y la metodología de la poca orientación nutricional que se ofrece no es adecuada, se limita mayormente a charlas explicativas, con mensajes generales y poco prácticos.

5. RECOMENDACIONES

1. Intervenciones

Reconociendo que la precaria situación alimentaria nutricional en Guatemala esta relacionada tanto con las crisis naturales y económicas de los últimos años pero también con las condiciones de pobreza e inseguridad alimentaria crónicas. Se recomienda una respuesta que incluya medidas de corto y largo plazo. En este sentido, las intervenciones alimentarias constituyen una alternativa pero deben:

- Estar adecuadamente focalizadas, tanto geográficamente como hacia los individuos más vulnerables
- Estar en combinación con otro tipo de intervenciones dirigidas a superar las otras causas de la inseguridad alimentaria y desnutrición.

2. Intervenciones en el corto plazo

- **Alimentación terapéutica (a través de centros de recuperación nutricional del sector salud)** para recuperación de niños con desnutrición aguda en municipios con prevalencias de desnutrición aguda por encima del promedio nacional y que hayan sido afectados eventos climáticos adversos en el 2004.
- **Atención integral de alimentación y salud en zonas con alta prevalencia de desnutrición crónica**

Con el objetivo de romper el ciclo inter-generacional de la desnutrición crónica, y prevenir un mayor deterioro del estado nutricional, se recomienda la distribución general de un alimento complementario fortificado a todos los niños menores de 3 años y mujeres embarazadas y en período de lactancia en los municipios con prevalencias de desnutrición crónica son mayores al 60% y con mayor vulnerabilidad a inseguridad alimentaria.

Sin embargo este programa debe estar ligado necesariamente a:

- Un componente de educación en nutrición e higiene.
- Atención integral de salud, monitoreo del crecimiento y
- Desparasitación
- Ir conjunto con acciones orientadas a mejorar el acceso a agua y saneamiento y el acceso a alimentos.

- Se propone un esquema de intervención basado en la estructura del Ministerio de Salud, con alto componente comunitario.

3. Intervenciones en el Mediano y largo plazo

- Ampliar la cobertura de acceso al agua y letrinas u otro tipo de servicio sanitario
- Ampliar la cobertura y calidad de los programas de salud reproductiva/planificación familiar
- Mejoramiento del acceso a la educación formal en especial de los grupos indígenas y las niñas.
- Promoción y diversificación de actividades generadoras de ingresos, en especial para las mujeres.
- Acciones de conservación de suelos y agua así como mejoramiento y diversificación de la producción agrícola.

4. Recomendaciones para los diferentes actores

Estado y Gobierno:

- El Gobierno debe iniciar lo más pronto posible en el diseño de la Estrategia Nacional de Erradicación de la Desnutrición Crónica. La estrategia deberá comprender planes para implementar las acciones de corto y largo plazo, además de la conformación de una plataforma interinstitucional, entre Ministerios, Agencias Internacionales, ONGs y Donantes para viabilizar la implementación de las acciones planteadas.
- Considerando, que los problemas de inseguridad alimentaria crónica, requieren intervenciones continuas por un período relativamente largo de tiempo, es importante que el Estado, con apoyo de la comunidad internacional asuma el compromiso de dar continuidad a las intervenciones iniciadas al menos por un período de 10 años.

PMA

- Reorientar el actual OPSR, concentrando la atención en los municipios con mayores prevalencias de desnutrición crónica, pero manteniendo con el componente de socorro, vigilancia en los municipios recientemente afectados por la sequía.
- Realizar conjuntamente con las entidades correspondientes del Gobierno un estudio nutricional en niños menores de 3 años en el ámbito del actual OPRS en una muestra representativa, que permita desagregación a nivel municipal.

1. ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Guatemala es uno de los países con la más alta tasa de desnutrición en América Latina. Las estadísticas demuestran una prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años que llega al 49.3%, que lo sitúa entre los tres países con mayores tasas de desnutrición crónica en el mundo. Las tendencias muestran además que tasas de desnutrición han incrementado de 44% en el año 2000 (ENCOVI) a las cifras actuales y de mantenerse Guatemala no llegará a cumplir con las Metas de Desarrollo del Milenio relacionadas con el hambre y la desnutrición.

La asistencia actual del PMA hacia las madres y niños se implementa mediante el Programa de País y la Operación Prolongada de Socorro y Recuperación (OPSR) Regional. La actual OPSR se implementa con el objetivo de prevenir la desnutrición aguda y promover la recuperación de los medios de subsistencia de la población afectada por crisis recurrentes (particularmente sequías) en Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua. En el caso de Guatemala, además del OPRS, el PMA tuvo que implementar una Operación de Emergencia adicional en 2002, para responder a la emergencia nutricional del 2002 debido a la grave sequía. Estos programas, sin embargo, no están específicamente focalizados en los niños menores crónicamente desnutridos, por lo que a pesar de tener un efecto sustancial en reducir la desnutrición aguda, no tiene mucho efecto sobre la desnutrición crónica.

En este contexto Guatemala necesita urgentemente diferentes intervenciones específicamente focalizadas hacia los niños menores de 3 años, en quienes al intervenir se logra un mayor efecto al reducir los daños irreversibles de la desnutrición crónica. Y considerando que un primer paso en la formulación y focalización de intervenciones es necesaria una evaluación de la situación de seguridad alimentaria y nutrición y factores determinantes, se planteo la presente evaluación rápida.

El objetivo general de la evaluación fue: “Estimar la magnitud de los cambios en las condiciones de acceso y consumo de alimentos y tasas de desnutrición como resultado de las crisis naturales, económicas y de otra índole recurrentes, en las áreas más pobres de Guatemala en comparación con la situación al inicio del presente OPSR”.

2. METODOLOGIA

La evaluación rápida se realizó en estrecha colaboración con la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN), el Ministerio de Salud, de Agricultura, FIS y UNICEF. El equipo de coordinación de la evaluación estuvo conformada por una Nutricionista de SESAN, la responsable de Emergency Food Security Assessment de la Oficina Regional del PMA y personal de la oficina del PMA-Guatemala.

Se formaron además cuatro equipos de trabajo de campo, conformados cada uno por personal del PMA-Guatemala (en total 4 personas) y otra de alguna de las entidades de Gobierno participantes. Adicionalmente, en cada comunidad se contó con el apoyo de personal local de salud y/o de la alcaldía como traductores.

Cabe aclarar además que la evaluación se realizó aplicando la metodología propuesta en el Manual sobre Evaluación de Seguridad Alimentaria en Emergencias (EFSA) del PMA, de manera que paralelamente se realizó la validación en campo de este instrumento.

La información fue recolectada mediante una combinación de:

- Revisión y análisis de las estadísticas disponibles, informes de estudios y otro tipo de información secundaria sobre: 1) prevalencia de desnutrición y tendencias durante los últimos tres años a nivel municipal y comunitario 2) la ocurrencia de desastres naturales y crisis económicas y de otro tipo, su impacto en las condiciones de seguridad alimentaria y nutricional 3) datos de población, pobreza e ingresos.
- Reuniones con autoridades nacionales, regionales y locales, ONGs y otras organizaciones que trabajan en programas de alimentación y nutrición.
- Visitas a una muestra, intencionalmente seleccionada, de municipios y comunidades, y entrevistas semi-estandarizadas con líderes comunales hombres, personal de centros de salud y trabajadores comunitarios de ONGs y otras organizaciones relevantes que trabajan en la zona visitada.
- Observaciones directas y discusiones informales con algunas familias con propósito de triangular la información. Se visitaron hogares y se contactaron familias en seis de las aldeas visitadas.
- Discusiones en grupos focales con mujeres, en 40 de las 48 aldeas visitadas se realizaron grupos focales con mujeres líderes.
- Los instrumentos de recolección de información fueron mayormente formatos de entrevista semi-estandarizados y listas de chequeo. Estos, se elaboraron y revisaron en conjunto con el equipo coordinador y el equipo de campo.

Selección de lugares a visitar

Debido al corto tiempo disponible (3 semanas) y el extenso ámbito a evaluar, se decidió concentrar la evaluación en el ámbito de los Municipios atendidos por el actual OPSR (102 Municipios en 16 departamentos) y concentrar las visitas a los Municipios con mayor prevalencia de desnutrición. El proceso de selección de los municipios a visitar se realizó de la siguiente manera:

Primera etapa:

En base a la información del Censo de Talla en escolares de Primer Grado del 2001 (indicador proxy de la desnutrición crónica en menores de 3 años) y el estudio de Análisis y Cartografía de la Vulnerabilidad (VAM) 2002, se clasificaron los Municipios en cuatro categorías iniciales:

- GRUPO I: Municipios con prevalencias de desnutrición crónica superiores a la mediana (50.9) y alta vulnerabilidad a inseguridad alimentaria (99 Municipios)
- GRUPO II: Municipios con prevalencias de desnutrición crónica superiores a la mediana (50.9) y media a baja vulnerabilidad a inseguridad alimentaria (62 Municipios)
- GRUPO III: Municipios con prevalencias de desnutrición crónica inferiores a la mediana y alta vulnerabilidad a inseguridad alimentaria (11 Municipios)

GRUPO IV: Municipios con prevalencias de desnutrición crónica inferiores a la mediana y media a baja vulnerabilidad a inseguridad alimentaria (149 Municipios)

Segunda etapa:

Dentro de cada grupo además, se diferenciaron los municipios por diferentes zonas o grupos de medios de vida. Para ello se utilizó la zonificación de medios de vida preliminar realizada por MFEWS, que clasifica a Guatemala en 16 zonas de medios de vida.

Los Municipios del ámbito del OPSR, están comprendidos mayormente en 7 de las zonas de medios de vida:

Zona V: Altiplano y Hortalizas

Zona VI: Comercial fronteriza con México

Zona VIII: Granos Básicos y fronteriza con Honduras y El Salvador

Zona IX: Granos Básicos y venta de mano de obra

Zona XI: Cafetalera en transición

Zona XIV: Cardamomo y café

Zona XII: Agroindustria de Exportación

Tercera etapa:

Finalmente, los Municipios a visitar se seleccionaron de cada categoría inicial, tratando de incluir municipios en las diferentes zonas de medios de vida y los diferentes departamentos.

De esta manera se seleccionaron 28 Municipios para visitar. Se visitaron solamente 26 debido a que uno de los equipos tuvo que regresar a la capital en vista del paso del Huracán Adrián por Guatemala en los días de la evaluación.

En cada Municipio y en base a informantes claves, se seleccionaron a visitar dos comunidades, una más lejana y otra más cercana a la cabecera municipal. Con estos criterios se visitaron 48 comunidades. Anotando que en algunos Municipios debido a restricciones de tiempo y disponibilidad de personal local para apoyar con las traducciones no se pudo visitar las dos aldeas inicialmente planificadas. La lista completa de las comunidades visitadas está en el Anexo I.

Limitaciones:

- Por las restricciones de tiempo, el entrenamiento al equipo de campo solamente se realizó en un día, y los cuestionarios fueron modificados según las observaciones del equipo de campo y validados solamente para una de las áreas.
- Debido a la gran diversidad de lenguas (en muchos casos una lengua diferente cada 50 Km.) la mayor parte de entrevistas y discusiones grupales se realizaron con apoyo del personal local de salud o de la alcaldía, quienes no recibieron entrenamiento y no tuvieron tiempo de familiarizarse con el objetivo y el contenido de las entrevistas. Esto pudo haber dado lugar a malas interpretaciones o también a que las respuestas y preguntas incluyan la opinión de los traductores.

3. RESULTADOS

3.1 SITUACION A NIVEL NACIONAL

a. Desnutrición

Guatemala se sitúa entre los tres países del mundo con mayores tasas de desnutrición crónica. Entre los países con datos confiables solamente Bangladesh y Yemen tienen tasas de desnutrición crónica más altas (55% en 1996/7 y 52% en 1997, respectivamente) Según la ENSMI 2002, el 49.3%, que equivale a 756,000 niños menores de 5 años sufre de desnutrición crónica en todo el país. La prevalencia de desnutrición crónica es la más alta que en cualquier otro país de Latinoamérica y el Caribe y es el doble de la tasa de desnutrición crónica en el segundo país con mayor prevalencia que es Bolivia (26% en 2003).

Pero lo más preocupante es que las tendencias entre 2000 a 2002 muestran que las tasas de desnutrición han incrementado entre 1998 y 2002 de 46.4% a 49.3%, respectivamente. Esto podría ser evidencia de un deterioro general en las condiciones económicas y de seguridad alimentaria y nutricional, en general. De continuar con este ritmo, Guatemala no estaría alcanzando las Metas del Milenio en lo que respecta a reducción de la desnutrición en el 2015.

TABLA 1: Tendencias en la prevalencia de desnutrición crónica (T/E < -2Z) entre 1987-2002. Niños menores de 5 años de edad

	ENSMI 1987	ENSMI 1995	ENSMI 1998/1999	ENSMI 2002
Area				
Urbana	41.2	35.3	32.4	36.5
Rural	62.1	56.6	54.4	55.5
Región				
Metropolitana	44.2	33.5	28.6	36.1
Norte	49.8	55.3	56.7	61
Nor-oriente	43.3	43.9	49.1	39.7
Sur-oriente	54	45.4	45.6	46.6
Central	67.4	45.7	45.5	42.1
Sur-occidente	63	59.5	54.8	58.5
Nor-occidente	67.7	69.9	69.2	68.3
Peten	ND	ND	46.1	46.1
Grupo Etnico				
Indígena	71.7	67.8	67.3	69.5
Ladino	48.2	36.7	34.1	35.7
Nivel de Educación				
Sin educación	68.6	63.8	64.4	65.6
Primaria	56.3	48.0	44.5	46.4
Secundaria o más	30.2	14.7	12.7	18.6
TOTAL	57.9	49.7	46.4	49.3

Fuente: Encuestas Nacionales de Salud Materno Infantil (ENSMI), 1987, 1995, 1998, 2002. Instituto Nacional de Estadística, Guatemala

Además, la prevalencia de desnutrición presenta gran disparidad y refleja las diferencias geográficas y étnicas de la pobreza. Así, la desnutrición es más alta entre los niños del área rural

que urbana (55% vs 36%), es más alta entre los niños de origen indígena que en los no-indígenas (69.5% vs 35.7%). Además la tasa de desnutrición en niños cuyas madres no tienen educación triplica la tasa de aquellos niños con madres que tienen educación secundaria o más.

Por grupo de edad, la desnutrición es más seria entre los niños menores de tres años. La mayor tasa de incremento de retardo en el crecimiento ocurre en los primeros 36 meses de vida, especialmente en el período entre 6 a 24 meses.

TABLA 2: Guatemala: Indicadores de desnutrición para niños de 0-35 meses. ENSMI 2002

	Porcentaje con desnutrición crónica (T/E < -2Z)	Porcentaje con desnutrición global (P/E < -2Z)	Porcentaje con desnutrición aguda (P/T < -2Z)	Número de casos ponderados
Total	49.9	26.7	2.9	
Edad en meses				
3-5	14.2	3.9	2.8	216
6-11	31.0	16.2	2.3	490
12-23	57.1	30.2	3.7	973
24-35	49.2	25.9	1.5	999

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002. Instituto Nacional de Estadística, Guatemala.

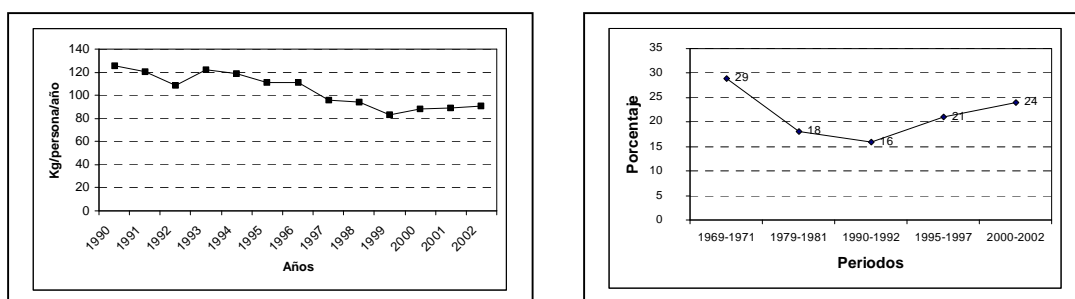
b. Deficiencias de micronutrientes

Como consecuencia de una dieta poco diversa, las frecuentes enfermedades infecciosas y la parasitosis, tanto niños como mujeres presentan deficiencias de micronutrientes principalmente hierro, vitamina A, yodo y folato. Según la ENSMI 2002, 20% de las mujeres en edad fértil, 22% y 39.7% de los niños de 6 a 59 meses sufren de anemia. Las deficiencias de vitamina A afectan al 16% de los niños de 6-35 meses y es la segunda tasa de prevalencia más alta en la región.

c. Seguridad Alimentaria a Nivel Nacional

Los indicadores nacionales de seguridad alimentaria también muestran tendencia al deterioro, especialmente a partir de 1990. Así, el suministro de maíz (alimento básico principal) ha disminuido sostenidamente de 125 Kg/persona/año en 1990 a 90.9 Kg/persona/año en 2002, mientras que el porcentaje de población subnutrida (que no cubre la ingesta de energía mínima recomendada de 2100 Kcal) ha aumentado de 16% en 1990-92 a 24% en 2000-2002.

GRAFICO 1: Disponibilidad per cápita de maíz y Porcentaje de población subnutrida



Fuente: Elaborado en base a datos de FAOSTAT

3.2 EVENTOS NEGATIVOS QUE AFECTARON LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN EL PAIS ENTRE 2003-2005

A nivel nacional dos tipos de crisis han afectado de manera significativa la seguridad alimentaria y nutricional entre 2003-2005. Por un lado las irregularidades climáticas en 2004 y por otro lado la caída en el precio de café que ocasionó una disminución y posterior estancamiento de su producción.

a. La crisis del café

TABLA 3: Evolución de la Producción de Café 2000-2004

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Producción en millones 60 kg bags	4.30	4.36	4.49	3.82	3.80	3.80
Exportación	4.10	4.23	4.344	3.627	3.5	3.45

Fuente: ANACAFE y USDA

La caída internacional de los precios del café en 2001 originó, en 2002 una caída de la producción a los más bajos niveles en los últimos 20 años y desde entonces aun no se muestran signos de recuperación y las predicciones para 2005 muestran incluso una ligera reducción (131,000 bags). Esta crisis afectó seriamente la economía local especialmente de las áreas rurales pobres.

En un período regular la industria del café utilizaba alrededor del 40% de la tierra apta para agricultura y apoyaba cerca de 62,500 agricultores/productores en todo el país. En 2003 y 2004 solamente se cosecharon 225,000 has (el área más baja desde 1977). Muchas fincas tuvieron que dejar de producir café o diversificar su producción hacia otros cultivos, pero esto en zonas donde existen otras alternativas (p.e. La costa).

Adicionalmente, en un período regular, las fincas de café empleaban alrededor de 500,000 personas, pero de acuerdo con ANACAFE en 2003-2004 el número de personas empleadas se redujo a 200,000 personas.

b. Condiciones climáticas adversas

En 2004, durante la época de la primera y segunda cosecha, diferentes variaciones climáticas adversas como sequías, inundaciones y heladas causaron pérdidas de cultivos, principalmente maíz, así como frijol, hortalizas, maní y cardamomo. Según estimaciones del Ministerio de Agricultura, 57,000 personas fueron afectadas en 86 municipios de 15 departamentos del país. Como consecuencia los precios del maíz se elevaron hasta en un 10%, afectando el acceso a alimentos de las familias más pobres.

3.3 SITUACION A NIVEL DE MUNICIPIOS Y HOGARES

La presente sección se concentra en las áreas atendidas por el PRRO (102 Municipios) y se basa en la información secundaria y primaria, recogida en las visitas a los municipios y aldeas seleccionadas.

a. Estado nutricional

Los datos del estado nutricional se tomaron solamente de las fuentes secundarias más actualizadas y confiables tales como los Censos Nutricionales realizados por Ministerio de Salud y otras ONGs como Save the Children.

TABLA 4: Porcentaje de desnutrición crónica, global y aguda, niños de 6-36 meses en algunos municipios atendidos por el OPSR, según diferentes fuentes (2004-2005) y en comparación con la línea basal (2003)

Municipio	Porcentaje de desnutrición crónica (T/E < -2Z)	Porcentaje de desnutrición global (P/E < -2Z)	Porcentaje de desnutrición aguda (P/T < -2Z)	
Uspatan(1)	68.5	36.3	1.1	
Nebaj (1)	77.0	40.1	1.3	
Patzite (1)	82.7	49.4	1.8	
Ilotenango (1)	76.2	35.5	0.9	
Santa Cruz (1)	68.9	29.4	0.8	
Chapul (1)	82.4	41.8	1.3	
Cotzal (1)	72.6	43.5	2.0	
Total Quiche (1)	75.9	40.1	1.4	4300
Camotan, Jocotan, Olotan, San Juan Ermita (2004) (2)	55.9	39.7	4.2	8993 (0-36 meses)
Departamento de Totonicapán (2005) (3)	66.1	39.2	4.5	1690 (6-36 meses)
Línea Basal OPSR 2003 (niños 0-35 meses)	70.6	56.1	7.1	269 (0-36 meses)

1 Promedio de Índices Antropométricos. Monitoreo de Febrero 2005, Proyecto PROMASA Quiche, Save the Children.

2 Censo Nutricional de la región Chorti, Julio, Agosto 2004. Área de Salud Chiquimula. PROSAN

3 Encuesta Nutricional, Departamento de Totonicapán. Febrero 2005. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, PROSAN, Acción contra el Hambre. (Santa Lucía la Reforma, S. Andrés Xecul, Sta. María Chiquimula, S. Francisco El Alto, Momostenango, S. Bartola Aguas Calientes, S. Cristóbal, Totonicapán)

Si bien los datos de las diferentes fuentes no permiten conclusiones estadísticas, los valores y tendencias mostradas permiten indicar que en algunos de los municipios atendidos por el OPSR la desnutrición crónica en niños menores de 3 años ha aumentado con relación a la línea basal, tal es el caso de diferentes Municipios del departamento de Quiché.

Se destaca que hay mucha disparidad entre los municipios en cuanto a prevalencia de desnutrición crónica, pues se encuentran áreas donde la prevalencia llega a niveles tan altos como 82%, mientras que en otras áreas las prevalencias son más bajas como 55.5%. Referente a la desnutrición aguda, si bien se muestra una disminución como efecto de las acciones, se ve que

hay áreas donde la desnutrición aguda es sustancialmente mayor que los promedios nacionales (2.9%), caso de Chiquimula (4.2%) y Totonicapán (4.5%).

Por otro lado, el único tipo de información nacional, desagregada a nivel municipal es el Censo de Talla en Escolares de Primer Grado de Primaria de 2001. Según este censo, 108 Municipios del total de 338, presentan prevalencias de desnutrición crónica superiores al 60%.

b. Crisis naturales y económicas que afectaron la seguridad alimentaria

TABLA 5: Ocurrencia de crisis naturales y económicas en las comunidades visitadas en los últimos tres años

	% de Comunidades que reportaron ser afectadas	Efectos
Sequía 2004	68%	Pérdidas severas en la cosecha de primera llegando al 100% en algunos municipios Desabastecimiento a partir de marzo-abril de 2005 hasta la próxima cosecha Incremento en el precio de los alimentos
Vientos	23%	Disminución de la producción
No recuperación de los precios del café	71%	Cierre de fincas Disminución de las oportunidades de empleo Disminución del salario y del ingreso Menor consumo de alimentos
Heladas, granizo	10%	Pérdida de la producción. p.e. Municipio de Tecpan se estimó en 4 millones de Quetzales
Fuertes lluvias	8%	Pérdidas en la producción de granos básicos
Plagas de cultivos	13%	

Fuente: Entrevistas a líderes comunitarios hombres y mujeres

Al igual que a nivel nacional, las condiciones climáticas adversas del año 2004 y la no recuperación de la producción de café, han sido los eventos que afectaron la seguridad alimentaria familiar en las zonas visitadas. Estos eventos han causado principalmente:

- Disminución de la producción
- Disminución del ingreso
- Disminución del consumo en cantidad y variedad, por efecto de aumento de precios

Frente a estos eventos adversos las familias en las aldeas visitadas, han adoptado diferentes estrategias de sobrevivencia

- Migración, hacia la costa sur (zafra de caña)
- Migración a la capital, ciudades, USA y México
- Venta de animales menores y algunos activos (radio)
- Préstamos de dinero
- Menor compra y consumo de alimentos (ya no comen frijol, comen hierbas, ya no compran alimentos para niños como Incaparina)
- Las mujeres buscan trabajo en el servicio doméstico en las ciudades o hacen artesanía

c. Efectos de las crisis en la seguridad alimentaria por zonas de medios de vida

En general no se pueden observar grandes diferencias en la situación de las familias en las comunidades visitadas pertenecientes a las diferentes zonas de vida. Esto se debe en parte a la gran movilidad de personas que hay entre las diferentes zonas. Así, las familias de la zona del altiplano viajan temporalmente a trabajar a las zonas costeras (productoras de caña y cultivos de exportación) como estrategia de sobrevivencia.

Sin embargo, es evidente que, en todas las zonas, las comunidades con menor cantidad de recurso tierra (1-2 cuerdas por familia¹) o sin tierra propia están en mayor desventaja y han sufrido con mayor severidad el efecto de la crisis del café e incluso de la sequía. Es el caso de comunidades en los municipios de San Lucas Tolimán, San Juan La Laguna (Sololá), Rabinal (Baja Verapaz), San Sebastián (Retalhuleu), Comapa (Jutiapa), Santa María Ixtahuacán (Santa Rosa) y Camotán (Chiquimula)

Municipios con Alta Prevalencia de Desnutrición Crónica

El 25% de los municipios catalogados en esta categoría ha sufrido el efecto de eventos climáticos adversos en el 2004.

En la zona de altiplano y hortalizas

- Las familias dependen del ingreso proveniente de la migración a las fincas de café.
- La reducción de salarios y por tanto los bajos ingresos, sumado al incremento del precio de los alimentos (Se estima que el precio del maíz subió en 10% por las malas cosechas del 2004) han ocasionado que las familias compren menor cantidad de alimentos y sobretodo menor variedad.
- En 16 de las 21 comunidades visitadas de este grupo, la mayoría de familias no tienen reservas de alimentos actualmente, los alimentos provenientes de la última cosecha han alcanzado por 5-6 meses (hasta marzo-abril), cuando normalmente duran 8 meses.
- Las familias han reducido su consumo de maíz de 6 libras/5 personas (que es el consumo normal) a 5 libras/5 personas. Lo que equivale a una disminución en el aporte de energía de 320 Kcal/persona/día.
- Hay zonas especialmente más vulnerables que otras como el Municipio de San Lucas Tolimán (Sololá), donde en muchas comunidades hubo desalojos de las fincas en el último año.

Zona VI, frontera comercial con México

- Las familias también en su mayor parte dependen del trabajo en las fincas de café, pero por encontrarse en la frontera con México, tienen mayor oportunidad de buscar trabajo en esta zona, siendo esta una de sus principales estrategias de sobrevivencia.
- En 2 de las 4 comunidades visitadas de esta zona, se indicó que las familias aun tienen pocas reservas de maíz.
- En las 4 comunidades se indicó que no han reducido su consumo de maíz, sin embargo si hubo cambios en la variedad de la dieta. Así por ejemplo en las comunidades visitadas del

¹ Una cuerda equivale aproximadamente a 25x25 m de terreno, es decir 625 metros cuadrados

Municipio de Jacaltenango, las familias indicaron que ya no consumen frijol, la comida se reduce a tortilla de maíz y pocas hojas verdes (chipilín).

Zona VIII, producción de granos básicos y frontera con Honduras y El Salvador

- La primera fuente de ingreso de estas familias es la agricultura.
- En cinco de las siete comunidades visitadas de esta zona, se indicó que las familias tienen todavía pocas reservas de alimentos.
- Han reducido su consumo de maíz de 7 libras/5 personas a 6.5 libras/5 personas, lo que equivale a una reducción en la ingesta de aproximadamente 160 Kcal/persona/día.

Municipios con prevalencia de desnutrición menor a 60% y menor vulnerabilidad

Zona IX, producción de granos básicos y venta de mano de obra

- Algunas comunidades, especialmente en los Municipios de Rabinal y Cubulco, han sido afectadas por sequía persistente desde hace 3 años.
- En la mayoría de comunidades visitadas (5 de 6) las familias no tienen reservas de alimentos, en muchos casos la cosecha duró solamente un mes.
- Las familias han reducido su consumo de maíz de 7/5 personas/día a 6 libras, lo que equivale a 320 kcal/persona/día menos de ingesta de energía.
- Se consumen menor variedad de alimentos, especialmente ha disminuido el consumo de verduras, hojas verdes y frejol.

Zona XI, Zona cafetalera en transición

- La no recuperación del precio del café ha afectado seriamente los ingresos de las familias de esta zona.
- Familias altamente dependientes de la compra de alimentos, han reducido su consumo de maíz de 7 libras a 6 libras/5 personas/día (320 kcal/persona menos de consumo).
- En algunos municipios como en Cuyotenango (Aldea La Maquina) hay indicios de incremento de la desnutrición aguda.

Zona XII, Agroindustria de exportación y caña

- Las familias dependen de los ingresos del trabajo en la zafra de caña y el corte de café para comprar alimentos.
- Fueron afectadas por la sequía del 2004, pero también los efectos de la crisis del café persisten, pues han tenido que soportar mayor migración en busca de mano de obra.
- La migración a USA y México ha aumentado significativamente, en esta zona.
- En el total de las 5 comunidades visitadas de esta zona, la mayoría de familias no tienen reservas de alimentos. Los alimentos de la última cosecha alcanzaron solamente 2 meses en comparación a los 4-5 meses que duran en tiempos ‘normales’. Han reducido su consumo de maíz en una libra diaria (320 Kcal/persona menos).
- Han reducido la variedad de alimentos que compran y consumen especialmente alimentos de origen animal (huevos y carne)

d. Acceso a alimentos

Fuentes de Ingreso

La mayoría de familias en todos los grupos de medios de vida, depende solamente de dos fuentes de ingresos:

- La producción agrícola de subsistencia, y el
- El trabajo como jornalero en la actividad agrícola, dentro y fuera de la comunidad (zafra de caña, corte de café)

Al ser dependientes de un limitado número de fuentes de ingreso, son altamente vulnerables a cualquier cambio o situación de crisis.

Ambas fuentes de ingreso fueron afectadas seriamente por las crisis naturales y económicas:

- La sequía y heladas 2004, disminuyeron drásticamente la producción agrícola. Como ejemplo, las cosechas de maíz del año pasado solamente alcanzaron para cubrir 4 meses y no los 6-7 meses normales, de modo que en mayo muchas familias ya no tienen reservas y necesitan comprar los alimentos básicos
- La crisis del café iniciada en 2000-2001, se mantiene, esto determinó menor contratación de personal. Antes de la crisis, el cultivo de café era la principal fuente de ingresos para 32% de las comunidades, ahora es solamente para el 19%

TABLA 6: Cambios en las fuentes de ingreso de las comunidades visitadas

Fuente principal de ingresos	Porcentaje de comunidades donde se reportó (N=48)	
	Actualmente	Hace 3 años
Jornaleo en fincas	54.8	61.2
Agricultura, cultivo café	19.4	32.4
Migración a USA y ciudades	16.1	6.7
Otros	10.0	

Fuente: Entrevistas a líderes comunales en los municipios visitados.

- El salario también disminuyó, antes se pagaba por quintal de café cosechado, ahora se paga Q.15-25 por día. Este salario equivale casi a la mitad del salario rural mínimo mensual que es de Q. 45.00. Además se indicó que en muchos casos se paga a un miembro de la familia aunque sean varios los miembros de las familias que trabajen. El salario que obtienen mensualmente las familias en el trabajo en las fincas costeras es alrededor de Q. 600-800². Considerando el requerimiento diario de aproximadamente 8 libras de maíz y 2 libras de frijol por familia de 6-7 miembros, y tomando en cuenta los precios actuales de 1.25 Q./lb de maíz y 3.5 Q./lb de frijol, este salario apenas alcanzaría para cubrir la compra de estos dos productos.
- Esta situación, además ha ocasionado un incremento en la migración a Estados Unidos y las ciudades, especialmente en las zonas cafetaleras.

² Aprox. US\$ 78-105 (Tasa de cambio 7.6 Q/US\$)

Fuentes de alimentos

La compra es la principal fuente de adquisición de alimentos para la mayor parte de familias. El peso de la compra es mayor en aquellas familias con menor cantidad de tierras: Santa María Ixtahuacán y algunas áreas de la zona V como San Lucas Tolimán.

TABLA 7: Fuentes de alimentos de la mayoría de familias en comunidades visitadas, por zona de medios de vida

Fuente	Porcentaje del total de alimentos consumidos por la mayoría de familias, que proviene de cada fuente, en opinión de los informantes claves hombres y mujeres en las 48 comunidades visitadas						
	Zona V Huehuetenang, Quiché, Totonicapán, Solola, San Marcos	Zona VI San Marcos, Huehuetenango	Zona XI Santa Rosa, Quetzaltenango	Zona XII Retalhuleu	Zona VIII Chiquimula, Jutiapa	Zona IX Baja Verapaz	Total en todas las zonas
Producción propia	27.5	25	15	20	30.0	33.5	25.2
Compra	69	67.5	80	70	60.0	65	68.6
Ayuda alimentaria	1	5	5	2.5	3.0		3.3
Recolección				3	2.0		2.5
Otros, trueque	2.5	2.5	0	4.5	5	1.5	2.7
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Entrevistas a líderes comunales hombres y mujeres

e. Consumo de alimentos

Diversidad dietaria

- La dieta de la mayoría de familias es eminentemente vegetariana, siendo el maíz, el alimento básico principal, que se consume a diario. La dieta se complementa con poca cantidad de leguminosa (frijol) y verduras, dependiendo de la capacidad de compra.
- El consumo de alimentos de origen animal y frutas es muy bajo tanto en frecuencia como en cantidad. De entre estos alimentos, el huevo es el alimento que más se consume.
- Es destacable el consumo diario de azúcar y también la alta frecuencia de consumo de paplinas (chips), galletas y otro tipo de alimentos procesados, especialmente por los niños. Estos alimentos están disponibles en las tiendas de cada comunidad.
- Las familias no disponen de alimentos adecuados para bebés, especialmente entre los 6 meses y un año. Además la forma de preparación de los alimentos comúnmente utilizados no es la más adecuada para cubrir los requerimientos de este grupo de edad.
- Los programas de ayuda alimentaria distribuyen mayormente raciones de alimentos para la familia y no alimentos especialmente dirigidos al grupo de menores de 3 años, con excepción del CSB que tampoco es bien utilizado, pues se prepara mayormente en forma de atoles diluidos.

TABLA 8: Frecuencia de consumo de principales grupos de alimentos

Grupo de alimentos	Frecuencia de consumo	Observaciones
Cereales básicos (maíz)	Diario	
Pan, fideos	1 vez por semana	
Leguminosas (frijol)	3-5 veces por semana	
Carnes, pollo	1-2 veces por mes	
Leche y derivados	rara vez	
Huevos	1-2 veces por semana	
Verduras (cebolla)	3-5 veces por semana	
Hojas verdes	1-2 veces por semana	Cuando no hay dinero para comprar frijol se consumen estas hojas
Frutas	1 vez por mes	
Aceite	3-5 veces por semana	Mayor frecuencia cuando proviene de ayuda alimentaria
Azúcar	Diario	
Otros (chile, café)	Diario	
Bebidas, refrescos, galletas, dulces	1-2 veces por semana	Consumen los niños
Tubérculos (papa)	1 vez por mes	

Fuente: Entrevistas a líderes comunales hombres y mujeres

f. Alimentación del niño menor de tres años

- Coincidente con los patrones reportados en la ENSMI, el 50% de las familias, introducen ya en los primeros tres meses de edad diferentes tipos de líquidos, mayormente agua azucarada. Estos líquidos se ofrecen principalmente en biberón. La introducción temprana de alimentos se reportó mayormente en los municipios de Sololá, Santa Rosa, Chiquimula y Jutiapa.
- A partir de los 6 meses y hasta los 12 meses, la alimentación complementaria está basada mayormente en líquidos o preparaciones de baja densidad energética y de nutrientes (atoles) y mínimas cantidades de otros alimentos como tortillas o frijol. Si bien algunas familias ofrecen huevo u otro tipo de alimentos, estos también son en muy poca cantidad y solamente cuando están disponibles.
- La frecuencia de alimentación (2-3 veces por día) especialmente en el grupo de 6-12 meses tampoco es adecuada considerando el tipo de preparaciones de baja densidad de energía y nutrientes que se ofrecen al niño.
- Condiciones higiénicas inadecuadas. Un tercio de las familias (según ENSMI 2002) ofrecen biberón, lo cual representa un mayor riesgo de contaminación; mientras que la mayoría de alimentos sólidos se consumen con la mano y en el suelo.
- Las familias más pobres tampoco tienen suficientes utensilios como platos, cucharas para dar de comer a los niños individualmente.

TABLA 9: Lactancia y alimentación complementaria y uso de biberón para niño/as menores de tres años a nivel nacional

Porcentaje de niño/as menores de tres años de edad, que recibieron alimentos específicos en las 24 horas anteriores a la encuesta, según edad en meses. ENSMI-2002

Edad en meses	Lacta exclusivamente	Fórmula para bebé	Otras leches	Otros líquidos	Carne/ave /pescado /huevo	Harina/ cereal/ arroz	Otros sólidos	Pacha (biberón)	Número de casos
0-3	59.0	10.2	7.6	35.2	0.4	1.2	2.5	21.8	331
4-6	33.6	8.8	10.3	57.5	10.3	10.1	33.7	30.7	270
7-9	7.5	3.6	15.5	86.2	44.1	41.7	80.2	32.1	234
0-5	53.5	10.6	8.5	39.9	1.1	4.1	8.3	24.7	497
Total 0-35 meses	16.4	5.2	17.0	78.7	46.6	38.1	70.3	30.2	1909

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI 2002). Instituto Nacional de Estadística, Guatemala

TABLA 10: Patrones de alimentación complementaria en las comunidades visitadas

Edad del niño	Tipo de alimentos recibidos	Cantidad, frecuencia, forma
0-4 meses	Lactancia materna	
4-6 meses	Continua lactando En 50% de las comunidades se ofrecen líquidos: agua azucarada, café, atol	En biberón (pacha) 2-3 veces por día
6-9 meses	Continua lactando Líquidos: atol, caldo de frijol Sólidos como tortilla	2-veces por día Bocados de tortilla, con la mano
12 meses	Continua lactando Líquidos: atol, sopa de frijol, caldo de hierbas Sólidos: Frijol cocido, tortilla	En taza 3 veces por día Come con la mano
24 meses	Algunos niños ya no lactan, especialmente si la madre espera otro bebé Come igual que el resto de miembros de la familia	

Fuente: Grupos focales con mujeres y visitas a familias

g. Situación de salud, agua y saneamiento

- Las infecciones respiratorias y las diarreas, son las primeras causas de morbilidad en los niños menores de 5 años en los municipios del ámbito del OPSR (Tabla 11). La época de mayor prevalencia de enfermedades es el invierno (mayo-septiembre). En las visitas a los hogares, se encontraron casos de niños menores de 2 años que habían tenido hasta 2 episodios de diarrea en el mes anterior.

TABLA 11: Principales causas de morbilidad en niños, en los municipios visitados. Datos de los centros de salud para el año 2004.

Municipio/ Area	Edad	Porcentaje de niños sobre el total de casos atendidos					Total casos atendidos
		Diarreas	Infecciones Respiratorias	Enfermedades de la piel	Anemia	Desnutrición	
Jutiapa	1-4 años	17.17	42.76	8.0			4479
	< 1 año	18.07	40.56	9.2			1970
Comitancillo	1-4 años	14.25	43.35	5.8	5.1	0.7	3340
	< 1 año	13.76	40.32	7.5	0.6	0.6	2158
Rabinal	1-4 años	2.76	42.29	2.0	0.5		1700
	< 1 año	6.71	55.86	6.6	1.4		700
San Bartolomé Jocotenango	1-4 años	26.78	23.67				
	< 1 año	33.86	70.17				
Area Ixil	1-4 años	18.03	35.58	0.68	3.24		
	< 1 año	24.73	54.80	1.08	3.91		

Fuente: Información proporcionada por los Centros de Salud de municipios visitados

- **Elevado número de niños por familia**, especialmente en los segmentos más pobres. El promedio de hijos vivos por familia es de 5.5 en el ámbito de las comunidades visitadas y el promedio de niños menores de 3 años es de 1.6.
- **Embarazos a muy temprana edad y con muy corto período intergestacional.** Se reportaron casos de mujeres que tienen hasta 15 partos. Guatemala es el segundo país con la menor edad del primer embarazo en Latinoamérica
- El acceso a agua dentro de la vivienda ha mejorado en el ámbito del OPSR, se estima que el 70% de las familias tienen agua en la vivienda. Sin embargo en muchas comunidades la cantidad de agua es insuficiente y el suministro no es permanente, especialmente en la época de estiaje.
- Sin embargo, tener agua en la vivienda no es suficiente para asegurar un medio ambiente saludable, sino se sabe utilizar y sobretodo manejar adecuadamente las aguas residuales. En las visitas a las aldeas se pudo comprobar que en muchas viviendas las aguas servidas y la basura formaban charcos de lodo en el patio (lugar donde juegan los niños) siendo estos uno de los principales focos de infección para los niños pequeños.

CONCLUSIONES

- El análisis de los datos secundarios de desnutrición, para los municipios visitados en la presente evaluación, corrobora la tendencia al incremento en las tasas de desnutrición crónica mostradas a nivel nacional. En algunos de los municipios visitados, particularmente en las zonas más pobres del altiplano (caso Quiché) las tasas de desnutrición crónica en menores de 3 años, llegan a niveles tan altos como 82%, cifra que es superior al promedio de 66.2%, encontrado en el estudio de línea de base del OPSR en 2003. A nivel nacional, según el Censo de Talla en Escolares (2001), cerca de la mitad de los municipios del país presentan niveles de desnutrición crónica mayores al 60%. Esta evidencia la precaria situación alimentaria y nutricional de la mayor parte de la población guatemalteca, y pone en riesgo el futuro del capital humano y por tanto la capacidad de desarrollo del país.
- Los diferentes eventos negativos, tanto naturales como económicos podrían explicar en parte estas tendencias. La crisis del café que inició con la caída de los precios en 2001, hizo que a partir de 2002 la producción cayera sustancialmente sin lograr recuperar sus niveles anteriores hasta el presente año. Esta crisis afectó a la mayor parte de la población pobre del país, especialmente a aquellos municipios, donde las familias dependen del empleo proporcionado por la industria del café como estrategia de sobrevivencia y que a su vez son los que presentan mayores prevalencias de desnutrición (Huehuetenango, Quiché, San Marcos, Sololá, Totonicapán).
- Al mismo tiempo en el año 2004 el clima fue adverso para la producción agrícola de subsistencia de los mismos municipios, ocasionando una disminución de la provisión de alimentos en los primeros meses de este año. La mayoría de familias no tienen reservas de alimentos y han disminuido su consumo de maíz de 6-7 libras a 5-6 libras por día, lo que equivale a una disminución del consumo en cerca de 320 Kcal/persona/día. Esta situación se estima que continuará así hasta las próximas cosechas de septiembre-octubre, siempre que las condiciones climáticas y sobretodo la “canícula” en agosto no se prolongue.
- La suma de estos eventos adversos, ha puesto en riesgo incluso a municipios con menores prevalencias de desnutrición crónica, pero que por diversas características (mayor prevalencia de enfermedades, p.e. rotavirus) ya presentan tasas de desnutrición aguda superiores al promedio nacional y donde estos últimos meses ya se muestran tendencias de un incremento de los casos de desnutrición aguda. Tal es el caso de aldeas en el Municipio de Cuyotenango (Suchitepequez) y determinados municipios en los departamentos de Retalhuleu, Totonicapán, Chiquimula y Santa Rosa.

Factores determinantes de la desnutrición en Guatemala

- La desnutrición es producto de la interacción de muchos factores, que incluyen hábitos y actitudes individuales y a nivel del hogar, infraestructura comunitaria, medio ambiente cultural y natural, las políticas nacionales y las condiciones económicas. Algunas de los factores causales más importantes en el ámbito del OPSR son:

Inadecuado acceso a alimentos

- El problema de desnutrición crónica está claramente ligado al inadecuado acceso a alimentos en cantidad y variedad. En la mayoría de hogares de los municipios en el área del OPSR continua siendo deficitaria. En promedio el 75% de la población de estos municipios se encuentran en situación de pobreza y 13% están en extrema pobreza. La mayoría de familias depende solamente de dos fuentes de ingresos (monetarios y no monetarios): la producción agrícola de subsistencia y los ingresos provenientes de la venta de mano de obra no calificada. Los ingresos así obtenidos no son suficientes para comprar la cantidad y variedad apropiada de alimentos, especialmente para cubrir las necesidades nutricionales de los individuos más vulnerables (niños pequeños y mujeres en período de lactancia y embarazadas).

Inadecuadas prácticas de alimentación del niño

- Además que el acceso es inadecuado, las familias no utilizan los alimentos que disponen, incluyendo los productos fortificados donados, de la forma más apropiada para los niños. Especialmente a partir de los 6 meses, la mayoría de familias ofrecen a los niños preparaciones líquidas de baja densidad de energía y nutrientes (agua azucarada y atoles). Muchas madres ofrecen estos alimentos en biberones sucios, con el consiguiente riesgo de infección.

Insuficiente educación nutricional

- Las inadecuadas prácticas de alimentación, se deben en mayor parte al desconocimiento de los requerimientos de los niños y la falta de programas apropiados de información y educación en nutrición e higiene.

Alta prevalencia de enfermedades infecciosas

- Principalmente diarreas e infecciones respiratorias. Se asocia básicamente al medio ambiente insalubre en que viven las familias. Pese a contar con agua en la vivienda, ésta no es bien utilizada. Por otro lado la falta de servicios sanitarios o letrinas y el hacinamiento son otros factores que predisponen a los niños a frecuentes infecciones.

Estado nutricional de la mujer, embarazos a temprana edad y período intergestacional muy corto.

- El 22% de mujeres embarazadas sufre de anemia (2), condición que afecta el desarrollo del bebé ya en el vientre materno. Por otro lado, especialmente en las áreas rurales más pobres, las niñas tienen su primer embarazo a temprana edad (15 años en algunas de las áreas visitadas). Los posteriores embarazos se dan después de períodos cortos (1 año y medio a 2 años). Lo que determina un elevado número de hijos por familia (el promedio de hijos por familia en las zonas visitadas es 5.5).
- Además de estos factores, otros como la educación de la madre, el conocimiento del idioma español y la pobreza son determinantes de la desnutrición crónica, según los diversos estudios realizados en el país.

Intervenciones

- Con excepción de los programas financiados por USAID y el programa Creciendo Bien, la mayoría de las intervenciones no tiene objetivos nutricionales ni tiene como grupo objetivo a los niños menores de 3 años, ni mujeres embarazadas y lactantes.
- El sector salud, es la institución responsable de las intervenciones en nutrición y salud. Pero pese a los avances logrados en la cobertura de los programas, presenta muchas limitaciones, especialmente si se trata de programas referidos a nutrición:
 - La atención de salud por parte de personal institucional, solamente llega al 40% de la población (7), el resto se cubre mediante las entidades prestadoras de servicios y personal comunitario, bajo el esquema denominado “Extensión de cobertura”.
 - La atención de salud bajo el sistema de extensión de cobertura es mayormente curativa, con poco énfasis en las acciones de prevención y promoción (con excepción de las inmunizaciones y suplementación con micronutrientes). El aspecto nutricional, pese a estar considerado en las normas de AIEPI (Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia), en la práctica se limita a la detección de casos de desnutrición aguda grave y tiene casi la última prioridad.
 - Los facilitadores y vigilantes comunitarios, en su mayoría hombres, tienen poco nivel educativo y conocimientos muy limitados o nulos de nutrición.
 - Además, por el lado de la demanda hay una sub-utilización de los servicios de salud por parte de la población. Así por ejemplo, en el 40% de las comunidades visitadas la población prefiere automedicarse o acudir al curandero en caso de enfermedad y solamente en 27% de las comunidades las madres llevan a los niños menores de tres años al Centro de Salud para el control mensual de peso. Finalmente según los datos del Banco Mundial (1) cerca de un cuarto de las mujeres embarazadas en las áreas rurales de Guatemala no tienen ningún tipo de control pre-natal.
 - Referente a la educación nutricional, el personal institucional de salud tiene en su mayoría conocimientos actualizados y adecuados de nutrición, sin embargo hay áreas donde particularmente, el personal contratado por las prestadoras de servicios tiene muy pocos conocimientos en este tema. Por otro lado, la calidad y la metodología de la poca orientación nutricional que se ofrece no es adecuada, se limita mayormente a charlas explicativas, con mensajes generales y poco prácticos. Pese a existir material educativo en nutrición en los centros de salud, este no está adecuado para el trabajo con personas mayormente analfabetas.
 - En algunas zonas y con apoyo de ONGs, por ejemplo Save the Children, se han capacitado mujeres líderes o madres guía, que tienen a su cargo el monitoreo de crecimiento así como parte de las acciones de educación nutricional en cada comunidad. Esta podría ser una experiencia interesante para replicar.

- Finalmente, el problema nutricional es percibido como altamente preocupante por las autoridades y personal del Sector Salud en los diferentes niveles (nacional, regional, local). Sin embargo otros sectores e instituciones como los Gobiernos Municipales (Alcaldes) tienen menor preocupación por este problema y aun no están muy involucrados en acciones tendientes a mejorar la seguridad alimentaria y nutricional de la población.

5. RECOMENDACIONES

1. Intervenciones

La evaluación reconoce que la precaria situación alimentaria nutricional en Guatemala esta relacionada tanto con las crisis naturales y económicas de los últimos años pero también con las condiciones de pobreza e inseguridad alimentaria crónicas que afectan a segmentos importantes de la población por largo tiempo. En este contexto, la respuesta frente a la inseguridad alimentaria nutricional requiere medidas de corto y largo plazo. En este sentido, las intervenciones alimentarias constituyen una alternativa pero deben:

- Estar adecuadamente focalizadas, tanto geográficamente como hacia los individuos más vulnerables
- Estar en combinación con otro tipo de intervenciones dirigidas a superar las otras causas de la inseguridad alimentaria y desnutrición.

2. Intervenciones en el corto plazo

2.1 Alimentación terapéutica (a través de centros de recuperación nutricional del sector salud) para recuperación de niños con desnutrición aguda en municipios con prevalencias de desnutrición aguda por encima del promedio nacional y que hayan sido afectados por sequía, inundaciones y otros eventos climáticos adversos en el 2004. Según estos criterios, aproximadamente 76 municipios tendrían que ser vigilados (Ver Mapa en Anexo III). Pero, debido a que la población con desnutrición aguda esta tan dispersa, se recomienda que para la focalización final y selección de lugares se realice un estudio nutricional basal, conjunto con el Sector Salud, las entidades prestadoras de servicios de salud y ONGs.

2.2 Atención integral de alimentación y salud en zonas con alta prevalencia de desnutrición crónica

Con el objetivo de romper el ciclo inter-generacional de la desnutrición crónica, y prevenir un mayor deterioro del estado nutricional, se recomienda la distribución general de un alimento complementario fortificado a todos los niños menores de 3 años y mujeres embarazadas y en período de lactancia en los municipios donde las prevalencias de desnutrición crónica son mayores al 60% y con mayor vulnerabilidad a inseguridad alimentaria.

Sin embargo este programa debe estar ligado necesariamente a:

- UN COMPONENTE DE EDUCACION EN NUTRICION E HIGIENE!
- ATENCION INTEGRAL DE SALUD, MONITOREO DEL CRECIMIENTO y
- DESPARASITACION
- En lo posible ir conjunto con acciones orientadas a mejorar el acceso a agua y saneamiento y el acceso a alimentos.

2.3 Recomendaciones para la Implementación de la atención integral de alimentación y salud

a. Características del producto fortificado:

- Base maíz con complemento proteico vegetal (soya)
- Composición nutricional de acuerdo a normas del PMA y el Codex Alimentarius
- De preferencia de sabor neutro, de manera que la madre pueda mezclar con diferentes productos y variar el sabor. NO AZUCAR
- Producto pre-cocido, casi listo para su consumo que no necesite mucho tiempo de preparación
- De preferencia de producción local
- Envase atractivo, que le de “status” al producto
- Ser costo-efectivo, de manera que en el futuro el Gobierno pueda asumir el programa.
- El producto deberá ser elegido por una comisión del Gobierno.
- **Ración:** Teniendo en cuenta el factor de dilución intrafamiliar, se recomienda una ración de 100 g. de producto fortificado para niños entre 6-36 meses y 120 g. para madres embarazadas y en período de lactancia. Las mujeres embarazadas recibirían una ración a partir del segundo trimestre del embarazo y las lactantes durante los primeros seis meses de lactancia exclusiva. Sin embargo, la comisión del Gobierno deberá definir las raciones finales, como norma del Ministerio de Salud. Las raciones se distribuirán cada dos meses en la comunidad.

b. Educación Nutricional:

- La educación nutricional deberá estar dirigida a madres embarazadas y con niños menores de tres años, en cada comunidad.
- La educación nutricional debe estar orientada no solamente a “enseñar” a preparar la papilla sino brindar mensajes prácticos sobre:
 - Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses
 - Consistencia de las comidas para niños
 - Frecuencia de consumo adecuada para el niño
 - Uso de plato y cuchara (sería bueno dar como incentivo estos utensilios)
 - Alimentación durante y después de la enfermedad
 - Higiene, utilización adecuada del agua
- Se necesitará revisar los materiales de educación nutricional existentes, para seleccionar aquellos que sean apropiados y en caso necesario adaptarlos para personas en su mayoría analfabetas y en las diferentes lenguas locales.
- En el diseño de los mensajes educativos se debe tomar en cuenta tanto las causas de las actuales prácticas alimentarias, la existencia de prácticas positivas de la propia comunidad así como las limitaciones (falta de tiempo, recursos) que tienen las madres y cuidadores para alimentar a los niños.

- La educación inter-personal se deberá reforzar también con información a través de medios masivos, principalmente radio

c. Atención de salud, monitoreo del crecimiento y desparasitación

- La atención de salud estará a cargo de la red de servicios de salud y extensión de cobertura.
- Se recomienda el monitoreo del crecimiento mensual de los niños, mediante el seguimiento de la ganancia de peso. No solamente con fines de monitoreo y evaluación del programa, sino sobretodo con el fin de dar un seguimiento individualizado a los niños, permitiendo identificar a tiempo algunos problemas de salud que necesiten tratamiento y brindar consejería nutricional de acuerdo al crecimiento del niño.

d. Responsables de ejecución

- El principal responsable de la ejecución del programa debe ser el Ministerio de Salud, incluyendo el sistema de Extensión de Cobertura (entidades prestadoras de salud y personal comunitario). Tendrá los siguientes roles:
 - Rol Normativo
 - Ejecutor hasta cierto nivel:
 - Entrenamiento a personal comunitario en aspectos de nutrición, salud
 - Organización y supervisión de la distribución de alimentos a nivel del puesto/centro de salud
 - Brindar atención de salud en todos los niveles
 - Integrar a las prestadoras de servicios de salud
- Personal comunitario (madres guía, vigilantes de salud, parteras tradicionales, comité de salud):
 - Transporte y distribución de alimentos a nivel comunal cada dos meses ,
 - Monitoreo mensual del crecimiento de los niños
 - Sesiones de educación nutricional mensuales para mujeres embarazadas y madres con niños menores de 3 años
- Se requerirá un fuerte componente organizativo y de entrenamiento para capacitar al personal comunitario en la distribución de raciones, monitoreo de crecimiento, así como mensajes clave de nutrición y técnicas de consejería. Por otro lado se recomienda simplificar los formularios de distribución a fin de que puedan ser manejados por este tipo de personal.
- ONGs y otros socios: Dependiendo de cada lugar, especialmente en aquellos lugares donde la capacidad institucional del sector salud es limitada se podría establecer convenios y alianzas para la ejecución del programa.

e. Componentes

e.1 Alimentación terapéutica para tratar casos de desnutrición aguda.

76 Municipios afectados por eventos climáticos adversos en el 2004, aproximadamente 10,000 niños menores de 5 años. Cifras finales deben ser confirmadas después de un estudio nutricional.

e.2 Distribución general de producto fortificado a todos los niños entre 6-36 meses y mujeres embarazadas y lactantes, en aquellos Municipios con mayores prevalencias de desnutrición crónica:

	Numero de Municipios	Niños	Mujeres embarazadas y Lactantes	Total Beneficiarios Potenciales
Primer año (2005)	48 Municipios (Incluyendo 33 de los 41 Municipios priorizados por el Gobierno)	212000	218000	430000
(2006-2007)				
Prioridad I: Municipios desnutrición mayor a 60% y alta vulnerabilidad	81 Municipios	325000	328000	653000
Prioridad II Municipios con desnutrición Entre 59-50% y alta vulnerabilidad	17 Municipios	67000	71000	138000
Prioridad III Municipios con desnutrición mayor a 60% y media a baja vulnerabilidad	27 Municipios	95000	94000	189000
Prioridad IV Municipios con desnutrición entre 59-50% y media-baja vulnerabilidad	45 Municipios	185000	185000	370000

La selección de las áreas definitivas se debiera hacer después de una evaluación de las capacidades institucionales en cada Municipio. Lista completa de los municipios según categorías se encuentra en el Anexo.

e.3 Alimentos por capacitación

Para las mujeres que hayan participado al menos en 80% de las sesiones educativas en un período de 6 meses y que hayan utilizado el producto fortificado adecuadamente, se les ofrecerá un galón de aceite cada 6 meses

e.4 Alimentos por monitoreo y desarrollo de capacidades

El personal comunitario responsable, recibirá una ración mensual de maíz o aceite equivalente a cuatro días de jornal por realizar las acciones de monitoreo de crecimiento, distribución de raciones y educación nutricional. Un trabajador o trabajadora comunitaria por cada 25 familias

3. Intervenciones en el Mediano y largo plazo

- Ampliar la cobertura de acceso al agua y letrinas u otro tipo de servicio sanitario
- Ampliar la cobertura y calidad de los programas de salud reproductiva/planificación familiar
- Mejoramiento del acceso a la educación formal en especial de los grupos indígenas y las niñas.
- Promoción y diversificación de actividades generadoras de ingresos, en especial para las mujeres.
- Acciones de conservación de suelos y agua así como mejoramiento y diversificación de la producción agrícola.

4. Recomendaciones para los diferentes actores

Estado y Gobierno:

- El Gobierno debe iniciar lo más pronto posible en el diseño de la Estrategia Nacional de Erradicación de la Desnutrición Crónica. La estrategia deberá comprender planes para implementar las acciones de corto y largo plazo sugeridas en la presente evaluación y en el Taller Intersectorial.
- La conformación de una plataforma interinstitucional, entre Ministerios, Agencias Internacionales, ONGs y Donantes es necesaria para viabilizar la implementación de las acciones planteadas en la estrategia antes mencionada. La SESAN sería la instancia que convoque y lidere el proceso de coordinación y conformación de esta plataforma. Asimismo a nivel local se necesita que los Gobiernos Locales (Alcaldías) comiencen a tener mayor responsabilidad y protagonismo en las acciones para enfrentar la desnutrición.
- Se recomienda asimismo abordar las causas subyacentes de la inseguridad alimentaria y desnutrición crónica en el mediano y largo plazo, y romper el enfoque de tratar de resolver problemas crónicos mediante respuestas de emergencia. En este sentido, se necesita invertir en las áreas más pobres del país para reducir la pobreza y la vulnerabilidad. En el mediano plazo se podría también contemplar el desarrollo de redes de protección social para proteger a la población más vulnerable de las crisis recurrentes, mientras se desarrollan iniciativas que promuevan el mejoramiento de los medios de vida.
- Considerando, finalmente que los problemas de inseguridad alimentaria crónica, requieren intervenciones continuas por un período relativamente largo de tiempo, es importante que el Estado, con apoyo de la comunidad internacional asuma el compromiso de dar continuidad a las intervenciones iniciadas al menos por un período de 10 años.

PMA

- Reorientar el actual PRRO, concentrando la atención en los municipios con mayores prevalencias de desnutrición crónica, pero al mismo tiempo manteniendo con el componente de socorro, vigilancia en los municipios recientemente afectados por la sequía.
- Realizar conjuntamente con las entidades correspondientes del Gobierno un estudio nutricional en niños menores de 3 años en el ámbito del actual OPRS en una muestra representativa, que permita desagregación a nivel municipal. Este estudio servirá como línea de base para evaluar el efecto del programa pero también permitirá una mejor focalización.
- Mantener una campaña de abogacía conjunta con las entidades del Gobierno para involucrar a la comunidad internacional y otras instituciones en las acciones para enfrentar con carácter de urgencia el problema de desnutrición crónica.

BIBLIOGRAFIA

1. Gragnolati, M., Marini, A. (2003): Health and Poverty in Guatemala. World Bank, Policy Research Working Paper 2966.
2. Instituto Nacional de Estadística (2002): Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, ENSMI-2002. INE, Guatemala.
3. Instituto Nacional de Estadística (2002): Lugares Poblados con base en el XI Censo de Población y VI de Habitación 2002. INE, Guatemala.
4. Marini, A., Gragnolati, M. (2003): Malnutrition and Poverty in Guatemala. World Bank, Policy Research Working Paper 2967.
5. Ministerio de Agricultura y Programa Mundial de Alimentos (2002): Identificación de Areas y Población Vulnerable a la Inseguridad Alimentaria (VAM-2002). Guatemala.
6. Ministerio de Educación, et. al. (2002): Segundo Censo Nacional de Talla, 16 al 20 de julio de 2001. Informe Final. Gobierno de Guatemala.
7. Ramírez, N. (2004): Perfil de Proyecto Nutricional. Programa Mundial de Alimentos, Guatemala (documento de trabajo)
8. Sistema de Naciones Unidas (2003): Situación de la Seguridad Alimentaria y Nutricional de Guatemala. Grupo de Seguridad Alimentaria Nutricional. Guatemala.
9. Sistema Mesoamericano de Alerta Temprana para Seguridad Alimentaria (MFEWS) Reportes Febrero 2005 y Octubre 2004.
10. USDA: Guatemala Coffee Annual 2000, 2002, 2003, 2004. Foreign Agricultural Service GAIN Report. Global Agriculture Information Network.
11. World Bank (2003): Poverty in Guatemala. Report No. 24221-GU. Poverty Reduction and Economic Management Unit. Human Development Sector Management Unit, Latin America and the Caribbean Region.
12. World Bank (2005): Guatemala, Country Economic Memorandum, Challenges to Higher Economic Growth. Central America Department. Latin America and the Caribbean Region.
13. World Food Program (2002): Protracted Relief and Recovery Operation Central America 10212.0. Project Document.
14. World Food Program (2004): Emergency Food Security Assessment Handbook. Final Draft. ODAN

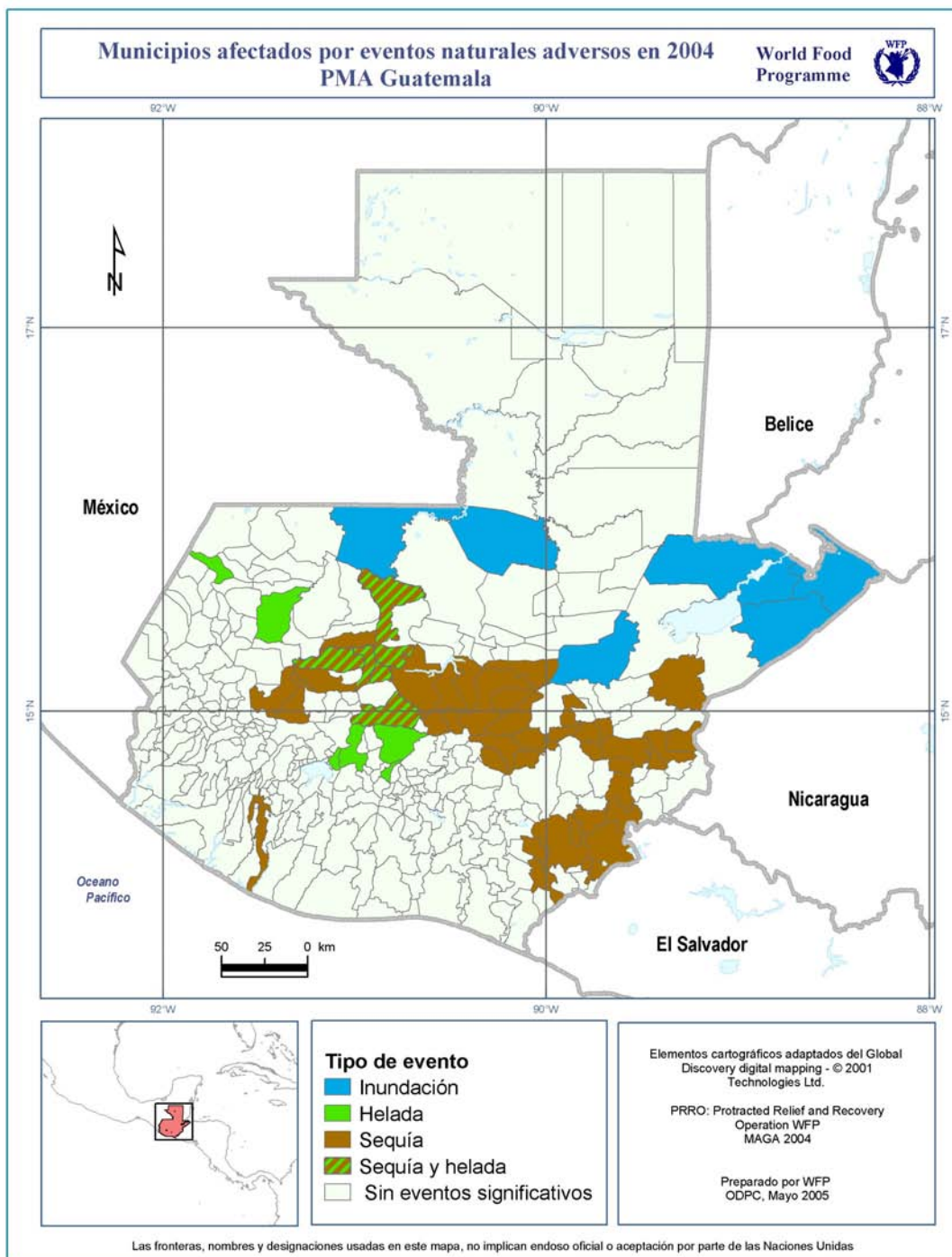
ANEXO I: Lista de comunidades visitadas

	Zonas de Medios de Vida	Departamento	Municipio	Comunidades
GRUPO I: Desnutrición crónica > a la mediana (50.9) y alta vulnerabilidad	ZONA V: Altiplano y Hortalizas	Huehuetenango	Santiago Chimaltenango	Rio Ocho Nilla
			Santa Bárbara	Chemiche Xoconilaj
			San Pedro Necta	Agua Blanca de Río Ocho
		Sololá	San Lucas Tolimán	Nueva Providencia Santiaguito
			San Juan la Laguna	Pan Llevar
		Quetzaltenango	Cajolá	Xecalbijoj Las Delicias
		San Marcos	Comitancillo	Tuixoque Tuiscajchis
		Tonicapán	Santa María Chiquimula	Xebe Patzam
			Santa Lucía La Reforma	Paraje Xejuyup Pamaria
			Momostenango	Xememeyá
	ZONA VI: Comercial Fronteriza con México	Huehuetenango	Jacaltenango	San Andres Huista Uitzobal
		San Marcos	Tajumulco	Tocuto Tuisquinque
	ZONA VIII: Granos Básicos y Frontera con Honduras y El Salvador	Chiquimula	Camotán	Tisipe Zarzal Shupá
	ZONA IX: Granos básicos y venta de mano de obra	Baja Verapaz	Rabinal	Pachacaj San Rafael
GRUPO II: Desnutrición crónica > a la mediana (50.9) y media a baja vulnerabilidad	ZONA V	Huehuetenango	San Mateo Ixtatan	Guaisna Bulej
		Quiche	Chajul	Chemal Chacalté
	ZONA IX	Quiche	Nebaj	Actxunbal Izalbal
	ZONA XI: Cafetalera en Transición	Quetzaltenango	El Palmar	Canton Calahua
GRUPO III: Desnutrición crónica < a med y alta vulnerabilidad	ZONA V	Quiche	San Bartolomé Jocotenango	Paquix
	ZONA IX	Baja Verapaz	Cubulco	Guaxilep Chimacho
GRUPO IV: Desnutrición crónica < a la mediana y baja vulnerabilidad	ZONA VIII	Santa Rosa	San Juan Tecuaco	El Tanque
		Jutiapa	Comapa	San Francisco Escuinapaj San Miguel
	ZONA XI	Santa Rosa	Santa María Ixhuatan	Buena Vista Canton La Filita
	ZONA XII: Agroindustria de Exportación	Retalhuleu	El Asintal	El Centro Dolores
			San Sebastián	San Luis
			San Andres Villa Seca	Nueva Belén San José El Alto

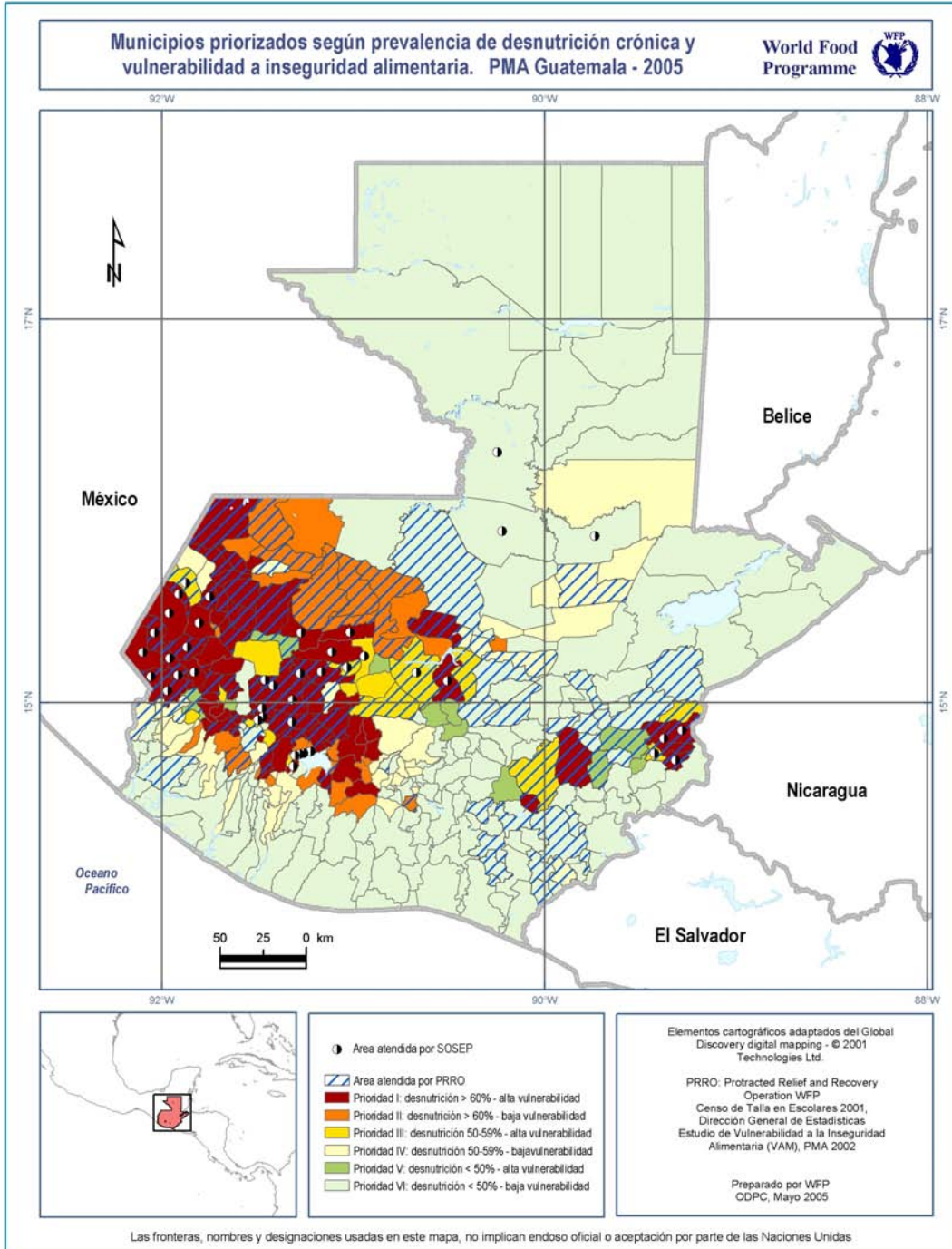
ANEXO II: Lista de personas contactadas

Nombre	Institución, Cargo
Ing. Juan Lee	Director Nacional MFEWS, Guatemala
Ing. Christian Alfaro	CONRED
Lic. Julia María Asturias	Food Aid Program Officer, USAID, Guatemala
Ing. Rudy Vasquez	Laboratorio de Información Geográfica, MAGA
Dra. Patricia Morales	Directora del Area de Salud Ixil
Dr. Abel Galvez	Proyecto Maya de Seguridad Alimentaria (PROMASA) Save the Children, Nebaj
Lic. Leonardo Argueta	Responsable de Monitoreo y Evaluación, Save the Children, Quiche
Lic. Irma Argueta, Lic. Pedro Ceto	Coordinador Extensión de Cobertura, Area Ixil
Sr. Antonio Campreco	Asistente Tecnico CARE, Huehuetenango
Dra. Brenda Saenz	Jefe de Area de Salud de Huehuetenango
Lic. Domingo Jimenez	Director Asociacion ASODECH, Huehuetenango
Lic. Ilce Ramirez	Enfermera, Santa Bárbara
Tec. Mateo Ramos	TSR, Centro Salud San Mateo Ixtatan
Dr. Rodolfo Rodas	Director Area de Salud Retalhuleu
Lic. Rosa Rodriguez	Centro Salud Nutricional Luis Amigo, Retalhuleu
Dra. Judith Trejo	Centro Salud San Juan Tecuaco
Sra. Natividad Dimas y Evangelina Molina	Auxiliares de Enfermeria Santa Maria Ixhuatan
Sra. Maria Pinzon	Encargada centro de distribución, Santa Maria Ixhuatan
Sr.Emilio Lopez	Facilitador FIS Jutiapa
Sr. Sergio Moreno	Facilitador FIS Jutiapa
Dr. Edgar Vanegas	CS camotan
Lic. Gladys Cambara	Enfermera, Area salud Jutiapa
Lic. Cesar Maldonado	Centro Salud San Andres Villa Seca
Lic. Sara Lopez	Centro Salud San Sebastián

ANEXO III



ANEXO IV



ANEXO V

