

Estrategia de
**Comunicación para el Cambio
Social y de Comportamiento de la
Gran Cruzada Nacional por la Nutrición**



**GOBIERNO de
GUATEMALA**
DR. ALEJANDRO GIAMMATTEI



**GRAN CRUZADA
NACIONAL
POR LA
NUTRICIÓN**



PRESENTACIÓN

La Comunicación para el Cambio Social y de Comportamiento es un eje fundamental para el abordaje de la malnutrición en el país y constituye una de las líneas de acción de la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición -GCNN-. Su propósito es desarrollar competencias necesarias en las personas para tomar decisiones y cambiar conocimientos, actitudes y prácticas para mejorar la nutrición, especialmente de niños y madres.

Como parte de la coordinación interinstitucional a cargo de la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia - SESAN- y la participación de los representantes de todos los sectores del país en la subcomisión del Comité de Enlace Técnico Interinstitucional -CTI, encargada de esta línea de acción, se llevó a cabo la construcción de la Estrategia Nacional de Comunicación para el Cambio Social y de Comportamiento.

La Estrategia ayudará a promover y generar espacios de diálogo y acción con la población para que ellos mismos comprendan y se apropien de la problemática, definiendo desde sus roles y responsabilidades las acciones concretas que ayuden a superar la situación apoyados de herramientas facilitadoras. Los lineamientos específicos de los conocimientos, actitudes y prácticas que deben ser promovidos en la comunidad y en la familia, serán brindados por cada una de las instituciones involucradas, según su experiencia y mandato, con el fin de promover mensajes estandarizados a través de los recursos humanos de cada institución.

Todo este proceso será complementado con las alianzas que se realicen en el nivel local y un sistema de monitoreo comunitario simple que involucre a la institucionalidad y a la comunidad para promover el involucramiento consciente y su identificación con el proceso de cambio, formando a mujeres y hombres que son líderes voluntarios en agentes de cambio de su comunidad.

La plataforma básica de la Estrategia Nacional de Comunicación de la GCNN está constituida por un análisis de situación de la comunicación en las líneas de acción de salud y nutrición; disponibilidad y acceso a una alimentación saludable, protección social, así como agua segura - saneamiento e higiene en todos los niveles del modelo socioecológico, acompañada de un marco conceptual que incluye las diferentes intervenciones que se llevan a cabo por parte de las organizaciones que integran la Subcomisión del CTI "Comunicación para el Cambio Social y de Comportamiento" de la GCNN y un formato estandarizado para planificación en CODESAN y COMUSAN de los comportamientos esperados, así como en toda entidad u organización que desee implementarla.

Integrantes

de la Subcomisión de Comunicación para el Cambio Social y de Comportamiento GCNN que participaron en la construcción de la Estrategia Nacional para el Cambio Social y de Comportamiento

- 1. René Oliva, Crecer Sano MSPAS
- 2. María Fernanda Cacao, PROEDUSA MSPAS
- 3. Glenda Velásquez, PROEDUSA MSPAS
- 4. Luis Ríos, PROEDUSA MSPAS
- 5. Yenifer García, PROEDUSA MSPAS
- 6. Benjamín Cush, INCOPAS
- 7. Eusebio Tomás, INCOPAS
- 8. Jeanina Ponce, INCOPAS
- 9. Jhessica Vidal, CONALFA
- 10. Edna Torres Perdomo, MINEDUC
- 11. Regina Sosa, MINEDUC
- 12. Ruby Girard, VISAN MAGA
- 13. Eliseo Chalí, VISAN MAGA
- 14. Irma Chavarria, PMA
- 15. Eunice López, PMA
- 16. Claudia Nieves, Breakthrough Action USAID
- 17. Eugenia Monterroso, Breakthrough Action USAID
- 18. Haydee Lemus, USAID Jhpiego
- 19. María Claudia Santizo, UNICEF
- 20. Eduardo Gularte, UNICEF
- 21. Alejandra Toledo, UNICEF
- 22. Ninoshka Lou, PiNN CATIE
- 23. Sandra Recinos, PiNN CATIE
- 24. María Marta Ramos, Alianza por la Nutrición
- 25. Edna Lima de Morales, Alianza por la Nutrición
- 26. Luz María Cabrera, World Vision
- 27. Celeste Bonilla, SESAN
- 28. Priscila García, SESAN
- 29. Claudia Godoy, SESAN
- 30. Rosa Elvira Pacheco, SESAN
- 31. Claudia Gómez, EPS de Nutrición
- 32. Karin Medrano, SESAN



SIGLAS, ACRONIMOS Y ABREVIACIONES

GCNN: Gran Cruzada Nacional por la Nutrición.

MSPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

PROEDUSA: Departamento de Promoción y Educación en Salud.

SIAS: Sistema Integral de Atención en Salud.

MIDES: Ministerio de Desarrollo Social.

MAGA: Ministerio de Agricultura y Ganadería.

MARN: Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales.

MINEDUC: Ministerio de Educación.

DIGEFOCE: Dirección General de Fortalecimiento de la Comunidad Educativa.

SESAN: Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

APS: Atención primaria en Salud.

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

INDECA: Instituto Nacional de Comercialización Agrícola.

INCOPAS: Instancia de Consulta y Participación Social.

ASORECH: Asociación Regional Campesina Ch'orti'.

SANTOLIC: Saneamiento Total Liderado por la Comunidad.

SINASAN: Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

SIINSAN: Sistema de Información Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

COMUSAN: Comisión Municipal de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

COCOSAN: Comisión Comunitaria de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

COCODE: Consejo Comunitario de Desarrollo.

USAID: US Agency for International Development (Agencia de Estado Unidos para el Desarrollo Internacional).

PMA: Programa Mundial de Alimentos.

CATIE: Centro Agronómico Tropical de Investigación y Enseñanza.

Proyecto PINN: Plataforma de Información Nacional sobre Nutrición.

UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

SVET: Secretaría Contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas.

SAN: Seguridad Alimentaria y Nutricional.

PAE: Programa de Alimentación Escolar.

OPF: Organizaciones de Padres de Familia.

TMC: Transferencias Monetarias Condicionadas.

CpD: Comunicación Para el Desarrollo.

CCSyC: Comunicación para el Cambio Social y de Comportamiento.

DMS: Distrito Municipal de Salud.

DCI: Desnutrición Crónica Infantil.

DA: Desnutrición Aguda.

EAN: Educación Alimentaria y Nutricional.

DAS: Dirección de Áreas de Salud.

CECODIT: Centros Comunitarios de Desarrollo Infantil Temprano.

CECODII: Centros Comunitarios de Desarrollo Infantil Integral.

CaC: Campesino a Campesino.

CADER: Centro de Aprendizaje para el Desarrollo Rural.

ONG's: Organizaciones No Gubernamentales.

CSC: Cambio Social y de Comportamiento.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

IRA: Infección Respiratoria Aguda.

ETAs: Enfermedades Transmitidas por Alimentos.

ENSMI: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil.

PLANEA: Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes.

ASECSA: Asociación de Servicios Comunitarios de Salud.

SIGSA: Sistema de Información Gerencial de Salud.

CONAFOR: Comisión Nacional Forestal.



La comunicación: Hecho humano y social

El enfoque de la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición tiene como punto de partida el sentido original de la comunicación, que etimológicamente se refiere a “compartir algo”, “poner en común”, dado que los cambios tienen más posibilidades de ocurrir cuando las personas comparten en este intercambio. Por otro lado, es importante establecer que el fenómeno de la comunicación se trata de un hecho intrínseco a la humanidad y a las sociedades. Es decir, son los seres humanos los que tienen la capacidad para establecer y darle un sentido a la comunicación. La comunicación, utilizando el lenguaje, tiene la función de facilitar las relaciones entre sujetos y existe, por tanto, desde inicios de la humanidad en las culturas occidentales como en las originarias de los pueblos de América. Por lo tanto, debe considerarse con mucho interés las formas originales y efectivas de comunicación que han venido funcionando desde los pueblos prehispánicos como la de “la interacción de individuo a individuo, la comunicación que tuvo lugar entre la persona y su grupo social” (Beltrán, pág. 79). Sin dejar de lado, la introducción de soportes materiales y tecnologías para facilitar este intercambio, que se dio con el pasar del tiempo: pintura, imprenta, telégrafo, radio, cine, televisión, internet, etc.

Es por ello, que en esta estrategia se establece como punto de partida que se trata de un hecho humano y social. Esto implicaría que cualquier proceso que se desarrolle para promover cambios en las personas y en la misma sociedad está vinculado necesariamente al ejercicio de la comunicación. En este caso, el trabajo por la nutrición.

Del paradigma tradicional a un enfoque participativo

Al ser un hecho humano y social, la comunicación ha estado vinculada al enfoque predominante de sociedad y su versión de “bienestar”, “éxito” o “desarrollo”. Con el nacimiento de las primeras tecnologías de difusión de información, la comunicación puso énfasis en los efectos que estos medios podrían causar en la audiencia. Esto coincide con el Modelo Asistencialista dirigido hacia América Latina en el que se promueve el perfil de “la clase media ideal”, brindando ayuda a los países pobres con donaciones en especie: quesos, láminas, tasas (para beber), con una visión paternalista.

En este caso, la comunicación ve al beneficiario como “objeto de intervención”, sin capacidades de interactuar, como alguien que sólo recibe sin reflexión. El “emisor asistencialista” (asociado a la estructura de poder) es

quien decide qué dar, cómo, cuándo y dónde. “Dado que se creía que el problema de las regiones subdesarrolladas era un problema de información, se presentó la comunicación como el instrumento que lo resolvería” (Waisbord, s/f pág.4). La estrategia de comunicación, entonces, se enfocó más sobre difusión de información y propaganda haciendo uso de los medios masivos. Es decir, indicar a las personas: “lo que deben hacer”, “dónde acudir para recibir la ayuda”, “qué deben pensar sobre su propio bienestar”, etc. El papel del sujeto es nulo, más que como “receptor” de este cúmulo de mensajes a los cuales debe “responder” de acuerdo con lo esperado por las instituciones emisoras.

En esta misma línea, el Modelo Desarrollista, Oliva (2013) indica que, luego del éxito del Plan Marshall por Estados Unidos en la reconstrucción de Europa después de la Segunda Guerra Mundial, “se piensa que esta modalidad de intervención podía ser replicada en América Latina y otros países del Tercer Mundo”. Se crea la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y se empieza a utilizar el término “desarrollo” en vez de otros como crecimiento económico, modernización o progreso. Esta etapa se identifica también con el Modelo de Transferencia Tecnológica, es decir, que para lograr el desarrollo era necesario que hubiese cierta apropiación de ideas nuevas (la que traían las instrucciones especializadas), especialmente por parte de campesinos agricultores. De esta manera nace el “extensionismo agrícola”: “En estos ejercicios se trataba al beneficiario como alguien que ignoraba totalmente sobre producción agrícola, a pesar de venir de familias y comunidades que históricamente se habían dedicado a la agricultura” (Oliva, 2013, pág. 10).

De esta manera, en este enfoque de la comunicación nuevamente, el énfasis estuvo en los efectos del emisor sobre sus receptores: el extensionista agrícola era quien decidía una vez más, qué dar, cómo, cuándo y dónde. Se continúa viendo al sujeto como objeto de intervención que es maleable, sin conocimientos previos y que, además, posee una serie de prácticas negativas. Son las instituciones los emisores privilegiados quienes utilizan los medios masivos de difusión, aplican los principios del Conductismo para condicionar las respuestas de las personas a través de sus mensajes y para ello, se introducen estrategias como las del mercadeo social o la promoción y educación para la salud. La promoción de la salud asignaba la responsabilidad de su propio comportamiento solamente al individuo, sin tomar en cuenta el entorno, “estaba dominada por la visión de que el comportamiento individual era en gran parte responsable de los problemas de salud y, en

consecuencia, las intervenciones debían centrarse en cambiar el comportamiento” (Waisbord, s/f. pág. 13).

Para la década de los setenta y ochenta, de acuerdo con Waisbord, estos modelos tradicionales de “desarrollo” (incluyendo la aplicación de sus modelos de “comunicación”) daban muestras de no poder responder al contexto latinoamericano. Por ejemplo, la Teoría de la Dependencia, sostenía que los problemas de los países latinoamericanos se debían, más que a la falta de información, a factores sociales y económicos, la dependencia hacia los países del occidente, a lo cual se sumaban además las propias estructuras internas que dejaban de lado las causas estructurales.

Por otro lado, en América Latina se empezó a generar teorías y enfoques participativos. Nace la Teoría de la Comunicación Alternativa. Y uno de sus principales exponentes, Daniel Prieto, hace una diferenciación entre la comunicación autoritaria donde son los “expertos” los emisores, los que “informan” y “transmiten”. La Comunicación Alternativa se plantea como: “una manera diferente de hacer comunicación, tanto por los contenidos como por la forma del discurso, a fin de evitar por todos los medios el autoritarismo; de organizarse para producirla; de lograr espacio en los medios dominantes, o bien generar sistemas propios y de colaborar en una utilización distinta de los mensajes por parte de los destinatarios” (Prieto, 1994, pág. 78). Otro teórico latinoamericano, Mario Kaplún, agrega que: “la comunicación o es diálogo o no es comunicación, sino tan solo información o difusión” (Kaplún, 1990, pág. 17). Esto, en línea con la propuesta que venía realizando el educador brasileño Paulo Freire sobre la importancia de problematizar la realidad para transformarla y el valioso papel del diálogo en la concientización de los sujetos.

En este marco de cambio de paradigma, el teórico también latinoamericano Luis Ramiro Beltrán recuerda que “en una conferencia internacional realizada en Ottawa en 1986, la OMS-OPS instauró un programa especial para la promoción de la salud, que iba más allá de la medicina puramente curativa a una acción sanitaria integral, en reconocimiento de los requisitos para curar la salud del pueblo no solamente en el aspecto biológico, sino también económico y social y destacó la importancia de la comunicación como instrumento operativo permanente para lograr el apoyo político a este sustancial cambio de enfoque y comportamiento” (Beltrán, 2011, pág. 174).

Un marco general: La Comunicación para el Desarrollo

Se empieza a hablar de “Comunicación para el Desarrollo” (CpD) o “Comunicación y Desarrollo” en el marco de trabajo de varias organizaciones que buscan promover cambios en los sujetos. En este caso, bastante vinculados con temas de salud y bienestar individual. Como se analizó anteriormente, a veces, desde un enfoque vertical y tradicional, otras veces -desde las propuestas participativas latinoamericanas-, desde la participación comunitaria.

Sin embargo, en este proceso por la búsqueda de puntos de encuentro, se realiza en octubre de 2006 el Congreso Mundial de Comunicación para el Desarrollo en Roma, Italia. En este encuentro participaron diversas organizaciones del mundo, agencias de Naciones Unidas, organismos internacionales de cooperación, iniciativas regionales, etc. Fue un momento para establecer lo que se llamó “El Consenso de Roma”, los puntos básicos para comprender este enfoque se definen aquí:

- **Es un proceso social.**
- **Está basado en el diálogo.**
- **Usa un amplio abanico de instrumentos y de métodos.**
- **Se refiere también a la búsqueda del cambio en diferentes niveles.**
- **Incluye:**
 - Escuchar
 - Construir confianza
 - Compartir conocimiento y habilidades
 - Desarrollar políticas
 - Debatir y aprender
- **Está orientado a lograr cambios sostenibles y significativos.**
- **No se trata de relaciones públicas ni de comunicación corporativa.**

Un enfoque basado en Derechos Humanos

Otro punto en común al que llegan las organizaciones es que la comunicación para promover cambios en las personas debería tener como sustento el ejercicio de sus propios Derechos Humanos. Principalmente, hay que reconocer que la Comunicación es un derecho: “Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras por cualquier medio de expresión” (Artículo 19, Declaración Universal de los Derechos Humanos). Esto significa que las mismas personas vulnerables y afectadas por los problemas tienen el derecho a ser escuchadas, tomadas en cuenta y participar en cualquier programa que busca resolver esta situación.

Todo ello coincide con el enfoque actual de abordaje de la salud. En el caso de la Atención Primaria en Salud (APS), reconoce que la Salud es un derecho de todas las personas y su trabajo se basa en el respeto de los Derechos Humanos. Este mismo sistema reconoce que el trabajo debe realizarse en diferentes niveles (individual, familiar, comunitario) al igual que lo hace la Comunicación para el Desarrollo. En ambos casos, el de la Salud y de la Comunicación, se valora fundamental la

pertinencia cultural. También es importante en la APS el reconocimiento de los determinantes de la salud, al igual que para la Comunicación es importante cómo el entorno condiciona ciertos comportamientos en las personas (influencia en las percepciones y predisposición social al cambio). Esta misma inferencia podría plantearse con las intervenciones que buscan promover la producción de alimentos en los sistemas agrícolas, como por ejemplo, los sistemas de extensionismo agrícola actuales.

Aprendizaje desde las personas adultas: Andragogía

La comunicación educativa en salud basa sus interacciones de aprendizaje en la Andragogía por dos situaciones: la primera, aunque los principales beneficiarios de las prácticas favorables a la nutrición son la niña y el niño menor de 2 años, las personas que les cuidan son adultas. La segunda, es porque la persona que tiene contacto con los servicios de salud recibirá los momentos educativos sin haberlos solicitado o buscado, por lo que la interacción para orientar el aprendizaje deberá estar basada en la motivación creada el trabajador de salud.

Malcolm Knowles, uno de sus precursores de la Andragogía, afirmaba que esta propone principios fundamentales para el aprendizaje de adultos, aplicados a todas las situaciones de vida. En tanto, Eduard Lindeman, citado por Flavio de Jesús Catillo Silva* enuncia supuestos clave sobre el aprendizaje en adultos: “i. Los adultos se motivan a aprender cuando experimentan necesidades e intereses que el aprendizaje satisfará. ii. La orientación de los aprendices hacia el aprendizaje se centra en la vida. iii. La experiencia es el recurso más rico para el aprendizaje de los adultos. iv. Los adultos tienen una profunda necesidad de autodirigirse. v. Las diferencias individuales entre la gente se incrementan con la edad.”

La andragogía es muy distinta a la pedagogía dirigida a niños y niñas, con protagonismo del profesor, centrada en la memorización, unidireccional. Castillo Silva resalta el pensamiento de Félix Gregorio Adam Estévez, venezolano, andragogo con mención honorífica de UNESCO por sus aportes significativos a la educación para adultos, “Adam, promulgaba que el Modelo Andragógico se basa en relaciones horizontales, participativas, hace énfasis en los procesos de aprendizaje y en las fuentes de información; toma en cuenta los procesos mentales lógicos, la imaginación y la creatividad, más que la memorización de contenidos; y que orienta aprendizajes, no la enseñanza.”*

La Andragogía toma en cuenta la predisposición y la forma en cómo aprenden las personas adultas. Reconoce la autonomía del adulto para seleccionar contenidos y aprendizajes, quien al involucrarse participa activamente en el proceso de construcción de conocimientos. Esta metodología respeta que la mujer o el hombre adulto ha tenido experiencias previas y que las utiliza como referencias para el aprendizaje de nuevos saberes o para confrontar sus vivencias con las nuevas situaciones

de aprendizaje basándose en datos, información o conocimientos adquiridos en el transcurso de su vida. Por lo mencionado, la persona trabajadora de salud que promueve o realiza actividades educativas en salud y nutrición debe estar consciente que para provocar o impulsar la motivación de madres, padres o encargados/as de niñas o niños menores de 2 años a fortalecer prácticas o modificarlas, debe generar aprendizajes de temas o habilidades útiles para la vida del adulto, tangibles, aplicables y alcanzables; identificar y ejemplificar necesidades que podrán ser satisfechas con los nuevos aprendizajes. La andragogía trabaja la autoestima y da valor a las actividades productivas que puede realizar la persona adulta. Estos ejercicios educativos deben considerar que el adulto, desde su ser individual y social, sabe lo que quiere y necesita aprender; tiene su propio ritmo de aprendizaje; que vive en ciclos de interés altos o bajos para dar paso a nuevos conocimientos; y la composición heterogénea de los grupos.

La búsqueda del cambio comportamientos, conductas y prácticas que beneficien el entorno de alimentación del niño y la niña pasa por generar compromisos en las personas adultas, los cuales deben surgir de la reflexión y la experiencia misma del adulto que requiere el cambio, al grado que los considere prioridad y le den sentido a las nuevas acciones que realizará en su vida cotidiana.



Comunicación para el Cambio Social y de Comportamiento



Una estrategia de Comunicación para el Cambio Social y de Comportamiento ayuda a promover y generar espacios de diálogo y acción a la población, que le permita comprender y apropiarse de la problemática y definir, desde sus roles y responsabilidades, acciones concretas para superarla, con el apoyo de herramientas que lo facilitan.

La Comunicación para el Cambio Social y de Comportamiento (CCSyC) consiste en “la aplicación sistemática de procesos y estrategias de comunicación interactivos, basados en teoría y fundamentados en investigación para abordar los puntos de inflexión para el cambio a nivel individual, comunitario y social” (C-Change, 2017).

De acuerdo con Communication for Change (C-Change, 2017), el modelo CCSyC tiene tres características claves:

1. Se desarrolla de manera sistemática a través de 5 pasos que son:

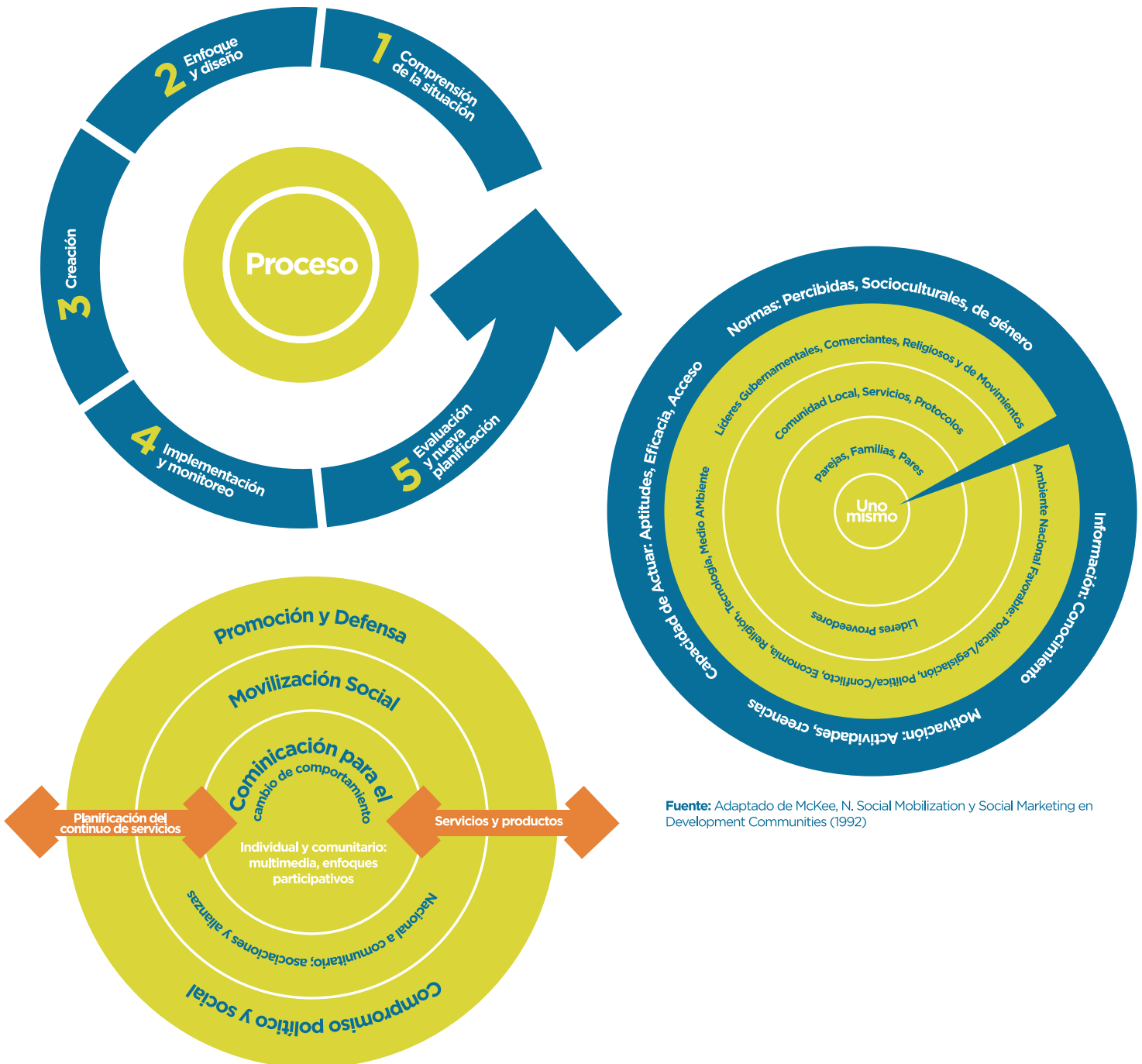
- a. Comprensión de la Situación (Análisis de Situación de la Comunicación).
- b. Enfoque y Diseño de la Estrategia.
- c. Creación de Intervención y Materiales.
- d. Implementación y Monitoreo.
- e. Evaluación y Nueva Planificación.

2. Uso de un Modelo Socioecológico como marco de comprensión. El Modelo Socioecológico se basa en teorías/enfoques provenientes de diversas disciplinas que incluyen la ciencia política, sociología, psicología y comunicación y desde ellos considera el comportamiento individual como producto de múltiples influencias individuales, sociales y ambientales que se traslapan. Además, incluye el cambio individual pero a la vez apunta a influir en el contexto social en que actúan los individuos.

3. La utilización de estrategias para abordar el cambio en todos los niveles del Modelo Socioecológico (como se verá más adelante en una de las tablas):

- a. Comunicación para el Cambio del Comportamiento, que posibilita cambios en los individuos.
 - b. Movilización Social, que permite articular en la perspectiva del cambio a diferentes actores en los entornos comunitarios y locales.
 - c. Promoción y defensa (abogacía), que apunta a incidir en decisores de tal forma que logren compromisos de liderazgo social y político, que se evidencien por ejemplo, en la generación o fortalecimiento de programas y políticas públicas o en la asignación de recursos.
-

Modelo de CCSyC desde C-Change



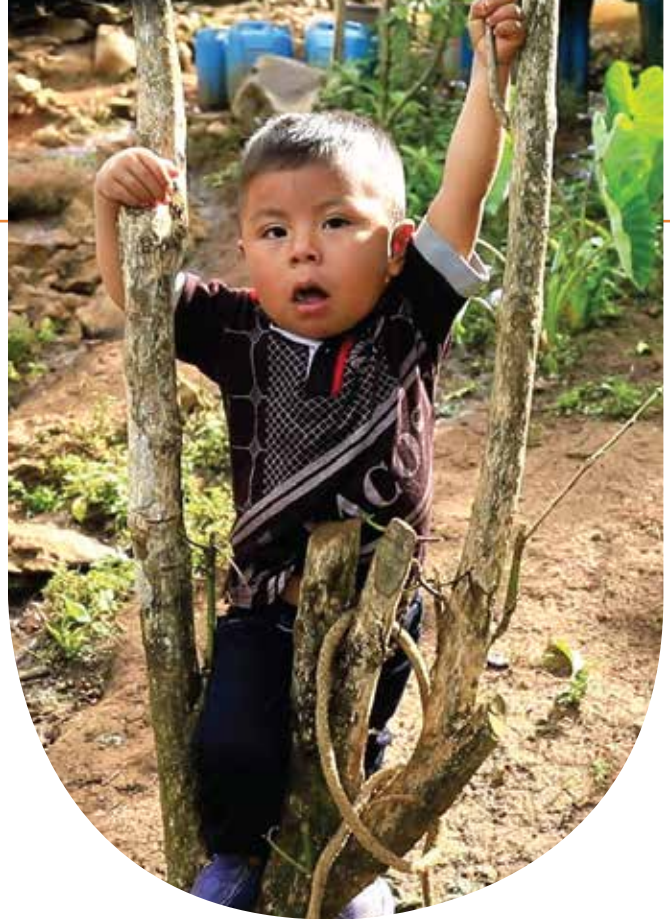
Fuente: Adaptado de McKee, N. Social Mobilization y Social Marketing en Development Communities (1992)

Fuente: Adaptado de McKee, Manoncourt, Chin y Carnegie (2000)

El Modelo Socioecológico



Tanto la CCSyC como la CpD tienen como punto fundamental, trabajar con base en el Modelo Socioecológico. “Este modelo sugiere que los comportamientos individuales no están única o principalmente influenciados por factores psicológicos. Son interdependientes con el contexto social. El contexto social se refiere a cualquier cosa fuera de las personas como: normas sociales, relaciones interpersonales, cultura y leyes y regulaciones. Por consiguiente, las intervenciones a nivel individual siempre deberían considerar otros factores influyentes. Los programas necesitan comprender cómo los cambios a nivel de vecindario, comunidad, institución y estructura social/política podrían afectar los cambios individuales” (UNINORTE, 2020, pág. 4).



Fuente: UNICEF (2020)



La recomendación es tomar un enfoque de múltiples niveles que promueva el mismo cambio al afrontar varias fuerzas. UNICEF (2020) establece, en el siguiente cuadro, cuáles son esos enfoques recomendados de acuerdo al “constructo” (aspecto en que se enfoca) y nivel:

Niveles de influencia en el Modelo Socio Ecológico

Nivel de influencia	Definición	Constructos (aspecto en el que se enfoca)	Enfoques
Individual	Identifica características o factores individuales que aumentan la probabilidad de padecer malnutrición o de reproducirla.	Conocimientos, actitudes, creencias, percepciones, autoeficacia.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Educación. ○ Entrenamiento de habilidades para la vida. ○ Desarrollo de la autoeficacia.
Familiar	Examina las relaciones (familiares, amigos, pares) que aumentan el riesgo de padecer malnutrición o de reproducirla.	Apoyo social, identidad social, definición de rol.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Resolución de conflictos. ○ Resolución de problemas. ○ Promoción del diálogo y la discusión.
Comunitario	Tiene en cuenta a los grupos conectados, ya sea por geografía u otras características comunes, para determinar los factores que están asociados con la probabilidad de padecer malnutrición o de reproducirla.	Eficacia colectiva, redes sociales, conexión con la comunidad, nivel de seguridad, normas sociales y culturales.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Abordar normas. ○ Participación de la comunidad.
Institucional	Se fija en lugares como las instituciones y ambientes de trabajo para ver qué recursos se pueden aprovechar para abordar la malnutrición infantil.	Cohesión organizacional, redes, conectividad.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fortalecer a las instituciones a que brinden la oferta necesaria de bienes y servicios. ○ Intervenciones en el lugar de trabajo.
Políticas/ sistemas	Evalúa aquellos factores sociales de envergadura que perpetúan la malnutrición infantil.	Normas sociales y culturales.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Promover políticas de prevención de la malnutrición infantil. ○ Incidencia y abogacía.

En la siguiente tabla se puede identificar (UNICEF, 2020), los enfoques que pueden apoyar por cada nivel:

Nivel/Enfoque	Aspectos Clave	Grupos Participantes
<p>NIVEL DE POLÍTICAS PÚBLICAS / Abogacía / Promoción y Defensa</p>	<p>Se centra en el entorno normativo y busca desarrollar o cambiar leyes, políticas y prácticas administrativas.</p> <p>Funciona mediante la creación de coaliciones, la movilización comunitaria y difunde las justificaciones basadas en evidencia para programas.</p>	<p>Diseñadores de políticas. Tomadores de decisiones. Responsables de planificación de programas. Implementadores de programas. Líderes comunitarios.</p>
<p>NIVEL INSTITUCIONAL / Movilización social</p>	<p>Se enfoca en la unión de socios a nivel nacional y comunitario en torno a una causa común.</p> <p>Enfatiza la eficacia colectiva y el empoderamiento para crear un entorno favorable al cambio.</p> <p>Funciona a través del diálogo, la creación de coaliciones, actividades de grupo / organización.</p>	<p>Líderes nacionales y comunitarios. Grupos y organizaciones comunitarias. Socios públicos y privados.</p>
<p>NIVEL COMUNITARIO / Comunicación para el cambio social</p>	<p>Capacita a los grupos de individuos para que, por medio de un proceso participativo, definan sus necesidades, exijan sus derechos y colaboren para transformar su sistema social.</p> <p>Enfatiza el diálogo público y privado para cambiar el comportamiento a gran escala, incluidas las normas sociales y las desigualdades estructurales.</p> <p>Trabaja a través de la comunicación interpersonal, el diálogo comunitario, la comunicación masiva y las redes sociales digitales.</p>	<p>Grupos de individuos en comunidades.</p>
<p>NIVEL INDIVIDUAL / Comunicación para el cambio de comportamiento</p>	<p>Se enfoca en el conocimiento individual, las actitudes, las motivaciones, la autoeficacia, la construcción de habilidades y el cambio de comportamiento del individuo.</p> <p>Trabaja a través de la comunicación interpersonal, la comunicación masiva y las redes sociales digitales.</p>	<p>Individuos. Familias/hogares. Grupos pequeños.</p>

Intervenciones de CCSyC que se llevan a cabo en Guatemala

En una revisión de las diferentes intervenciones que se llevan a cabo por parte de las organizaciones que componen la Subcomisión de Comunicación para el Cambio Social y de Comportamiento de la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición, se pudo identificar las siguientes:

Comunicación para el desarrollo (UNICEF): ●●●●●

Programa de Alimentación Escolar (MINEDUC): ●●●

Saneamiento Total Liderado por la Comunidad SANTOLIC-(ASORECH, HELVETAS, INCOPAS): ●●●●●

Dando la Talla/Manta de Crecimiento (Asociación Puentes): ●●●

Estrategia educativa comunitaria fortalecida + Consejeras Comunitarias y Grupos de Apoyo para Mejorar la Alimentación y Cuidado de la Niñez de 0 a 24 meses, Chimaltenango y Sololá (PMA): ●●●●●

Nútreme (Alianza por la Nutrición) ●●●

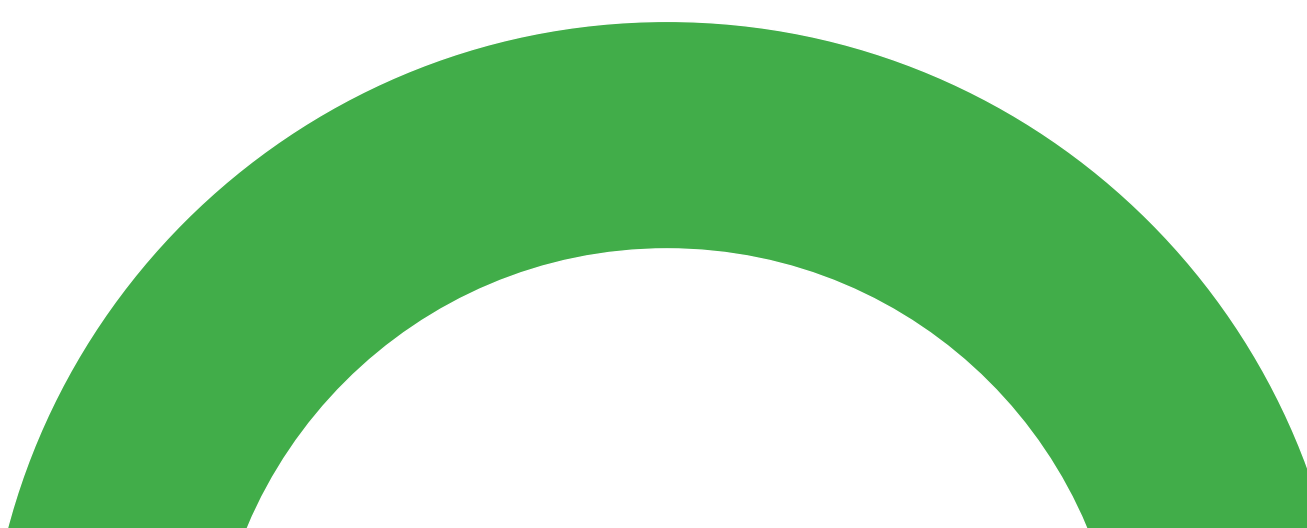
Acompáñame a Crecer (MINEDUC) ●●●●●

Formas de comunicación en el proyecto PIIN (CATIE): ●●

Procesos de promoción y educación en Salud GCNN (PROEDUSA/MSPAS) ●●●●●

Breakthrough Action USAID ●●●●

Proyecto de Salud y Nutrición USAID ●●●●●



UNICEF

Iniciativa	Descripción	Audiencia por Nivel	Enfoque
Comunicación para el Desarrollo	La intervención está enfocada en fortalecer las acciones de comunicación desde el SINASAN, especialmente en las COMUSAN y COCOSAN. Para ello, se trabaja en fortalecer capacidades de actores municipales (COMUSAN) en CpD: diagnóstico, planificación, implementación de acciones de comunicación y monitoreo/evaluación de cambios de conocimientos, actitudes y prácticas a través del sistema de monitoreo comunitario. Además, se fortalece la organización comunitaria para la identificación de problemas y gestión de soluciones de agua y saneamiento ambiental usando el video comunitario. En todos los procesos, se fortalece también la capacidad de gobernanza local en SAN.	INDIVIDUAL: Madres de niños/as menores de 5 años, mujeres embarazadas y mujeres adolescentes. FAMILIAR: Parejas, madres, suegras de madres de niños/as menores de 5 años, mujeres embarazadas y mujeres adolescentes. COMUNITARIO: Líderes, lideresas, comités comunitarios, COCOSAN. INSTITUCIONAL: Integrantes de COMUSAN que representan a instituciones a nivel municipal. NACIONAL: Nivel central de SESAN y MSPAS.	CpD que engloba: Comunicación para el Cambio Social / Participación comunitaria / fortalecimiento de capacidades / Gobernanza local Comunicación para el Cambio de Comportamiento Movilización Social Abogacía, promoción y defensa

MINEDUC/Dirección General de Fortalecimiento de la Comunidad Educativa -DIGEFOCE-

Iniciativa	Descripción	Audiencia por Nivel	Enfoque
Programa de Alimentación Escolar -PAE-	DIGEFOCE con base a la Ley de Alimentación Escolar Decreto 16-2017 y su Reglamento 183 - 2018, realiza funciones que buscan promover la salud y fomentar la alimentación saludable a través del Programa de Alimentación Escolar, enfocándose en el aprendizaje, el rendimiento escolar y la formación de hábitos saludables de los estudiantes, por medio de acciones de educación alimentaria y nutricional y entrega de raciones y productos que cubran las necesidades nutricionales de los estudiantes durante el período escolar.	Organizaciones de Padres de Familia -OPF-, Comisión de alimentación escolar y padres de familia. Nacional Lineamientos para el fortalecimiento de la comunidad educativa en temas de alimentación, nutrición, salud y seguridad alimentaria y nutricional en el ámbito escolar. Nivel central Lineamientos para el abordaje comunitario en el proceso de educación alimentaria y nutricional con metodología andragógica. Departamental Coordinación intersectorial para la implementación del programa y facilitar	Educación Alimentaria y Nutricional para el fortalecimiento de capacidades en alimentación, nutrición y salud a la comunidad educativa

Iniciativa	Descripción	Audiencia por Nivel	Enfoque
		<p>el proceso de formación y sensibilización a la comunidad educativa, socialización a actores claves sobre el proceso de educación alimentaria y nutricional.</p> <p>Municipal Acompañamiento a nivel municipal en el proceso de EAN</p> <p>Comunitario Formadores del PAE, 40 comunidades cada uno, fortalecimiento in situ sobre educación y calidad nutricional, visitas bimensuales a los centros educativos de cobertura. Para esto se dispone de 3 módulos de EAN durante el ciclo escolar y la práctica de preparación de alimentos. De preferencia, en el idioma materno de la comunidad.</p>	

INCOPAS / ASORECH / HELVETAS

Iniciativa	Descripción	Audiencia por Nivel	Enfoque
<p>Saneamiento Total Liderado por la Comunidad (SANTOLIC)</p>	<p>En Huehuetenango y Chiquimula se trabaja Cambio Social y de Comportamiento en un segmento con limitaciones de articulación a sistemas y redes centralizadas de saneamiento, debido principalmente a factores topográficos adversos, alta dispersión territorial de las comunidades o la falta de disponibilidad de recursos de inversión pública. Se empodera a comunidades y hogares, fortaleciendo capacidades, mercado de saneamiento, acceso a tecnologías, incidencia y gestión del conocimiento. Se hace procesos de articulación para evitar duplicidad de esfuerzos con MSPAS, MARN, MAGA y para establecer áreas estratégicas para réplicas.</p>	<p>Se trabaja con representantes institucionales, familias y líderes comunitarios en los niveles municipal, comunitario y familiar donde se llevan a cabo diagnósticos y las acciones de formación comunitaria, fortalecimiento municipal y complementación-adaptación a nivel de ministerios.</p>	<p>Cambio social y de comportamiento en saneamiento rural descentralizado</p>

Asociación Puente

Iniciativa	Descripción	Audiencia por Nivel	Enfoque
Dando la Talla / Manta de Crecimiento	El Programa fortalece competencias de mujeres y sus familias en nutrición y desarrollo infantil durante tres años. Cuenta con cinco ejes: Higiene y saneamiento, nutrición, crianza con amor, promoción y monitoreo del crecimiento y acceso a los servicios de salud. Promueven que las familias visibilicen la desnutrición crónica a través del uso de la manta de crecimiento.	Nivel comunitario: madres monitoras. Nivel Familiar: Familias beneficiarias. Nivel individual: madres y sus hijos menores de 5 años.	Madres monitoras hacen reconocimiento en el nivel comunitario y transfieren mensajes a madres de familia y sus hijos menores de 5 años. Las familias adquieren conocimientos, mejoran actitudes y prácticas.

PMA

Iniciativa	Descripción	Audiencia por Nivel	Enfoque
Estrategia Educativa Fortalecida + Consejeras Comunitarias y Grupos de Apoyo para Mejorar la Alimentación y Cuidado de la Niñez de 0 a 24 meses	Intervención educativa con base en la comunidad, orientada al cambio de comportamiento en prácticas de alimentación familiar especialmente en la alimentación y el cuidado de la niñez menor de 2 años. Brinda apoyo al MSPAS para fortalecer la educación en temas de salud y nutrición. Fortalece prácticas adecuadas de alimentación familiar, especialmente de las mujeres embarazadas y madres lactantes. Promociona la Ventana de los mil días y ofrece a las personas de las comunidades la oportunidad de ahorrar y recibir préstamos en efectivo para cubrir sus necesidades.	Comunitario: - Hombres y mujeres son consejeros(as) agentes de cambio. - Grupos de apoyo de embarazadas y madres de niños menores de 2 años - Grupos de personas que ahorran Familiar: Familias con niños menores de 2 años y con embarazadas. Individual: Mujeres embarazadas y madres con niños menores de 2 años.	Formación de voluntarios comunitarios como consejeras(os) en temas de nutrición y salud. Proveen información de nutrición y salud a mujeres embarazadas y madres con niñas y niños menores de 2 años por medio de grupos de apoyo, visitas domiciliarias y consejería individual. Promueven el ahorro con personas de la comunidad.

Alianza por la Nutrición

Iniciativa	Descripción	Audiencia por Nivel	Enfoque
Nútreme	Debido a que la sociedad civil desconoce la magnitud y las repercusiones de la desnutrición crónica infantil y para posicionar la relevancia de este padecimiento a nivel nacional y lograr más la participación ciudadana se desarrolló a nivel metropolitano, el movimiento innovador que involucra y construye alianzas entre sectores con el fin de potenciar las acciones y concientizar la magnitud del problema de desnutrición crónica y sus repercusiones en el capital humano. Este movimiento incluyó talleres con aliados y socios en las diferentes regiones movilizando a los guatemaltecos de formas innovadoras para influir y acelerar la reducción de la desnutrición crónica infantil con canales de comunicaciones tradicionales y no tradicionales.	Población 18- 65 años, que vive o trabaja en el área metropolitana Niveles Institucional e individual.	Posicionar la relevancia de la DCI a nivel nacional para lograr más participación ciudadana.

MINEDUC

Iniciativa	Descripción	Audiencia por Nivel	Enfoque
Acompáñame a Crecer	El programa se ejecuta en espacios comunitarios que reciben el nombre de Centros Comunitarios de Desarrollo Integral Infantil - CECODIT/CECODII-. Se ofrece atención individual, grupal y visitas domiciliarias y se realizan encuentros para compartir experiencia "Creciendo entre familias" Dentro de los actores están: la comunidad, líderes, instituciones de gobierno, sociedad civil y cooperantes.	Comunitario: - Voluntarias comunitarias - Grupos de madres con sus niños menores de 4 años y embarazadas. Familiar: - Familias con niños de 0-4 años Individual: - Mujeres gestantes, madres embarazadas, - madres de niños menores de 4 años.	Modalidad no escolarizada y flexible con gestión comunitaria que atiende a la niñez de 0 a 4 años y sus familias con estimulación oportuna y educación inicial.

PINN/CATIE

Iniciativa	Descripción	Audiencia por Nivel	Enfoque
Proyecto PINN/ CATIE	Las acciones de comunicación del proyecto se desarrollan en el nivel Institucional donde se realiza abogacía y fortalecimiento de capacidades. Involucra la participación de los tomadores de decisión para identificar prioridades, planificar e implementar planes de acción. Acompaña las acciones de los componentes técnicos y políticos, informa y sensibiliza, y lleva a cabo la socialización de la información para hacer incidencia.	Tomadores de decisiones en el nivel institucional departamental y municipal.	Fortalecimiento de las capacidades nacionales del Sistema de Información Nacional en SAN - SIINSAN para monitorear e implementar políticas y programas multisectoriales de nutrición de mayor costo-efectividad y basados en evidencia.

Departamento de Promoción y Educación en Salud -PROEDUSA-, MSPAS

Iniciativa	Descripción	Audiencia por Nivel	Enfoque
Procesos de promoción y educación en salud GCNN	Desarrolla sus acciones dentro de la Atención Primaria en Salud -APS- a través de comunicación educativa, divulgación, promoción/mercadeo social, participación comunitaria, abogacía y formación de competencia. PROEDUSA desarrolla los componentes de salud y nutrición, agua y saneamiento y comunicación para el cambio social y de comportamiento. Está a cargo de la promoción y educación de los programas que implementa el MSPAS con especial énfasis en Proyecto Crecer Sano, alimento complementario fortificado NutriNiños y Acompañame a Crecer MINEDUC.	Nivel nacional: Personal de los programas de atención a las personas del MSPAS. Nivel departamental: Encargados de Promoción de direcciones de Áreas de Salud -DAS- Nivel municipal: Encargados de Promoción de los distritos Municipales de Salud. Nivel comunitario: Personal de los puestos de salud. Nivel familiar e individual: Atención intra y extramuros.	Lleva a cabo procesos de promoción y educación en salud en todos los niveles del MSPAS con énfasis en personal de salud.

MAGA			
Iniciativa	Descripción	Audiencia por Nivel	Enfoque
Metodología Campesino a campesino -CaC-	Es un proceso participativo de promoción y mejoramiento de los sistemas productivos y reproductivos campesinos. Dirigido a agricultores o líderes de las comunidades (promotores) que se ocupan en el desarrollo de conocimientos y experiencias en sus parcelas y hogares, luego comparten con más gente de la comunidad, para evaluar y compartir las buenas prácticas. Se reúnen en el Centro de Aprendizaje para el Desarrollo Rural -CADER- para poner en práctica nuevos conocimientos y aprender todos de todos.	<p>Nivel nacional: Sistema Nacional de Extensionismo Rural.</p> <p>Nivel departamental: Jefes departamentales.</p> <p>Nivel Municipal: Extensionista agrícola, rural y de hogar rural</p> <p>Nivel comunitario: Promotores o voluntarios comunitarios.</p>	Lleva a cabo procesos de promoción y educación en salud en todos los niveles del MSPAS con énfasis en personal de salud. Metodología de enseñanza - aprendizaje que se orienta a rescatar los saberes previos, con transferencia horizontal de información y de conocimientos, es flexible, dinámica y participativa, puede ser innovada constantemente; en este proceso se enseña y se aprende entre todos. La participación y el empoderamiento son elementos fundamentales en el desarrollo sostenible rural, centrándose en la iniciativa propia y que el protagonismo sea de campesinas y campesinos.
MSPAS			
Iniciativa	Descripción	Audiencia por Nivel	Enfoque
Proyecto Crecer Sano	Es un proyecto interinstitucional entre MSPAS, MAGA y MIDES que pretende mejorar las prácticas, servicios y conductas conocidas como factores de riesgo de la desnutrición crónica, con énfasis en los primeros 1,000 días de vida y responder a la amenaza impuesta por el COVID-19, en las áreas de intervención seleccionadas. Las acciones que implementa son consejería, visita domiciliar, charla informativas, sesiones educativas y grupos de apoyo.	<p>139 MUNICIPIOS • DMS</p> <p>Nivel nacional: MSPAS, MIDES y SESAN</p> <p>Nivel departamental: Direcciones de Área de Salud: Quiché, Huehuetenango, Alta Verapaz, Chiquimula, San Marcos, Totonicapán y Sololá.</p> <p>Nivel municipal: Personal de 133 Distritos Municipales de Salud.</p> <p>Nivel comunitario: 4,741 auxiliares de enfermería que atiende los puestos de salud.</p> <p>Nivel familiar e individual: Atención intra y extramuros de las familias.</p>	Intervención de comunicación integral para contribuir a reducir los factores de riesgo relacionados con las prácticas de salud, higiene, alimentación y nutrición de niñas y niños menores de 2 años.

USAID

Iniciativa	Descripción	Audiencia por Nivel	Enfoque
Breakthrough Action	<p>Intervención que busca aumentar la práctica de comportamientos prioritarios para mejorar el estado de salud de la población en Quiché y Huehuetenango. Promueve el abordaje del cambio social y de comportamiento integrado dentro de una gama de actividades en las áreas de salud materna, neonatal, infantil, lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria, agua, higiene y saneamiento, cultivos diversificados, crianza de animales menores, planificación familiar y gobernanza, así como normas sociales y género. Colabora con otros proyectos en el fortalecimiento de servicios de atención primaria y comunitaria.</p>	<p>Nivel institucional: Instituciones gubernamentales de promoción de la salud, ONGs y socios implementadores de USAID.</p> <p>Nivel comunitario: Comunidades indígenas, líderes religiosos, redes de la sociedad civil.</p> <p>Nivel individual y familiar: Familias, suegras, parejas, entre otros.</p>	<p>Acciones con resultados intermedios basados en mejorar la capacidad y motivación de los ciudadanos y líderes indígenas para adoptar comportamientos prioritarios y de búsqueda de la salud, así como reducir las barreras sociales y estructurales para la adopción de comportamientos prioritarios de salud en las comunidades indígenas y el fortalecimiento institucional para el diseño y ejecución de intervenciones efectivas de CSC adecuadas al entorno sociocultural de la población.</p>
Proyecto salud y nutrición	<p>La intervención está enfocada en promover procesos participativos de mejora de la calidad del servicio de salud y nutrición materno infantil de la comunidad, a través de fortalecer la organización comunitaria para la identificación de problemas y gestión de soluciones relacionados a los servicios de salud y nutrición materno infantil.</p> <p>Para ello, se trabaja en fortalecer capacidades de miembros de la comunidad y proveedores del servicio para definir: la calidad del servicio de salud, barreras de uso / acceso, priorizar junto las brechas para la mejora, definir juntos el Plan de Acción Comunitario para mejora de la calidad, y trabajar juntos en el cierre de brechas.</p> <p>A la vez, se promueven cambios de conocimientos, actitudes y prácticas para el uso y entrega de servicios de salud, así como normas transformativas de género reflexionando con hombres y sus parejas en las comunidades.</p>	<p>INDIVIDUAL: Madres de niños/as menores de 5 años, mujeres embarazadas y mujeres adolescentes.</p> <p>FAMILIAR: Parejas, abuelas, suegras de las madres de niños/as menores de 5 años o embarazadas.</p> <p>COMUNITARIO: Comadronas, líderes y lideresas, líderes religiosos, comités comunitarios y comisión de salud, COCODE, COCOSAN.</p> <p>INSTITUCIONAL: Proveedor del servicio de salud 1er nivel, ONG que participen en procesos de mejora de la calidad.</p> <p>NACIONAL: Nivel central del MSPAS (SIAS/ PROEDUSA), escalando el abordaje de mejora de la calidad e intervenciones de SBC.</p>	<p>Comunicación para el Cambio Social: Movilización comunitaria / fortalecimiento de capacidades / Gobernanza local / normas transformativas de género</p> <p>Comunicación para el Cambio de Comportamiento / promoción de CAPs en la ventana de los 1,000 días, con familias participantes del abordaje comunitario.</p> <p>Area de intervención: municipios priorizados de Huehuetenango, Quiché e Ixil (18 distritos de salud).</p>



Propuesta de enfoques a integrar desde el Modelo Socioecológico y con base en lo que se ha trabajado

NIVEL INDIVIDUAL

Dirigido a:

Comunicación para el Cambio de Comportamiento

Población en edad fértil, mujeres embarazadas, madres, padres y cuidadores/as de niños/as entre 0 a 5 años, niños/as pre y escolares.

Modelo Transteorético / Etapas del Cambio

El Modelo Transteorético, también conocido como Modelo de Etapas de Cambio, de acuerdo a UNICEF (2020, pág.), incorpora la idea de que el cambio de comportamiento no es un evento, sino un proceso. Como modelo circular de cinco etapas, plantea que los individuos no pasan simplemente de una etapa a la siguiente de forma lineal. Por el contrario, las personas pueden ingresar al modelo en cualquier etapa, caer en una etapa anterior o iniciar el proceso de nuevo. A continuación, se describen las cinco etapas:

La motivación es un aspecto central de esta teoría, especialmente en cuanto a la forma en que se produce el cambio de comportamiento. Medir la susceptibilidad de una población hacia la desnutrición infantil, si se cree que la desnutrición infantil supone un problema grave y si se puede hacer algo para reducirla o prevenirla, es fundamental para catalizar el cambio.

- **Pre-contemplación:** la persona no tiene intención de actuar en los próximos seis meses.
- **Contemplación:** la persona tiene la intención de actuar en los próximos seis meses.
- **Preparación:** la persona tiene la intención de actuar en los próximos treinta días y ya ha tomado algunas medidas de manifestación del comportamiento en esa dirección.
- **Acción:** la persona ha cambiado un comportamiento específico durante menos de seis meses.
- **Mantenimiento:** penúltima etapa, en la que la persona ha cambiado de comportamiento durante más de seis meses.
- **Terminación:** cuando la persona no tiene la tentación de recaer y goza de una autoeficacia del 100 por ciento. Se trata de la última etapa del ciclo.

NIVEL FAMILIAR/ INTERPERSONAL

Dirigido a:

Comunicación para el Cambio de Comportamiento y Cambio Social

Familia cercana de la población en edad fértil, mujeres embarazadas, madres, padres y cuidadores/as de niños/as entre 0 a 5 años, niños/as pre y escolares.



Teoría de la Red Social y Apoyo Social

La Teoría de Redes Sociales plantea que, con mucha frecuencia, el individuo toma decisiones que están condicionadas por las relaciones grupales, expectativas y normas sociales y culturales (Ulin, Robinson y Tolley,

2005). Las redes sociales son la conexión entre individuos. Estas conexiones pueden constituir fuentes importantes de apoyo social (ya sea positivo o negativo). Hay cuatro tipos de apoyo social:

- Apoyo emocional**) Provisión de empatía, amor, confianza y cuidado.
- Apoyo instrumental**) Prestación de ayuda y servicios tangibles a una persona necesitada.
- Apoyo informativo**) Provisión de consejos, sugerencias e información que un individuo puede usar para resolver problemas.
- Apoyo de evaluación**) Provisión de información, como retroalimentación constructiva y afirmación para fines de autoevaluación.

Estas relaciones entre individuos también pueden cumplir otras funciones. Para la programación de la CCSyC, es importante examinar ¿quién o cuáles son las fuentes de información dentro de la red de un individuo? y ¿quién o cuál es la fuente de información en la que más se confía? Dicha información puede identificar actores clave para las iniciativas de prevención de la malnutrición infantil, y brindar orientación sobre la selección de enfoques y canales de comunicación. Esta información ayuda también a determinar si la intervención debería centrarse en mejorar o expandir una red social ya existente.

El monitoreo de las redes sociales a lo largo del tiempo puede proporcionar información sobre los resultados de la comunicación interpersonal de un programa. Por ejemplo, si hay más personas que hablen de la malnutrición infantil y si las redes sociales están creciendo. Por lo tanto, comprender con quién está conectado cada uno, así como el número y los tipos de conexiones proporciona información valiosa para el diseño, la implementación y la evaluación del programa.



NIVEL COMUNITARIO

Dirigido a:

Comunicación para el Cambio Social

Líderes, lideresas comunitarias, comités locales, COCOSAN, comadronas, terapeutas tradicionales, etc.

Difusión de las innovaciones

La Difusión de la Innovación estudia la forma en que las nuevas ideas, productos o prácticas sociales se diseminan a través de una comunidad o sistema social. Se define a la difusión como “el proceso mediante el cual una innovación se comunica a través de ciertos canales a lo largo del tiempo entre los miembros de un sistema social” (Sood, Menard, y Witte, citado por Suruchi, p.124). En este caso, la “innovación” puede ser ese “nuevo comportamiento”.

Las personas se someten a un proceso de toma de decisiones mentales que les ayuda a determinar si

aceptan o no la innovación (nuevo comportamiento). Los individuos aprenden primero, sobre una innovación (comportamiento), se forman una opinión sobre la misma, toman la decisión de adoptarla o de rechazarla, prosiguen con la decisión y, finalmente, la confirman.

La adopción de una innovación en el ámbito de un sistema social se produce como una curva de campana clásica, son cinco categorías de adoptantes. Estas son las siguientes:

- **Innovadores:** las primeras personas en usar la innovación o comportamiento.
- **Rezagados:** últimos en adoptar una innovación (comportamiento).
- **Adoptante inicial:** las primeras personas que utilizarán la innovación (comportamiento) tan pronto como esté disponible.
- **Mayoría adoptante inicial:** adoptan la innovación (comportamiento) justo antes que el miembro promedio de la comunidad.
- **Mayoría adoptante tardía:** adoptan la innovación (comportamiento) justo después que el miembro promedio de la comunidad.

Una forma de utilizar esta teoría para guiar el diseño de las intervenciones consiste en clasificar a las personas por categorías de adoptantes. Los planificadores de programas proponen un conjunto de enfoques que se adapten para llegar a diferentes usuarios. Al hacerlo, estos enfoques en conjunto pueden generar un impulso para la adopción de la innovación o del nuevo comportamiento.

Para crear estos entornos propicios y que una innovación se adopte y difunda, es importante aprovechar los tipos de comunicación formales e informales y, especialmente, el poder de las redes sociales. Pero, ¿qué tan rápido ocurrirá el cambio y en qué medida se llevará a cabo una innovación? es algo que depende de los siguientes factores:

- **Ventaja relativa:** ¿Es la innovación (o el comportamiento) mejor que el statu quo (como estamos viviendo actualmente)?
- **Observabilidad:** ¿Producirá resultados tangibles?
- **Compatibilidad:** ¿Se ajusta la innovación (o el comportamiento) al público objetivo?
- **Complejidad:** ¿Qué tan fácil resulta implementar la innovación (o el comportamiento)?
- **Viabilidad de una prueba preliminar:** ¿Puede probarse de forma preliminar antes de decidir si se adopta la innovación (o el comportamiento)?

NIVEL INSTITUCIONAL

Dirigido a:

Movilización Social

Personal a nivel central, departamental y municipal de las instituciones vinculadas a las 4 líneas de acción de la GCNN: MSPAS, SESAN, Municipalidades, MAGA, MIDES y la COMUSAN.

Teoría del cambio organizacional

Los conceptos clave (Glanz, Rimer y Viswanath 2008) se fundamentan en el desarrollo de la organización, políticas de la organización, estructura de los programas y servicios e institucionalización.

Los aspectos a los que pretende dar respuesta se enfocan en (UNINORTE, 2020, pág. 15):

- **¿Qué organizaciones son responsables o influyen en el tema que van a tratar -específicos (por ejemplo, calidad de los servicios de salud)?**
- **¿Qué prácticas y reglas organizativas afectan el tema determinado (por ejemplo, calidad y horarios de la prestación de servicios)?**
- **¿Qué políticas y dinámicas organizativas afectan negativamente en el tema determinado?**
- **¿Cómo es posible el cambio en una organización específica? ¿Existe un ejemplo previo de cambio? Si es así, ¿cómo sucedió? ¿Fue gradual o repentino? ¿Qué partes de la organización tienen más probabilidad de cambiar?**
- **¿Qué puede motivar a los miembros de la organización a apoyar el cambio? ¿Quién tiene el poder sobre el cambio?**
- **¿Cómo se pueden institucionalizar los cambios en la organización?**

En cuanto a las posibles aplicaciones, se propone: Para realizar un diagnóstico de la organización, proporcionar asistencia técnica en el proceso para informar sobre la toma de decisiones, involucrar a la administración y al personal en las actividades de concienciación de la gente, así como ayudar a las organizaciones a identificar las etapas de cambio para la institucionalización.

NIVEL POLÍTICA PÚBLICA

Dirigido a:

Abogacía / ambiente favorable

- Personas tomadoras de decisiones en el Gobierno Central y Organismo Legislativo.
- Opinión pública nacional.

Teorías de los Medios de Comunicación

En el tema de la creación de una opinión pública favorable al cambio esperado y al papel de los marcos políticos y regulatorios, los medios de comunicación masiva son un buen aliado. Un desglose de las mismas, desde UNINORTE (2020) incluye: Determinación de la agenda (McCombs y Shaw 1972; Glanz, Rimer y Viswanath 2008),

Dinámica de la agenda de los medios de comunicación, agenda pública y agenda política (Dearing y Rogers 1996), Abogacía en los medios de comunicación (Wallack et al. 1993). Esto permite establecer (UNINORTE, 2020, pág. 2):

- ¿Cómo pueden los medios de comunicación influir en la opinión pública?
- ¿Cómo pueden los medios de comunicación contribuir a los cambios en el ambiente favorable?
- ¿Ayudaría el aumento en la cobertura del tema por parte de los medios de comunicación a cambiar la percepción sobre su importancia entre los legisladores y el público?
- ¿Cómo afectaría el incremento de la cobertura de los medios de comunicación a la discusión al dialogo político?
- ¿Cómo deberían participar los encargados de la toma de decisiones (por ejemplo, reporteros, redactores, editores) a promover los cambios?
- ¿Cómo se puede ampliar y cambiar la cobertura de los medios de comunicación sobre un asunto?
- ¿Hace la diferencia la manera en que los medios enfocan el asunto?

Se plantea entonces, que su uso puede contribuir a:

- **Comprender y afectar la forma en que los medios de comunicación masiva influyen la opinión pública, especialmente sobre políticas y la formulación de políticas.**
 - Organizar eventos de capacitación.
 - Invitar a la prensa y legisladores a los eventos.
- **Intentar aumentar la cantidad y tipo de cobertura de un asunto determinado al producir y difundir materiales de alta calidad y realizar eventos noticiosos.**
 - Hacer circular comunicados de prensa y boletines informativos e informes del proyecto.
 - Organizar un premio anual a la excelencia en cobertura (sobre un tema determinado).
- **Involucrar a los encargados de la toma de decisiones en los medios de comunicación (periodistas, editores, productores y legisladores).**

Canales de comunicación que se han empleado

En el informe de investigación “Diseño y evaluación de un programa educativo para mejorar las prácticas de alimentación en niños de 6 a 24 meses de edad en comunidades de Guatemala” (1998), se identifica

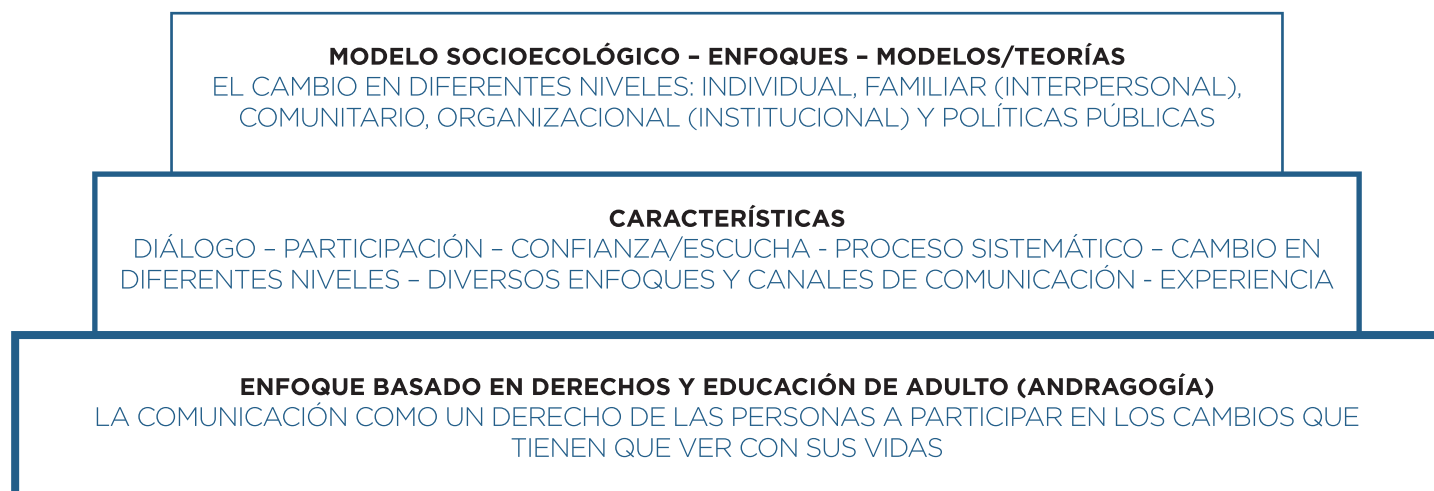
algunos canales de comunicación por medio de los cuales estuvieron expuestas las mujeres del estudio a los mensajes:

CANALES	RESULTADOS
Carteles	87% de las mujeres estuvo expuesta a carteles. La mayoría (90%) describió el contenido de los carteles. Los carteles fueron vistos con más frecuencia en los puestos de salud (43.2%), las tiendas (34%) y molino de maíz (21.9%).
Cintas grabadas (audio)	18% de las mujeres indica haber escuchado una cinta grabada (audio). De quienes escucharon, 73% mencionó el mensaje clave.
Pláticas	17.6% de las mujeres respondió haber escuchado alguna plática sobre alimentación infantil.
Juegos de lotería	15.6% de las mujeres informó haber jugado a la lotería. El 98% dijo haberlo hecho en la feria de salud. El 64% recordó al menos un mensaje de la lotería.
Ferias de salud	43% de las mujeres informó haber escuchado acerca de la feria de salud, 24% haber visto el desfile de niños/as escolares, pero sólo 18% recordó haber asistido a las ferias de salud.
Grupos comunitarios	12.1% de las mujeres informó haberse reunido con algún grupo comunitario y la mayoría de éstas asistieron a reuniones religiosas (62%), seguidas del 9% que asistió al “banco comunal”, el 32% dijo haberse reunido con otros grupos comunitarios.



Resumen del Marco Conceptual de CCSyC

ESTRATEGIA DE CCSyC DE LA GCNN





Análisis de Situación de la Comunicación

A continuación, se presenta un análisis del problema de la malnutrición desde la comunicación en Guatemala. El análisis de situación de la comunicación brinda evidencia sobre la problemática, especialmente aquella que está relacionada con los sujetos por cada nivel del Modelo Socioecológico y sus comportamientos o prácticas. Además, indaga sobre la oferta existente para atender el problema y las barreras que podrían existir para que los sujetos tengan acceso a estos servicios. Todo ello se complementa con la identificación de canales, redes y socios estratégicos potenciales para llevar a cabo las acciones de la comunicación.

1. El problema principal: la desnutrición crónica

Si bien, el documento de la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición (GCNN) establece que el problema principal es la malnutrición, este se especifica más enfocándose en la desnutrición crónica. Por medio de un análisis de la situación completo en el documento, el punto de partida es el dato de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015, 46.5% de niños y niñas menores de 5 años presentan una talla que refleja desnutrición crónica, resultado de haber sufrido permanentemente la privación de uno o varios de los factores necesarios para el logro de un crecimiento óptimo: esta prevalencia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) está clasificada como muy alta. El documento resalta que, de acuerdo con la encuesta, el bajo peso para edad (desnutrición global) y el bajo peso para talla (desnutrición aguda) son considerados de severidad media y baja, respectivamente.

Continúa el documento de la GCNN indicando que, en los últimos 50 años, la desnutrición crónica infantil se ha reducido apenas en 17 puntos porcentuales, lo cual sugiere una disminución de 0.37 puntos porcentuales por año. Este ritmo de mejoramiento, indica, es extremadamente bajo en comparación con países que han tenido y tienen programas exitosos, en los cuales se ha documentado una reducción de hasta dos puntos porcentuales por año, y también con países con un patrón de desarrollo socioeconómico similar en la región centroamericana.

Consecuencias

Una consecuencia de la desnutrición crónica sufrida en etapas tempranas de la vida es la talla baja del adulto, asociada a un rendimiento físico insuficiente y, en consecuencia, a menores ingresos laborales. En el caso de las mujeres, la baja talla aumenta el riesgo durante el embarazo y el parto, siendo un factor asociado a nacimientos con bajo peso, el cual afecta al 15% de los recién nacidos. La talla promedio de la mujer

guatemalteca, la más baja del mundo, es de 149.3 cm por lo que más de 25% de ellas tienen talla inferior a 145 cm. La baja talla materna también es un factor de riesgo para complicaciones del parto y muerte perinatal y materna, y se asocia a mayor riesgo de sobrepeso y obesidad que, en 2014-2015, ascendía a 51.9% en mujeres en edad fértil.

Causas

En el documento de la GCNN se establecen tres niveles de causalidad: las causas directas e inmediatas que se relacionan con la inadecuada alimentación (en calidad y cantidad) y el efecto de enfermedades (particularmente las infecciosas); las causas subyacentes que tienen que ver con el desarrollo de políticas y programas, así como las causas estructurales que se vinculan con la existencia de un ambiente favorable que fomente condiciones para el desarrollo de los individuos, sus comunidades y las instituciones.

Respecto a las causas inmediatas de la desnutrición, el documento menciona a la lactancia materna y la alimentación complementaria. Entre el grupo de niños/as nacidos vivos en los dos últimos años previos a la recolección de datos, la ENSMI 2014-2015 indica que el 63% habían lactado en la primera hora de vida, que en esa misma cohorte la lactancia materna exclusiva era del 63.7% entre los menores de dos meses y de 43.5% entre los 4 a 5 meses. En general, la duración mediana de lactancia materna exclusiva era de 4.3 meses en población autoidentificada como indígena y de 0.9 meses en población no indígena.

Continúa el documento de la GCNN, mencionando que los alimentos administrados para complementar la leche materna deben ser de calidad y cantidad adecuadas y suministrados con la frecuencia y la consistencia correcta, según la edad, para satisfacer las necesidades nutricionales y afectivas. Según la ENSMI 2014-2015, 20% de niños de 4 a 5 meses ya recibían otros alimentos diferentes de la leche materna y 6% no estaba lactando. Incluso, en el primer mes de vida, 2% recibía otros alimentos o líquidos distintos a la leche materna y 3.6% no estaba lactando. La dieta mínima aceptable (cuatro o más grupos alimentarios clave consumidos con la frecuencia mínima aceptable) era consumida por 55.7% de niños/as de 6 a 23 meses y por 33.7% de los de 6 a 8 meses.

La ENSMI 2014-2015 indica que 35 niños/as menores de 5 años morían cada año por cada 1,000 nacidos vivos, lo cual la convierte en una de las tasas más altas de la

región. Al mismo tiempo, la mortalidad infantil era de 28 niños/as por cada 1,000 nacidos vivos. La morbilidad infecciosa continúa siendo muy prevalente en el país y es conocido su efecto en el estado nutricional infantil debido a la frecuencia de episodios de infección y la duración de cada uno de ellos. De acuerdo con la encuesta, en los 15 días previos a la entrevista, uno de cada cinco niños/as había tenido diarrea y uno de cada 10 niños/as habían tenido infección respiratoria aguda (IRA).

En cuanto a la cobertura de los servicios de salud y nutrición para niños/as, la ENSMI 2014-2015 indica que sigue siendo baja en Guatemala. Aproximadamente el 59% de los niños/as de 12 a 23 meses de edad recibieron todas las vacunas básicas (niños 59.1% y niñas 58.9%) y los datos revelan que la vacunación infantil no es oportuna conforme a la norma. La cobertura de suplementos de Vitamina A en niños/as de 6 a 59 meses de edad fue de 49.7% en 2015. La mejora de la deficiencia de Vitamina A en Guatemala (15.8% en 1995 a 0.3% en 2010) es una evidencia de que los esfuerzos en la suplementación y fortificación de alimentos son exitosos.

El documento de la GCNN, indica que los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018 confirman que las condiciones habitacionales de las

familias guatemaltecas continúan siendo precarias, con diferencias territoriales muy marcadas: 59% de los hogares disponen de agua entubada en la vivienda y 23% se abastecen de agua de pozo perforado, agua de lluvia, río/lago, manantial, camión/tonel u otra fuente no domiciliaria. Son los municipios del norte y nor-occidente del país los que muestran más carencia de agua intradomiciliaria. Asimismo, los datos del Censo indican que el 25% de hogares disponen de un inodoro conectado a una red de drenajes y que los hogares que cuentan con conexión a drenajes se concentran en áreas urbanas de los municipios que incluyen a las ciudades más pobladas del país. A nivel nacional, el Censo reporta 5% de hogares sin sanitario, problema que se agudiza en Chiquimula, Jutiapa, Jalapa, Zacapa, Izabal, Quiché, Suchitepéquez y Petén, con porcentajes que se encuentran por arriba de 6.8%.

Por mucho tiempo se ha conocido la relación entre el material de piso de las viviendas, el riesgo de contraer enfermedades infecciosas y sus efectos en el estado nutricional infantil. El Censo registra que más de un cuarto de los hogares a nivel nacional tienen piso de tierra y que hay 10 departamentos en que el porcentaje es superior al del nivel nacional. Destacan los departamentos de Alta Verapaz (64.2%), Quiché (51.1%) y Jalapa (46.5%).

Cuadro 1: Resumen del problema con base en el documento de la GCNN¹

Causas	Malnutrición	Consecuencias
<p>CAUSAS DIRECTAS E INMEDIATAS / carencias en:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Lactancia materna. o Alimentación complementaria. o Morbilidad infecciosa (diarreas e IRAs). o Vacunación. o Suplementación Vitamina A. o Acceso a agua segura. o Uso de letrina o inodoro. o Higiene básica. <p>CAUSAS SUBYACENTES / carencias en:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Inseguridad Alimentaria y Nutricional. o Condiciones de la vivienda no saludable. o Desarrollo de políticas y programas. o Cobertura de los servicios de salud y nutrición para niños/as. <p>CAUSAS ESTRUCTURALES / carencias en:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Ambiente favorable que fomente condiciones para el desarrollo de los individuos, sus comunidades y las instituciones: Aumento de la pobreza y pobreza extrema: población con ingresos menores al costo de la canasta básica. 	<p>DESNUTRICIÓN CRÓNICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Talla baja del adulto. • Rendimiento físico insuficiente. • Menores ingresos laborales. • Riesgo durante el embarazo y el parto. • Nacimientos con bajo peso. • Complicaciones del parto y muerte perinatal y materna. • Mayor riesgo de sobrepeso y obesidad.

1. Con base en el apartado “Análisis de situación” del documento de la GCNN (págs. 5 -7).

2. Análisis de participantes

El análisis de participantes establece tres tipos de actores vinculados al problema identificado:

- **Participantes primarios:** Son todos los responsables de llevar a cabo los comportamientos esperados. Estos participantes primarios no actúan o toman decisiones solos.
- **Participantes secundarios/ influenciadores:** Son todos los actores sociales que apoyan e influyen en los participantes primarios para que lleven a cabo los comportamientos esperados.
- **Participantes/socios terciarios - Abogacía:** Habilitan el ambiente o no para que ocurra el cambio esperado. Puede tratarse de: líderes nacionales o locales, religiosos o de grupos, medios de difusión, etc.

Cuadro 2: Resumen de participantes con base en documento de la GCNN²

Prioridad	Participantes Primarios	Participantes Secundarios	Participantes Terciarios
Población rural, indígena, en pobreza y pobreza extrema Municipios priorizados de Alta Verapaz, Chiquimula, Huehuetenango, Quiché, Sololá, Totonicapán, Chimaltenango, San Marcos, Jalapa y Quetzaltenango.	Padres, madres y cuidadores/as de niños/as menores de 5 años Mujeres en edad fértil. Mujeres embarazadas. Padres, madres y cuidadores/as de niños/as en edad preescolar y escolar.	<ul style="list-style-type: none"> • Familia cercana: abuela/o, suegra, tío/a. • Comadrona/terapeuta local. • Líderes comunitarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal institucional presente en la comunidad/ municipio / COMUSAN: o MSPAS: auxiliar de enfermería, educadores/as, madres consejeras. o MAGA: educador/a, extensionistas CADER. o MIDES: facilitadores municipales. o SESAN: delegados municipales. o MINEDUC: gestores y voluntarios, CECODII. • Personal institucional de municipalidad. • Personal institucional de ONGs. • Medios masivos de comunicación. • Organizaciones basadas en fe. • Medios de comunicación. • Empresas.

2 Con base en el apartado “Análisis de situación” del documento de la GCNN (pág. 10) y cuadro D11 (pág. 29).

3. Análisis de comportamientos asociados al problema

En general, el problema básico es la desnutrición crónica. De acuerdo con la ENSMI 2014-2015: 46.5% de niños y niñas tiene desnutrición crónica (en menores de 5 años, relación talla para la edad). El problema es mayor en la población indígena: 58% de niños/as indígenas tiene desnutrición crónica, 34.2% en población no indígena. El porcentaje de bajo peso al nacer es mayor en la población indígena con un 15%; en la población no indígena es del 14%. La región con más alto porcentaje de recién nacidos con bajo peso es en el norte con el 16%. Y está asociado a falta de oportunidades como la educación: 67% en hijos/as de madres sin educación, 54.7% en hijos/as de madres con primaria incompleta y pobreza: 65.9% en niños/as ubicados en el quintil de riqueza inferior.

Se percibe poco la desnutrición infantil como un problema

De acuerdo con Figueroa y otros (2016), en la revisión de literatura sobre salud, nutrición, higiene y producción de alimentos³, el término “desnutrición” no existe en el idioma k’iche’, por ejemplo; se utiliza la palabra kawataj. Sin embargo, esta palabra significa “no comer bien” (Haeussler, C. y Matute, J., 2010). El término “desnutrición” no es bien conocido; sin embargo, se le reconoce por medio de signos y síntomas específicos, como el bajo peso, la delgadez o no jugar ni comer. Conforme a esta percepción, las causas son económicas: dada la falta de recursos faltan alimentos e higiene en el hogar (Haeussler, C. y Matute, J., 2010).

El mismo documento indica que, un estudio de métodos mixtos para identificar las estrategias clave para mejorar la alimentación de los bebés de 6 a 36 meses de dos comunidades rurales del departamento de Chimaltenango encontró que los cuidadores solo estaban al tanto de la forma aguda de desnutrición infantil y que subestimaban la prevalencia local de la desnutrición crónica (Brown, Henretty et al., 2014).

Muchas madres de San Marcos y de Totonicapán afirman que la falta de una dieta variada en los bebés puede provocar que pierdan peso, que estén desnutridos, que se enfermen o que no crezcan en tamaño. Piensan que, si no les dan una dieta variada a los bebés, estos serán anémicos, no caminarán ni tendrán una buena salud (CRS, 2014).

Las entrevistas cualitativas al inicio del Título II indicaron que la desnutrición era un problema comúnmente mencionado en todas las comunidades. Cuando se les preguntó si la desnutrición es un problema en su comunidad, la mayoría de los sujetos que respondieron contestaron que lo es; sin embargo, la mayoría también informó que no es un problema en su propia familia; los sujetos que respondieron rara vez mencionaron conocer a un niño en su familia inmediata o ampliada que sufriera de desnutrición (ICF International, 2014). Otros estudios también han encontrado que los y las participantes, en general, no ven la desnutrición como un problema que estén sufriendo. Lo perciben como un problema que existe en la comunidad o en otras comunidades (Ceballos, 2008; Brown, et al., 2014).

En investigaciones previas, se ha mostrado que los cuidadores en áreas con alta prevalencia de retraso del crecimiento de los niños no reconocen que sus hijos estén desnutridos debido a que es normal tener niños de baja estatura (Brown, Henretty et al., 2014).

Los sentimientos de los hombres y las mujeres hacia la desnutrición son similares (preocupación y tristeza), pero las mujeres asumen roles más pasivos y también describen sentimientos de culpa o impotencia por la falta de recursos económicos; los hombres buscan la forma de tomar acción y solución del problema y también expresan enojo o regañan a la esposa por no haberlo cuidado. Los sentimientos relacionados al bajo peso no son tan profundos y, ambos, mujeres y hombres, no se mueven a tomar acción (Ceballos, 2008). Las mujeres pueden tener vergüenza si un niño está desnutrido y pueden sentir que se refleja como un fracaso en su rol (USAID/Guatemala, 2013).

Comportamientos asociados al problema

El documento de la GCNN establece 4 líneas de acción programáticas, como prioridad del Gobierno 2020-2024: 1) Salud y nutrición, 2) Disponibilidad y acceso a una alimentación saludable, 3) Protección social y 4) Agua segura, saneamiento e higiene. Una quinta línea es la “Comunicación para el cambio social y de comportamiento”, la cual se considera transversal y de apoyo a las cuatro anteriores. Sin embargo, es importante reconocer que la GCNN buscará cumplir con su propósito a través de estas cuatro líneas programáticas. A través de ellas, se brindarán servicios a la población prioritaria

3 De acuerdo con los autores, en total se identificaron y compilaron 106 documentos relevantes sobre los comportamientos de salud y de prácticas de producción (livelihoods). Este total incluye tanto artículos publicados en revistas nacionales e internacionales, así como documentos y reportes relacionados con estudios específicos a Guatemala y a los diferentes programas del WHIP. De este total, 58 son específicos a Guatemala y 21 son referentes al Altiplano Occidental (p.10).

con diversos programas. El papel de la comunicación es, ayudar a que estas intervenciones sean efectivas y para ello, es necesario promover los cambios individuales y sociales necesarios.

Como punto de partida, para cada línea de acción se tiene claro que existen comportamientos que influyen en

el éxito del trabajo. Es decir, el éxito será una combinación del trabajo que ofrezcan los programas/líneas de acción, pero también de los cambios que adopten los sujetos. Estos cambios están siendo definidos con base en la evidencia.

Cuadro 3: Resultados esperados por cada línea de acción y análisis inicial de comportamientos básicos generales necesarios⁴

LÍNEA DE ACCIÓN			
LÍNEA DE ACCIÓN 1 Salud y nutrición	LÍNEA DE ACCIÓN 2 Disponibilidad y acceso a una alimentación saludable	LÍNEA DE ACCIÓN 3 Protección social	LÍNEA DE ACCIÓN 4 Agua segura, saneamiento e higiene
<p>RESULTADO ESPERADO: Promover la salud y nutrición sostenible de la población guatemalteca con énfasis en la niñez menor de 5 años de edad, preescolares y escolares, mujeres, población rural e indígena, en pobreza y pobreza extrema.</p>	<p>RESULTADO ESPERADO: Contribuir al incremento en cantidad y calidad de alimentos en la dieta de las familias rurales, mediante el apoyo a los medios de subsistencia, la seguridad alimentaria, la calidad alimentaria y el empoderamiento de la mujer.</p>	<p>RESULTADO ESPERADO: Contribuir a mejorar el acceso de la población guatemalteca a oportunidades económicas y sociales para mejorar su capital humano y prevenir la malnutrición en todas sus expresiones.</p>	<p>RESULTADO ESPERADO: Contribuir a garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua, el saneamiento e higiene para todos a nivel individual, familiar y comunitario.</p>
<p>COMPORTAMIENTOS ESPERADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llevar a cabo las acciones de la ventana de los 1,000 días. • Llevar a cabo las acciones de cuidado cariñoso y sensible. • Hacer uso de los servicios de atención primaria en salud (APSA). 	<p>COMPORTAMIENTOS ESPERADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Producir alimentos para consumo en el hogar. • Tener una ingesta dietética adecuada. • Acceder a alimentos sanos y nutritivos. • Vender excedentes para compra de otros alimentos. 	<p>COMPORTAMIENTOS ESPERADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceder a los servicios sociales (salud y educación). • Realizar acciones para una buena alimentación e higiene. 	<p>COMPORTAMIENTOS ESPERADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prácticas de higiene. • Consumo de agua segura. • Prácticas de saneamiento básico.

⁴ Con base en documento de la GCNN, líneas de acción.



LÍNEA DE ACCIÓN 1: SALUD Y NUTRICIÓN

En el análisis realizado por la Subcomisión de Comunicación para el Cambio Social y de Comportamiento de la GCNN, se estableció la siguiente matriz:

Cuadro 4: Análisis de comportamientos por Subcomisión de CCSyC⁵

NIVEL	RESULTADOS	BARRERAS	BRECHAS DE INFORMACIÓN
Individuo	1. Acciones de la Ventana de los 1,000 Días	<p>Desconocimiento y reconocimiento del problema de desnutrición. Falta de información sobre oferta programática. Falta de información sobre las acciones de la Ventana de los 1,000 Días y cuidado cariñoso y sensible. No se recibe educación en idioma local. Falta de acceso a los servicios de salud. Distancia del servicio de salud. Mitos y creencias inadecuadas respecto a alimentación y nutrición (lactancia materna, alimentación complementaria, alimentación durante el embarazo y periodo de lactancia). Falta de acciones de comunicación que generen autoeficacia para realizar cambio de comportamiento. No se integra a todas las personas influyentes en el cuidado del niño y niña. No se toma en cuenta el entorno de la familia y experiencia en las temáticas de alimentación y nutrición. Pocas e inadecuadas visitas domiciliarias. Machismo, sobre carga de trabajo de la mujer, impide planificación y recae en ella las responsabilidades del cuidado del niño. Creencias y costumbre sobre alimentación del niño pequeño. Creencias inadecuadas sobre alimentación durante el embarazo. No hay acceso a información o la información es inadecuada. Desconocimiento sobre alimentación saludable. Habilidades de comunicación inadecuadas del personal de salud. Poca sensibilidad del cuidado en la etapa de gestación. Falta de acceso a agua segura. No hay acceso económico para contar con una alimentación adecuada, variada y suficiente en cantidad y calidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Datos cuantitativos sobre la información a recabar. • Identificar estudios cualitativos para completar este análisis de situación. • Revisar la ENSMI.
	2. Acciones de cuidado cariñoso y sensible	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de información sobre las acciones de la Ventana de los 1,000 Días y cuidado cariñoso y sensible. • Cuidado, cariño y sensible: se realiza “de la misma forma que me criaron a mí” (repetición de patrones de crianza). • Machismo, no se involucra al hombre en el cuidado del niño, porque es responsabilidad de las mujeres. 	

NIVEL	RESULTADOS	BARRERAS	BRECHAS DE INFORMACIÓN
	3. Uso de los servicios de APSA	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de acceso a los servicios de salud. • Distancia del servicio de salud. • Difícil acceso a servicios de salud (inadecuado o nulo transporte público, carreteras inadecuadas). 	
Familiar	Apoyo en las prácticas a padres y madres	<ul style="list-style-type: none"> • No existe estandarización de mensajes de comportamientos para salud y nutrición. • Poco personal para consejería en la comunidad. • Pocos medios de comunicación que den mensajes de SAN. • Falta involucrar a líderes religiosos en la temática de SAN. • Falta información inadecuada sobre alimentación y nutrición. • Al momento de elaborar las estrategias, no se toma en cuenta el entorno familiar, por lo que las acciones no tienen pertinencia. 	
Comunidad	Compromiso comunitario, apoyo a las familias en cumplir con las prácticas	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas domiciliarias insuficientes. 	
Institucional	Prestación de servicios integrales/enfoque de educación y promoción	<ul style="list-style-type: none"> • Formas de comunicación deben mejorarse. • Visitas domiciliarias poco frecuentes para la promoción de cambio de comportamiento. • Barrera lingüística. • Deficiente comunicación entre personal y personas. • Por ejemplo: los auxiliares de nutrición regañan. Revisar pensum de estudio de las cuidadoras de niños/as (guarderías). • Cuidadores de los niños con formación inadecuada en nutrición y alimentación. 	
Políticas Públicas	Respaldo político	<ul style="list-style-type: none"> • Necesario el involucramiento de los pueblos indígenas y mujeres en la elaboración e implementación de políticas. 	

A continuación, se hace un análisis de varios estudios disponibles y datos de encuestas para identificar información que ayude a comprender la puesta en práctica o no, de los comportamientos esperados en cada línea de acción.

Acciones de la ventana de los 1,000 días

Factores relacionados a comportamientos con respecto embarazo, control prenatal, espaciamiento de embarazos⁶

NIVEL INDIVIDUAL: mujeres embarazadas, mujeres en edad fértil

La prevención de complicaciones está más asociada a otros factores no biológicos

Las mujeres priorizan los factores sociales antes que los biológicos al momento de proteger su salud durante el embarazo. Atribuyen los problemas durante el embarazo o durante el parto a las peleas con su familia o con su esposo. Además, las mujeres señalan que la conducta de una mujer embarazada es importante para evitar complicaciones. Esto incluye dejar de hacer trabajo pesado y tratar de relajarse (Berry, 2006).

Embarazo adolescente es común

En las áreas rurales, no se desalientan los embarazos en la adolescencia, ya que hay énfasis en el rol reproductivo de las mujeres (Sáenz, 2013b). Para muchas jóvenes guatemaltecas, especialmente en las áreas rurales, la maternidad es considerada la única opción en la vida (Sáenz, 2013a).

En el estudio realizado por UNICEF y la Mesa Técnica de PLANEA en Alta Verapaz confirmó que el acceso a la educación formal es un factor importante para prevenir embarazados: sólo el 62% de las adolescentes tiene acceso a la educación formal, situación que empeora en municipios como Chisec (48%). Otro factor identificado es que el papel de la mujer es “ser madre” y “ser esposa”, 50% de las personas encuestadas (adultos y adolescentes) considera que, para ser reconocida o tomada en cuenta en la comunidad, una adolescente debe estar casada o unida. Por otro lado, tiene que ver con el acceso a información: 7 de cada 10 adolescentes dicen que no han buscado información sobre sexualidad, relaciones sexuales y métodos anticonceptivos. La mitad de adolescentes hombres y mujeres (54%) dice que no ha recibido Educación Integral de Sexualidad (EIS). El 48% de las mujeres adolescentes cree que hablar de sexualidad “es pecado” o “es incorrecto”.

Atención prenatal, pero tardía

64% de mujeres entre 15 a 49 años tuvo atención prenatal durante el embarazo por parte de personal médico (54% para mujeres indígenas), 27% por enfermera (35% en mujeres indígenas), 4% por comadrona capacitada. Número de visitas para atención prenatal (15 a 49 años): ninguna 3.8%, una 1.3%, dos a tres 8.7% y cuatro o más 86.2%. 68% realizó su primera visita para atención prenatal antes del 4º. mes de embarazo (ENSMI 2014-2015).

Conocimiento sobre atención prenatal debida por etnia

De acuerdo con el “Estudio de línea de base para el Componente de Nutrición, Programa de País, UNICEF 2015-2019” al establecer el conocimiento sobre atención prenatal debida (conocimiento de las señales de peligro, sabe a qué lugar debe ir en caso de una señal de peligro, posee formas de transporte rápido, cuenta con un ahorro de emergencia, tiene asignado a un familiar para la toma de decisiones rápidas, tiene preparado lo que debe llevar a la hora del parto, cuenta con una persona encargada de los otros niños y/o resto de la familia) por grupo étnico, se pudo establecer que: 38% de las mujeres Ch’orti’ conocen la atención prenatal debida, 29% de las mujeres Poqomchi’, 32% Q’anjob’al, 33% Tz’utujil, 28% Q’eqchi’, 33% Kaqchikel, 48% K’iche’, 25% Mam (UNICEF, 2015).

Práctica de la atención prenatal por etnia

De acuerdo con el “Estudio de línea de base para el Componente de Nutrición, Programa de País, UNICEF 2015-2019” se tomó en cuenta para contar con la práctica de la atención prenatal, cumplir con: llevar a cabo al menos, 4 controles (el primero durante el primer trimestre de embarazo), hacerlo en el servicio de salud público (puesto o centro de salud), tomar Hierro y Ácido Fólico (prenatales) y recibir la vacuna TT. En el estudio se identificó por grupos étnicos el cumplimiento de la práctica: 22% de mujeres embarazadas Ch’orti’, 19% Poqomchi’, 28% Q’anjob’al, 35% Tz’utujil, 15% Q’eqchi’, 23% Kaqchikel, 24% K’iche’, 22% Mam.

Ventajas de espaciar embarazos

Una investigación formativa encontró que las mujeres perciben que las ventajas del espaciamiento entre nacimientos incluyen las siguientes: tener más tiempo para cuidar de sus hijos y recuperarse del parto, que el bebé desarrolle más independencia antes de que la madre se enfoque en un nuevo bebé y tener recursos financieros adecuados. Las mujeres también creen que esperar mucho tiempo para tener más hijos podría llevar

a la infertilidad y la incapacidad de cuidar a los nuevos hijos. Algunas mujeres indicaron que el espaciamiento entre nacimientos era difícil ante las creencias religiosas, el machismo y la falta de conocimiento sobre la planificación familiar (Sáenz, 2013b).

Poco uso de métodos de planificación familiar

El uso de anticoncepción es bajo, particularmente, entre las mujeres indígenas. Un estudio reciente entre las mujeres maya encontró una anticoncepción anterior baja (9%), la que se encuentra por debajo del promedio nacional del 43% y del promedio de la población indígena (24%) (Chomat, Solomons et al., 2014).

Según el estudio de UNICEF y Mesa Técnica PLANEA 2019, 65% de las y los adolescentes no sabe qué es un método anticonceptivo. 90% de las adolescentes mujeres no han acudido al servicio de salud en búsqueda de métodos anticonceptivos. 28% de las y los adolescentes utiliza actualmente algún método anticonceptivo mientras que el 38% tiene la intención de utilizar un método anticonceptivo en su próxima relación sexual.

Desventajas de usar métodos de planificación familiar

El machismo juega un rol en el uso de la planificación familiar; se piensa que el uso de anticonceptivos puede causar enfermedades que pueden influenciar a los hombres a buscar otra pareja y, por lo tanto, fragmentar la familia (Sáenz, 2013a).

Uso de métodos de planificación familiar e infidelidad

El uso de los métodos de planificación familiar (Family Planning, FP) estaba asociado con la infidelidad (Angeles, G. et al., 2014). Existe una creencia de que si una mujer es fiel, estará embarazada, y de que si está siendo infiel, usará la planificación familiar y evitará el embarazo (USAID, 2013).

Costo de métodos de planificación familiar

El costo de los métodos de planificación familiar constituye una barrera para el acceso de las adolescentes y las mujeres jóvenes, quienes tienen menos probabilidades de involucrarse en trabajo remunerado (USAID, 2013).

Falta de conocimiento sobre la importancia de la suplementación con Hierro y Ácido Fólico durante el embarazo desde el inicio del embarazo

84% de las embarazadas tomó pastillas de Hierro (ENSMI 2014-2015). Según el estudio de Cuellos de Botella (2012), al preguntarles a las mujeres embarazadas si están tomando el hierro y el ácido fólico desde el primer trimestre de embarazo cerca del 30% afirmó estar haciéndolo. Y el 55.9% tenía la intención de tomar hierro y ácido fólico hasta el final del embarazo. Una cuarta parte de madres entrevistadas consideran que no los necesitan y que “no los acostumbran”. También resalta el hecho que entre el 15.5% no sabe que los micronutrientes son necesarios.

Vacunación: 61% de las embarazadas recibieron 2 o más dosis de vacunas Td (Toxoide tetánico y diftérico) (ENSMI 2014-2015).

NIVEL FAMILIAR: parejas de las mujeres embarazadas, mujeres en edad fértil

Influencia de la pareja de la mujer embarazada

Las mujeres indígenas en unión están frecuentemente subordinadas a la autoridad conyugal y tienden a estar bajo el control social de las familias de sus esposos. Aunque se dice que las decisiones en el cuidado de los hijos y de la salud reproductiva de la mujer se hacen en pareja, en la práctica tanto hombres como mujeres admiten que es el hombre quien ultimadamente decide. Con frecuencia ellos toman todas las decisiones familiares, incluyendo cuántos hijos tener, dónde y cuándo buscar atención médica y pueden impedir que las mujeres salgan de sus viviendas si no cuentan con su consentimiento (Saézn, 2013).

Ausencia de planes de emergencia familiar para el parto

En el estudio sobre cuellos de botella, realizado en 2012 por varias organizaciones y el Gobierno de Guatemala, se identificó que 6.5 % de las mujeres embarazadas entrevistadas que afirman que su familia cuenta con planes de emergencia y que cuentan con fondos para la movilización de la mujer embarazada durante una emergencia obstétrica. Además, existe desconocimiento sobre lo que debe incluir el plan de emergencia: más de la mitad de las entrevistadas no pudo mencionar alguna de las actividades incluidas en el plan de emergencia, un elemento muy débil es la definición de quién va a tomar las decisiones rápidas, lo cual es un elemento crítico para agilizar la movilización de la embarazada ante una complicación obstétrica y neonatal.

Influencia de la familia en el uso de métodos de planificación familiar

La influencia social y de pares fue un gran indicador de abstinencia y del uso de preservativo en un estudio realizando con adolescentes de América Central. Las normas de la familia y los modelos de los roles de la familia también cumplieron un papel (Fernandez et al., 2010).

NIVEL COMUNITARIO: líderes comunitarios y religiosos

Buena percepción de la importancia de la atención prenatal por líderes y comadronas

Según el estudio de análisis de Cuellos de Botella (2012), el 61.7% de líderes comunitarios entrevistados/as que poseen un buen conocimiento de la atención prenatal. Y el 58.4% de las comadronas (esto incluye: conocimiento que tienen sobre el tiempo en que debe iniciar los controles o chequeos prenatales y con qué personal debe asistir una mujer embarazada para dicho fin).

Influencia de la comadrona

En el estudio sobre cuellos de botella, realizado en 2012 por varias organizaciones y el Gobierno de Guatemala, se identificó que alrededor del 60% de las embarazadas y madres de menores de 12 meses, indicaron que han recibido atención prenatal en su casa o por parte de una comadrona; la atención prenatal en los centros comunitarios es un poco más del 30%. Las embarazadas adolescentes son atendidas principalmente en su casa o la de la comadrona (33%), ninguna refirió haber asistido a un centro comunitario o servicio privado.

De acuerdo al estudio de análisis de cuellos de botella (2012), el 85% de las comadronas indicaron que en los últimos tres meses recibieron capacitaciones relacionadas con atención prenatal. Las capacitaciones fueron recibidas principalmente por los médicos y enfermeras de un servicio de salud. Pero menos de la quinta parte de las entrevistadas recuerda haber sido capacitadas para educar y referir a las embarazadas.

Normas de género

Las normas de género restringen el acceso a la información sobre la salud sexual y reproductiva y sobre la planificación familiar, alientan un gran tamaño familiar, y limitan la comunicación con parejas, por lo que se reduce la demanda de planificación familiar en el Altiplano Occidental (USAID, 2013).

Factor religioso

Las mujeres y los hombres tienen actitudes fatalistas sobre la voluntad de Dios y la cantidad de hijos y el espaciamiento entre ellos. Estos se dejan a la voluntad de Dios en vez de ser una responsabilidad personal (Brambila, Ottolenghi et al., 2007). Algunos estudios han encontrado una demanda de planificación familiar que es culturalmente sensible a las creencias indígenas (Brambila, Ottolenghi et al., 2007). Otros estudios han mostrado que en muchas comunidades, las personas creen que cada mujer está predestinada a tener cierta cantidad de hijos; dar a luz a estos hijos es una obligación e intentar limitar los nacimientos es un pecado. Para muchos, el uso de la planificación familiar va en contra de la voluntad de Dios (Sáenz, 2013a).

Sexualidad

La sexualidad continúa siendo un tabú en Guatemala en cierto modo, y las mujeres normalmente prefieren hablar sobre la anticoncepción con sus amigas y hermanas en vez de con sus esposos. Las mujeres no se sienten libres de tomar decisiones sobre la anticoncepción sin el consentimiento de sus esposos (Sáenz, 2013b). En general, los adolescentes tienden a evitar hablar de sexo, ya que hablar de eso causa miedo y vergüenza. Entre los adolescentes indígenas, particularmente las mujeres, las comunidades locales influyen en gran medida la falta de uso de preservativo, que es visto como inmoral. Los adolescentes reciben mensajes contradictorios de sus comunidades y las organizaciones de promoción de la salud (PAHO, 2010). El uso de preservativo entre los adolescentes sexualmente activos está normalmente determinado por el hombre (Sáenz, 2013b).

De acuerdo al estudio de UNICEF y Mesa Técnica PLANEA 2019, el 43% de padres de mujeres adolescentes piensa que la comunidad reprueba que los padres de adolescentes hablen de sexualidad porque "es pecado" o "es incorrecto".



NIVEL INSTITUCIONAL: servicios de salud

Servicios de salud

La diferencia étnica respecto del uso del cuidado prenatal institucional fue pequeña; sin embargo, el parto institucional fue significativamente menos frecuente entre las mujeres indígenas que entre las mujeres ladinas (36% en comparación con 73%), como lo fue la necesidad satisfecha de anticonceptivos modernos (49% en comparación con 72%). El hecho de no hablar español representó la mayor porción de estos diferenciales étnicos. La educación deficiente y la residencia rural de las mujeres indígenas constituyeron porciones del diferencial étnico en el uso de anticonceptivos modernos más pequeñas que su desventaja económica.

Satisfacción de la atención prenatal recibida en los servicios de salud

3.9% de las mujeres embarazadas entrevistadas que califican la atención prenatal como satisfactoria (lo cual implica: que las entrevistadas estuvieran satisfechas con los mensajes, la consejería, las visitas de atención prenatal y la entrega de hierro y ácido fólico).

Poca efectividad en mensajes enviados o estrategias de comunicación utilizadas

3.7% de las mujeres embarazadas entrevistadas por el estudio de Cuellos de Botella (2012) recibieron mensajes consejería en atención prenatal y recordaban el contenido. Cuando se explora de quién recibió estos consejos o mensajes para el cuidado del embarazo, entre el 15% y 20% refirió que médicos o enfermeras les habían hablado principalmente de señales de peligro y la alimentación en este período; en estos mismos temas, cerca del 10% citó que los recibieron de comadronas capacitadas.

Barreras en el acceso a métodos de planificación familiar

Existen varias barreras para el acceso de mujeres indígenas a los métodos de planificación familiar. Se estima que el 43% de los proveedores requieren la autorización del esposo para recetar cualquier método y que los proveedores mencionan precauciones injustificadas al momento de recetar determinados métodos, como la píldora e inyecciones. Casi un cuarto de los proveedores de salud cree que deberían determinar el método más adecuado para las mujeres (Sáenz, 2013a). El 75% de las

embarazadas fue informada (en la atención prenatal) sobre las complicaciones durante el embarazo (ENSMI 2014-2015).

Las barreras que afectan el acceso de las mujeres a los servicios de planificación familiar incluyen los siguientes: 1. Discriminación de los pueblos indígenas por parte de los proveedores, 2. Servicios hostiles (falta de privacidad durante las citas, períodos de espera prolongados, falta de servicios culturalmente adecuados), 3. Falta de extensión y promoción culturalmente adecuadas de los servicios de planificación familiar, 4. Falta de integración del personal de salud de la comunidad a los servicios de planificación familiar, 5. Ideas negativas sobre las mujeres que utilizan la planificación familiar (es decir, las mujeres que utilizan la planificación familiar son infieles y tienen falta de conocimiento sobre los efectos secundarios), y 6. Un entorno social y familiar que no permite la planificación familiar (machismo, falta de autonomía de las mujeres, influencia de los suegros en las decisiones de la pareja, creencias religiosas) (Sáenz, 2013b).

Pertinencia cultural

Los servicios anticonceptivos pueden no ser siempre proporcionados en los dialectos maya locales. La sensibilidad cultural y lingüística es crucial para proporcionar servicios sexuales y reproductivos a los guatemaltecos indígenas. Una ONG denominada Wuku' Kawoq se dedica a realizar proyectos de desarrollo en el área de la salud, mientras que fortalece el idioma y la cultura maya (Wehr y Tum, 2013).

Acciones de la ventana de los 1,000 días

Factores relacionados a comportamientos con respecto a la lactancia materna exclusiva⁷

NIVEL INDIVIDUAL: madres de niños/as menores de 6 meses

Un poco más de la mitad de niños y niñas menores de 6 meses reciben LME

El 53% de menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva (58.6% en niños/as entre 0 a 3 meses y 53.1% en niños/as entre 0 a 5 meses). Sin embargo, a mayor nivel educativo, menos es el porcentaje de lactancia materna exclusiva en los primeros tres meses de vida: 77.8% sin educación, 68.8% en primaria incompleta, 36.7% en secundaria y 28.6% en educación superior).

No se mantiene hasta los primeros 6 meses:

La duración promedio de la lactancia materna exclusiva es de 4 meses (4.3% en población indígena y 0.9% en no indígena, 1.8% cuando el parto fue institucional y 4.9% cuando fue atendido en casa) (ENSMI 2014-2015).

No hay claridad en lo que significa que sea “exclusiva”

Existe confusión sobre la introducción y el tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva (Brown, Henretty et al., 2014; Haeussler, C. y Matute, J., 2010). Muchas madres no comprenden la frase “lactancia materna exclusiva”, creen que solo se refiere a “no dar alimentos sólidos” pero sí se introducen otros líquidos (medicinales, por ejemplo) (UNICEF, 2012; Sáenz, 2013b; Cano, 2014; Haeussler, C. y Matute, J., 2010).

Los líquidos se incorporan de manera precoz por dos razones: como alimento para complementar la leche materna y como medicamentos (Sáenz, 2013a) (Haeussler, C. y Matute, J., 2010). Algunas mujeres les dan a los bebés agua e infusiones (anis, manzanilla y otras hierbas), ya que piensan que pueden calmar la sed, regular la temperatura interna del bebé, y prevenir o curar enfermedades digestivas, como cólicos o indigestión (Sáenz, 2013b). Mientras que muchas mujeres normalmente informan una lactancia materna exclusiva, análisis adicionales indican que también dan a sus bebés

otros tipos de líquidos o alimentos licuados (Sáenz, 2013; van Beusekom, Vossenaar et al., 2013).

Bajo conocimiento sobre la LME

El estudio de análisis de cuellos de botella 2012, identificó que el conocimiento es prácticamente nulo: 0.1% en madres de niños/as menores de 24 meses. Esto implica conocer el momento en que se debe dar lactancia materna por primera vez a los recién nacidos; cuánto tiempo se debe dar lactancia materna exclusiva a un lactante, qué elementos garantizan la alimentación de buena calidad en los menores de seis meses y los beneficios la lactancia en este grupo de niñas y niños.

Buenas prácticas de LME por etnia: sobresalen madres q'eqchi'

De acuerdo con el “Estudio de línea de base para el Componente de Nutrición, Programa de País, UNICEF 2015-2019” se tomó en cuenta para contar con la práctica de lactancia materna exclusiva, cumplir con: amamantar al niño/niña exclusivamente (únicamente) de leche materna durante los primeros 6 meses, dar pecho al niño/niña por primera vez en la primera hora de nacido, saber el tiempo en el que es prudente dar agüitas al niño por primera vez (después de los 6 meses), recibir mensajes o consejos sobre lactancia materna en los últimos 3 meses. En el estudio se identificó por grupos étnicos el cumplimiento de la práctica: 67% de madres de niños y niñas de 0 a 24 meses Ch'orti', 79% Poqomchi', 51% Q'anjob'al, 58% Tz'utujil, 91% Q'eqchi', 58% Kaqchikel, 63% K'iche', 64% Mam.

Percepción de las ventajas de la LME

Algunas madres saben que la leche materna refuerza el sistema inmunológico y proporciona nutrientes que el bebé necesita (UNICEF, 2012). No hay mucha conciencia respecto del vínculo madre-hijo creado ni respecto de la disminución del riesgo de infección (UNICEF, 2012).

Calostro (leche rala o primera leche): percepción de que es beneficioso

por lo general, las madres saben que es beneficioso para el bebé (Haeussler, C. y Matute, J., 2010). Una cantidad reducida de mujeres creen que la primera leche no es nutritiva y por lo tanto no se la dan al bebé (Sáenz, 2013b). Algunas mujeres creen que el calostro ayuda a reducir el espesor de la leche y elimina la sed y el hambre de los bebés para que no lloren (Haeussler, C. y Matute, J., 2010).

Sin embargo, en algunos lugares es frecuente el uso de laxantes, tales como el aceite de chicorea (aparentemente no relacionado a la Cichorium intybus), aceite de oliva, aceite de ricino, los cuales tienden a complementar al calostro. Su finalidad es para limpiar el estómago del recién nacido. No está bien documentado su uso: algunas personas dicen ofrecerlo durante tres días. Como sustituto del calostro se ofrece té de anís y agua azucarada, pues se piensa que el calostro es una leche rala e inmadura que resulta insuficiente para las necesidades del niño (Saenz, 2013).

Inicio en la primera hora de nacido/a más en establecimientos de salud públicos que privados

El 63% de madres iniciaron la lactancia dentro de la primera hora de nacido su hijo/a (53% en partos atendidos por médicos, 38% en establecimiento de salud privado, 37% en madres con estudios de educación superior, 69.4% en población indígena y 56.4% en población no indígena) y 86% el primer día de nacido/a. 45% de niños/as nacidos en partos atendidos por un médico recibieron alimentación diferente a la lactancia materna antes de iniciar la lactancia y 75% en los que nacieron en un establecimiento de salud privado (ENSMI 2014-2015).

Dar de mamar a las pocas horas después del nacimiento no suele asociarse al hecho de que las mujeres comprendan los beneficios de la primera leche, sino a motivos prácticos: las madres explican que, una vez que el bebé tiene hambre, no cuentan con ningún otro tipo de leche para alimentarlo (Sáenz, 2013b). Se ha documentado que algunas mujeres esperan hasta tres días para comenzar a amamantar a sus hijos a fin de permitir que la leche “baje” o para que la leche madure (Sáenz, 2013b). De acuerdo con las comadronas, la mayoría de los bebés nacen con hambre y se prenden al pecho, mientras que otros nacen “cansados” y necesitan dormir un tiempo antes de comenzar a mamar (Sáenz, 2013b).

De acuerdo con el estudio de análisis de cuellos de botella (2012), 54% de las madres de menores de 12 meses refieren que dieron lactancia materna a su hija o hijo en su primera hora de vida, mientras que una quinta parte lo hizo en las primeras 24 horas.

Creencia de que son capaces (autoeficacia) o no, de dar pecho

Algunas madres creen que no pueden producir “suficiente” leche y que la leche materna no alcanza para calmar la sed del bebé (Olney, Arriola et al., 2012/ Proyecto PROCOMIDA).

Percepción de la relación del embarazo y LME

Hay una percepción frecuente de que los niños amamantados por mujeres embarazadas se enfermarán: “Una vez que quedó embarazada, ya no le doy leche al niño... Prefiero darle atol para no enfermarlo” (Brown et al., 2014). Para evitar esto, se desteta activamente a los niños desalentando la lactancia materna o introduciendo alimentos complementarios, en lugar de esperar a que el niño alcance el destete por su propia cuenta (Haeussler, C. y Matute, J., 2010). Los datos muestran que es poco frecuente que una madre no amamante o que deje de amamantar antes de los 6 meses.

Uso de pacha o biberón

Niños y niñas alimentados con biberón a temprana edad: 31% en niños/as de 0 a 1 mes de edad y 34% en menores de 6 meses. Si el bebé nace prematuro o por cesárea, se le da pacha porque no hay leche materna disponible (Haeussler, C. y Matute, J., 2010).

Dieta de la mujer embarazada: importancia de alimentos de origen animal

En San Marcos y Totonicapán, más del 40% de las madres que no comían alimentos de origen animal al menos una vez por semana durante el embarazo indicaron que se habían vuelto anémicas, que habían perdido peso, que habían perdido el apetito y que se habían enfermado, lo que indica que las madres reconocen la importancia de comer dichos alimentos y los micronutrientes que contribuyen, como hierro y ácido fólico.

Más del 60% de las madres que no comían alimentos de origen animal al menos una vez a la semana señalaron que sus hijos nacerían desnutridos, con bajo peso al nacer o de pequeño tamaño, y que las proteínas animales están asociadas con el desarrollo fetal (CRS, 2014). Las madres que han dado a luz recientemente tratan de asegurarse de tener una buena cantidad de leche materna nutritiva.

La madre no puede comer alimentos fríos porque la leche podría enfriarse y provocar dolores de estómago y diarrea (Sáenz, 2013b). Las mujeres que están amamantando solo deberían tomar bebidas calientes para producir leche materna (Sáenz, 2013b). La leche puede calentarse excesivamente si la madre se enoja, y esto también puede afectar la salud del bebé (Sáenz, 2013b).

Mantener el cuerpo de la madre caliente para producir leche

Tratan de mantener sus cuerpos muy calentitos porque creen que esto favorece la producción de leche. Se bañan con chuj, toman sopas y toman té especiales. Las mujeres toman caldo de patas, café con chile, atol de chocolate y atol de maíz. Otros alimentos calientes son los boxboles, el pulique con chile y el atol con jengibre (Sáenz, 2013b). Algunas mujeres dicen que las mujeres embarazadas no pueden comer comida rápida, boquitas saladas, dulces, salchichas, gaseosas, jugos artificiales, ni pueden comer queso de leche, frijoles, arvejas, pescado seco, camaroncillo, carne, pollo, vísceras, huevos, aceite, mantequilla ni margarina, porque es malo para ellas y para el bebé (CRS, 2014).

La mitad de las madres ya no continúa la lactancia hasta los 2 años de edad del niño/a

El 43% de niños/as entre 20 a 23 meses de edad ya no están lactando (ENSMI 2014-2015).



NIVEL FAMILIAR: abuelas, suegras y parejas

Influencia de la abuela

La abuela es aquella reconocida por las comadronas y las madres como la persona a cargo de observar y proporcionar consejos sobre la lactancia materna (Sáenz, 2013b). Proporciona consejos específicos a las madres de acuerdo con las recomendaciones escuchadas en el centro de salud, especialmente sobre la posición y sobre cómo sostener al bebé (Sáenz, 2013b).

Influencia de la suegra

La suegra también refuerza los consejos proporcionados por la comadrona con respecto al txaa o xnaj, así como con respecto a la dieta materna, a cómo alimentarse bien durante el embarazo para tener fuerza durante el parto, evitando los alimentos fríos y consumiendo comidas calientes para aumentar la producción de leche materna (Sáenz, 2013b).

Muchas madres y abuelas valoran el calostro como la “primera vacuna”, la “primera vitamina” que también ayuda a “limpiar el estómago del bebé” y a prepararlo para la leche materna (Sáenz, 2013b).

NIVEL COMUNITARIO: comadronas y líderes comunitarios

Influencia de la comadrona

Si la comadrona asistió el parto, el 64% de la lactancia materna comenzó dentro de una hora, en comparación con el 49% entre los médicos (Sáenz, 2013b). Un estudio en Atitán encontró que es una práctica cultural comenzar a amamantar durante la primera media hora después del nacimiento (Cano, 2014).

La mayoría de las comadronas entrevistadas cree que las madres (sobre todo primerizas) deben aprender más sobre la lactancia materna (Sáenz, 2013b).

Las comadronas declaran que las recomendaciones sobre las prácticas de lactancia materna se proporcionan, en general, solo a las madres primerizas, a quienes les muestran la forma correcta de posición y agarre. Dicen que otras madres “ya saben qué hacer” y no reciben ninguna información. Sin embargo, muchas madres dijeron que nunca habían recibido ningún tipo de asesoramiento sobre las prácticas de lactancia materna de parte de las comadronas, ni siquiera durante el primer embarazo. De

acuerdo con las madres y las abuelas, las comadronas prestan más atención al estado de la madre y ven si el bebé está limpio y cubierto, y no ofrecen ningún consejo sobre la lactancia materna.

De acuerdo con madres y abuelas, las comadronas solo “ven” que el niño mame pero no dan ningún consejo; ellas también manifestaron que son solamente las madres primerizas quienes piden y reciben consejos primordialmente de sus madres y suegras (Sáenz, 2013b).

Las sesiones de asesoramiento sobre la lactancia materna brindadas por las comadronas son mínimas y solo se ofrecen, usualmente, a aquellas mujeres embarazadas por primera vez (Sáenz, 2013b).

Un estudio en los municipios de San Juan Atitán, Nebaj y Comitancillo mostró que las comadronas conocen las reglas de lactancia materna, y casi todas facilitan la lactancia materna dentro de la primera hora de nacimiento. También saben retrasar el corte del cordón umbilical; sin embargo, saben poco sobre el contacto de piel con piel al momento del nacimiento (UNICEF, 2012; Sáenz, 2013b).

Las comadronas encuestadas declararon que un baño de vapor aumenta la producción de leche materna, protege a una mujer del aire, alivia los dolores posnatales y ayuda a la recuperación posparto (Sandra Sáenz, 2013b). También proporcionan sugerencias para asegurar una buena calidad y cantidad de leche materna, especialmente beber una variedad de atoles y chocolate (Sáenz, 2013b).

Papel de líderes comunitarios

Solo la mitad de los líderes de la comunidad entrevistados estaban al tanto de que la lactancia materna debe comenzar dentro de la primera hora de vida del bebé (UNICEF, 2012). El estudio de análisis de cuellos de botella (2012) identifica que 60% de las comadronas y líderes comunitarios, conocen cuándo se debe iniciar la atención prenatal y quiénes son los proveedores calificados para brindar este tipo de control, sólo un 44% y 22.8% de ellos respectivamente tiene conocimientos básicos sobre lactancia materna.

Grupos comunitarios de apoyo a la LME

Con base en el estudio de análisis de cuellos de botella (2012), 7.7 de las mujeres embarazadas entrevistadas afirma que en su comunidad hay algún grupo de madres para hablar de la lactancia materna. 10.8% de madres de niños/as menores de 24 meses también lo afirma.

NIVEL INSTITUCIONAL: personal de servicios de salud y empleadores

Desventaja en hospitales privados

Un estudio del 2002 en la Ciudad de Guatemala encontró que el determinante más importante de la iniciación temprana de la lactancia materna era el lugar de parto. Era significativamente más probable que los niños nacidos en el hogar y en los establecimientos de salud del gobierno iniciaran de forma temprana la lactancia materna que los niños nacidos en hospitales privados (Dearden, Altaye et al., 2002).

Poca consejería brindada sobre LM y poca efectividad de la misma

20.7% de las mujeres embarazadas entrevistadas afirma que ha recibido consejería o mensajes con relación a lactancia materna y 16.9% de las madres de niños/as menores de 24 meses. Es preocupante la efectividad de la consejería brindada en los servicios de salud, ya que sólo un 16% de las mujeres embarazadas y madres de niñas y niños menores de 24 meses entrevistadas en la salida de los puestos, centros y hospitales visitados, recordaron que se les habló sobre la alimentación de la niña y el niño en los primeros seis meses. Sólo un 15% recuerda haber sido orientada sobre lactancia materna exclusiva, pero casi ninguna madre pudo indicar qué se les aconsejó, específicamente, sobre la alimentación a libre demanda, no usar pachas o darle agüitas al lactante.

Influencia de personal de salud

La mayoría de las mujeres entrevistadas declararon que reciben consejos de sus familias (madre, suegra, esposo) y otros, incluidos la comadrona, el centro de salud, los asesores y los médicos. El mensaje promocional que dan los trabajadores de la salud en relación con los beneficios de la lactancia materna suele no ser comprendido por las madres y tampoco satisface su necesidad de información (Herrarte, Sierra et al., 2014). Las mujeres embarazadas o las madres de bebés de menos de 24 meses que participaron en entrevistas de salida en las clínicas, los centros de salud o los hospitales rara vez recuerdan haber recibido asesoramiento sobre cómo alimentar a sus bebés durante los primeros 6 meses o sobre la lactancia materna exclusiva (UNICEF, 2012).

Poco apoyo a comadronas

El personal del sistema de salud oficial reconoce que las comadronas no son bien recibidas ni en los centros de salud ni en los hospitales por varios motivos: envidia profesional, discriminación étnica, observaciones y regaños que tienden a subestimar sus capacidades y a criticar sus prácticas (Sáenz, 2013b). Debido a la baja paga que reciben por sus servicios y la pobreza en la que viven, pocas comadronas son capaces de invertir en equipo de trabajo y, usualmente esperan a que los servicios de salud u otras agencias se lo proporcionen (Sáenz, 2013b).

Empleadores

Las mujeres trabajadoras deben forzosamente descontinuar la lactancia materna exclusiva y volver a trabajar 40 días después del parto (USAID, 2013).

NIVEL NACIONAL: diseñadores de políticas públicas

Factores estructurales y LME: la importancia de la educación formal

Las madres jóvenes sin suficiente educación, aisladas y poco informadas corren un alto riesgo de terminar la lactancia materna exclusiva si se encuentran con dificultades. También suplementan la leche materna con otros líquidos o agua contaminada para aliviar a un niño sediento (USAID, 2013).

Acciones de la ventana de los 1,000 días

Factores relacionados a comportamientos con respecto a la alimentación complementaria / alimentos fortificados / micronutrientes⁸

NIVEL INDIVIDUAL: madres de niños/as menores de 6 a 24 meses

Conocimiento sobre su importancia

De acuerdo con el estudio de análisis de cuellos de botella (2012), solo el 10.1% de las madres de niños/as entre 6 a 24 meses tiene buen conocimiento sobre la alimentación complementaria, esto implica: la edad a la que se debe introducir alimentos al lactante (como complemento de la leche materna), los factores que garantizan una alimentación de calidad y los momentos clave para el lavado de manos.

En Totonicapán: el 10% de las madres de bebés de 6 a 24 meses conocen la importancia de la alimentación complementaria. 29.4% de las mujeres embarazadas saben que deben introducir la alimentación complementaria a los seis meses. Sin embargo, solo un quinto de las adolescentes estaba al tanto de esta práctica. Este estudio también encontró que solo el 5% de las mujeres conocían la frecuencia adecuada de la alimentación de sus bebés (UNICEF, 2012). Algunas mujeres de San Marcos y de Totonicapán con bebés de 6 a 24 meses comprenden la importancia y la relevancia de una dieta variada para los bebés; saben que reduce la desnutrición y que beneficia el desarrollo mental y físico. Saben que aportará al crecimiento de los bebés y evitará enfermedades, que los fortalecerá y los mantendrá satisfechos (CRS, 2014). El 52% de las niñas y niños de 6 a 23 meses consumen una dieta mínima aceptable (56% de niños/as amamantados consumen una dieta mínima adecuada frente al 39% de niños/as no amamantados). En población indígena es de 54% frente a 57% de no indígenas (ENSMI 2014-2015).

Inicio de la alimentación complementaria

El 11% de los niños y niñas a los 6 y 8 meses continúan con lactancia exclusiva a pesar de que ya puede ingerir otro tipo de alimento (ENSMI 2014-2015). En las áreas rurales de Guatemala, normalmente la alimentación complementaria comienza entre los 6 y los 9 meses, con una tendencia a introducir la alimentación complementaria de forma temprana. La introducción de alimentos se da entre los seis y los nueve meses de

8 Tomado en parte de: Figueroa y otros (2016), tabla 2.

edad, de manera casual y no sistemática (FAO, 2012). Normalmente, las madres no se guían por el conocimiento de cuándo introducir la alimentación complementaria, sino por los bebés, que indican que están listos para comer alimentos complementarios (Sáenz, 2009; Sáenz, 2013; Sáenz, 2013b; Cano, 2014). Las madres de dos comunidades rurales indígenas guatemaltecas informaron que introdujeron alimentos complementarios cuando los niños parecían quedarse con hambre después de tomar el pecho (Sáenz, 2013b).

En el estudio en Alta Verapaz, los datos del grupo focal de la investigación formativa indicaron que los primeros alimentos que las madres daban a sus bebés cuando comenzaban a alimentarlos entre los 6 y los 11 meses eran tortillas desmenuzadas, sopa (con tortilla), agua de arroz, banano cocido, caldo con hierbas y leche de vaca. Se daban alimentos en base a los consejos de los esposos o porque los niños comenzaban a pedir comida (Olney, Arriola et al., 2012). Los datos de la encuesta del mismo estudio revelaron que los primeros alimentos que daba la mayoría de las madres eran caldos y sopas. Esto apunta a una discrepancia entre los datos del grupo focal y de la encuesta, lo cual indica un sesgo de deseabilidad social.

Inicio tardío

En el área de Ixil, las madres normalmente comienzan la alimentación complementaria después de 10 meses porque los bebés se niegan a comer alimentos complementarios (Sáenz, 2013b). Muchas madres creen que la leche materna es un “alimento supernutritivo” que puede satisfacer todas las necesidades nutricionales del bebé durante su primer año de vida y no ven la necesidad de alimentos complementarios durante ese tiempo (Sáenz, 2009).

Bajo conocimiento de alimentación complementaria por etnia

De acuerdo con el “Estudio de línea de base para el Componente de Nutrición, Programa de País, UNICEF 2015-2019” se tomó en cuenta para contar con conocimiento de la alimentación complementaria, cuando: La madre conoce bien cuándo debe comenzar a incluir en la dieta de su hijo/hija alimentos que complementen la leche materna, sabe que debe darle y cómo; además, la madre conoce la edad en la que debe comenzar a dar alimentos diferentes a la leche materna su hijo/hija. En el estudio se identificó por grupos étnicos el cumplimiento de la práctica: 46% de madres de niños y niñas de 0 a 24 meses Ch’orti’, 50% Poqomchi’, 31% Q’anjob’al, 29% Tz’utujil, 39% Q’eqchi’, 28% Kaqchikel, 39% K’iche’, 28% Mam.

La práctica de alimentación complementaria por etnia

De acuerdo con el “Estudio de línea de base para el Componente de Nutrición, Programa de País, UNICEF 2015-2019” se tomó en cuenta para contar con la práctica adecuada de la alimentación complementaria, cuando: Recibió mensajes o consejos sobre alimentación complementaria en los últimos 3 meses, los niños/niñas tienen una dieta mínima aceptable en la cual son amamantados de los 6 a 24 meses de edad y consumen de 4 o más grupos alimentarios, las mujeres cuentan y asisten al grupo comunitario de actividades educativas en alimentos y nutrición. En el estudio se identificó por grupos étnicos el cumplimiento de la práctica: 23% de madres de niños y niñas de 0 a 24 meses Ch’orti’, 22% Poqomchi’, 48% Q’anjob’al, 37% Tz’utujil, 62% Q’eqchi’, 45% Kaqchikel, 39% K’iche’, 26% Mam.

Dieta de calidad

De acuerdo al estudio de análisis de cuellos de botella (2012), el 45.2% de niños de 6 a < 24 meses reciben una dieta mínima aceptable (que son amamantados o no). Esto implica niños/as: que 75.1% fueron alimentados el mínimo de veces recomendadas en las últimas 24 horas (si maman por lo menos tres veces y si no maman por lo menos 4 veces) (85.8% desayuno, 25.3% refacción de la mañana, 87.5% almuerzo, 18.4% refacción de la tarde, 78.9% cena); 63.6% que maman o que no, y que fueron alimentados de acuerdo a los estándares mínimos de infantes y prácticas de alimentación (47.3% en niños/as entre 6 a 8 meses); que fueron alimentados con el mínimo de grupos alimentarios recomendados, en las últimas 24 horas (si maman por lo menos tres grupos y si no maman que reciban por lo menos cuatro de ocho grupos de alimentos importantes) (Entre el 40 y 50% manifestaron que sus hijos consumieron un alimento como vegetales de hojas verde oscuro, otras frutas y verduras. Un poco más del 40% citaron que los niños consumieron huevos y al menos un alimento del grupo de los frijoles).

En Totonicapán: solo un quinto de las mujeres con bebés de 6 a 24 meses pudo nombrar 1 o 2 elementos importantes para asegurar que un bebé mayor de 6 meses pueda tener una nutrición de buena calidad, y aproximadamente el 40% no conocía ningún elemento (UNICEF, 2012).

Maíz en la dieta

De acuerdo con el estudio de UNICEF (2020) acerca del consumo de huevo en la región Ch’orti’, “el hambre se resuelve de manera general con dos productos agrícolas: el maíz y el frijol”. Ambos tienen un vínculo afectivo, tienen un significado especial para las personas en cuanto a que les satisface el hambre. El maíz posee un papel central en la dieta, su consumo está muy ligado a percepciones de saciedad: solo el maíz satisface y es

necesario consumirlo en cierto volumen para calmar el hambre y nutrir el cuerpo. El maíz se considera la fuente primordial de energía, de vitalidad y de la vida misma y que su ingesta es indispensable para obtener “la fuerza para poder trabajar”. El mismo estudio encuentra que “comer bien” frecuentemente significa una alta ingesta de maíz, ya que se considera que las tortillas, tamales y atoles de maíz ayudan a digerir los otros alimentos, además de proveer energía vital; la queja frecuente de que “el niño no comió nada” o que “el niño no comió bien”, más que anorexia se refiere muchas veces un bajo consumo de maíz (FAO 2012).

Falta de consumo de carne

Algunas madres preferían no alimentar a sus hijos con carne, aunque tuvieran más dinero para comprarla, dado que consideraban que no era saludable (Olney, Arriola et al., 2012). Igualmente, aunque haya carne o pollo en la olla familiar muchas veces no se les da a los niños sino hasta después de los 12 e incluso 18 meses, por temor a que “se atraganten” por no poder aún masticar bien. Este tipo de creencias exagera la monotonía de la dieta para los niños menores de dos años, ya que las propias familias no les ofrecen todos los alimentos que consumen los adultos. En varias comunidades se dijo que el cerdo se criaba pero no se consumía porque se temía que fuera dañino (FAO, 2012).

Poca variedad en la dieta

De acuerdo con la ENSMI 2014-2015, el 79% de los niños y niñas entre 6 y 8 meses eran alimentados con leche materna, pero también recibió algún alimento sólido, principalmente hechos de granos (67%), legumbres y nueces (42%), otras frutas y vegetales (32%), alimentos hechos de raíces y tubérculos (32%). Existe la creencia entre las mujeres de San Marcos y Totonicapán de que una dieta variada representa un costo para la familia, causará indigestión en los bebés e impedirá que un bebé crezca rápidamente (CRS, 2014). La fruta más frecuente que se le da a los bebés es el banano, al menos, en lo identificado en San Marcos y Totonicapán (CRS, 2014). La Incaparina, un popular producto comercial de atol, es muy conocido como alimento fortificado o como alimento con vitaminas agregadas (Brown, Henretty et al., 2014).

Café en la dieta

Un estudio realizado en Alta Verapaz encontró que, si bien las madres informaron que sabían que el café es malo para los niños, muchas madres informaron que les dan café a sus bebés (Olney, Arriola et al., 2012). En las comunidades de control de la evaluación PAISANO, se les daba café a los bebés menores de 3 meses cuando parecían letárgicos o pasivos (Herrarte, Sierra et al., 2014).

Productos altos en azúcares, grasas, sal en la dieta

Existe un alto consumo de azúcares en niños y niñas que están entre 6 y 8 meses que corresponde a un 53% y de alimentos preparados con aceite, 26% (ENSMI 2014-2015). Las bebidas con sabor a fruta se consideran saludables y recomendables para los niños. Si bien se hace una diferenciación entre “jugos de caja” (la mayoría son néctar de fruta) y “jugos Tampico”, a estos últimos se les considera jugo de naranja. Decía una señora: “los Tampico son jugo de naranja, tiene vitaminas y ayuda para las lombrices de los niños. Es buen alimento” (FAO, 2012). La ventaja de la comida chatarra frente al atol fortificado, como la Incaparina, era el dinero ahorrado en la compra de combustible, el cual es necesario para hervir el atol (Brown, 2014).

Alimentos fríos/calientes desde la cosmovisión

La percepción de que los alimentos “fríos” (entre los que se encuentran muchas frutas y vegetales) afectan la digestión y pueden hacer enfermar al niño limita su consumo. (FAO, 2012). En la evaluación de las comunidades que participaron en el programa PAISANO y en las comunidades de control, se pensaba que la papaya causa diarrea y no se podía servir cruda a los niños menores de 18 meses. Se pensaba que la piña altera la temperatura corporal en los bebés, elevándola. Cuando se alimenta a los niños menores de 18 meses con piña, se sirve como un jugo sin pulpa, dado que la pulpa puede pegarse al estómago de un niño. Se pensaba que la sandía causa dolor de estómago, como resultado de su efecto en la temperatura corporal. En bebés de menos de 12 meses, se piensa que causa cólicos y cambios en la conducta (Herrarte, Sierra et al., 2014). La dicotomización de alimentos en fríos o calientes se observa tanto en la población indígena como en la ladina en el departamento de Totonicapán; durante el estudio se escuchó la valoración de alimentos que no debían ser consumidos por niños pequeños debido a su “temperatura”. Por ejemplo, varias personas mencionaron que el repollo no era apto para el consumo infantil por ser decididamente frío. Se ha logrado constatar que esta clasificación prescribe la alimentación particularmente en momentos específicos de mayor vulnerabilidad, tales como el embarazo, puerperio, la primera infancia y episodios de enfermedad (FAO, 2012).

Según ASECSA (2002, citado por UNICEF, 2020), las enfermedades dentro del modelo de salud maya se atribuyen al desequilibrio frío-caliente: “Esto acontece cuando el cuerpo pierde su equilibrio interno calor-frío, por diversos motivos”. “La comprensión y explicación del desequilibrio frío-caliente es uno de los más notables, en la medicina maya, pues abarca a las enfermedades, a los alimentos, ciclos en la vida de las personas, que son temporales y permanentes. Así, una mujer embarazada es caliente y debe evitar alimentos calientes, mientras que una puérpera es fría por lo que necesita el temascal. Un joven sano es caliente y un anciano es frío”.

El bajo consumo del huevo a partir de los 6 meses está condicionado por la creencia que es un “alimento frío”

El estudio de UNICEF (2020), indica que, particularmente el huevo se considera “acuoso” por lo tanto, “un alimento frío por su propia naturaleza”, lo que podría ayudar a comprender la lógica de no administrar huevos a los niños pequeños “que aún están fríos y necesitan llenarse de calor para lograr una suerte de consistencia”, “no deberían ser alimentados con otro elemento frío que podría resultar en desequilibrio o enfermedad”.

Prioridad de la alimentación según sexo: los hombres primero

En la evaluación de las comunidades de PAISANO se identificó la creencia de que hay que alimentar a los niños, quienes suelen llorar más que las niñas, para que no molesten a los demás. Las niñas son más tranquilas y no demandan tantos alimentos (Herrarte, Sierra et al., 2014). En muchas comunidades, el sentido de identidad de las mujeres está relacionado con su capacidad para preparar alimentos y cuidar a su familia (USAID, 2013). Los jefes de familia de sexo masculino recibían una proporción relativamente más alta de las proteínas de la familia, y las jefas de familia recibían una proporción relativamente más alta de las calorías energéticas de la familia que otros miembros de la familia (USAID, 2013).

Preparar alimentos al niño/a requiere una mayor inversión de tiempo

En algunas comunidades, las madres mencionaron que era difícil alimentar a los niños tres veces al día porque era necesario preparar alimentos especiales para ellos y esto consumía tiempo. Para algunas madres, no es fácil alimentar a los niños con la misma frecuencia y al mismo tiempo que al resto de la familia. Algunas prefieren alimentar a los niños antes o después, lo cual puede aportar al crecimiento y la salud del niño (Zuleta, 2008).

Cantidad

En el área de Alta Verapaz, un estudio de 2012 indicó que las madres no alimentaban a sus hijos con mayores cantidades porque sus hijos estaban acostumbrados a comer una pequeña cantidad con una frecuencia de tres veces al día, y tenían miedo de aumentar la cantidad de alimento y provocar que el bebé se enfermara (Olney, Arriola et al., 2012). Se alimenta a los niños con pequeñas cantidades porque las madres creen que ingerir demasiado alimento puede enfermarlos y que los alimentos sólidos pueden producir asfixia (Sáenz, 2013b). La alimentación complementaria no se proporciona con la variedad, las cantidades y la frecuencia adecuadas (Sáenz, 2013b). La distribución de alimentos usualmente

la hace la madre, empezando por el hombre, quien tiende a recibir mayor cantidad de alimentos. Los niños, por el contrario, reciben poca comida pues se tiende a subestimar su capacidad gástrica y las madres evitan que los alimentos sean desperdiciados (FAO, 2012).

Conservación de lo alimentos

El Programa Integrado del Altiplano Occidental (Western Highlands Integrated Program, WHIP) también encontró preliminarmente que las familias de las comunidades rurales no cuentan con un sistema adecuado de almacenamiento en frío en el hogar, lo cual restringe el consumo de alimentos percederos de origen animal. Las familias de las comunidades rurales no pueden almacenar productos que requieran refrigeración, como leche y carne (Angeles, 2013; SPRING 2015a). Dado que no existen formas de preservación de carnes, incluso cuando se destaza en la comunidad, buena parte de la carne es para vender. (FAO, 2012).

Consistencia: comida un poco más espesa pero no como papilla o puré

Las madres indígenas de comunidades rurales pueden tener marcadas diferencias con respecto a las consistencias de los alimentos y preferencias marcadas de acuerdo con la edad y el estado de salud de sus hijos (Parker, Schroeder et al., 1998). Las madres normalmente no alimentan a sus niños con ciertos alimentos, como hierbas y frijoles, porque pueden atorarse en la garganta o en el estómago y pueden ahogar a los bebés o causarles diarrea (Sáenz, 2013b). Las madres también creen que los bebés no podrán digerir purés espesos, pero sí alimentan a los niños mayores con comida más espesa porque sienten que les llenará el estómago (Sáenz, 2013b). Las madres también alimentan a sus hijos con pequeñas cantidades de comida porque creen que ingerir demasiada comida puede enfermarlos, y muelen el alimento antes de servirlo para evitar el riesgo de infecciones (Sáenz, 2013a; Sáenz, 2013b).

La mayoría de las mujeres creen que solo deberían proporcionarse alimentos de consistencia ligera, líquida o semilíquida a los niños con fiebre, de manera que el niño “pueda tragarlos”, para que los alimentos “puedan bajar por la garganta fácilmente”. Si los niños presentan diarrea, las madres prefieren darles alimentos con consistencias más ligeras para reemplazar la pérdida de agua. Por lo general, no existen preferencias particulares por las consistencias de los alimentos para los niños saludables, además de que sean “suaves” para que sean “fáciles de tragar” y que “llenen el estómago” (Parker, Schroeder et al., 1998). La creencia es que los niños menores de un año deben comer purés muy ralos o de lo contrario no se lo comen o corren el riesgo de ahogarse (FAO, 2012). En la mayoría de las comunidades, la mayor parte de las madres comienzan la alimentación complementaria con alimentos líquidos. Por ejemplo, cuando preparan una comida a base de verduras, algunas madres preparan un

caldo con una consistencia similar a una sopa o atol para el bebé. En estas comunidades, las madres reconocen la variedad de consistencias de los alimentos (Zuleta, 2008).

Alimentos fortificados y la percepción de que son caros

El alimento fortificado, por excelencia, ha sido la Incaparina, el cual ya tiene cerca de 50 años de existir. La Incaparina goza de gran aceptación entre la población y es considerada un atol de alta calidad. La barrera para su uso ha sido el precio (Saéñz, 2013). Un estudio de métodos mixtos para identificar estrategias clave para mejorar la alimentación de bebés de 6 a 36 meses de dos comunidades rurales en el departamento de Chimaltenango encontró que, a pesar de que los alimentos fortificados eran altamente valorados, se les percibía como caros, aunque se gastaban cantidades proporcionales de dinero en comida chatarra (Brown, Henretty et al., 2014). Muchas personas aún no comprenden por qué el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) entrega alimentos fortificados (WFP, 2014).

Consumo de micronutrientes

El 32% de niños y niñas entre 6 a 59 meses de edad tienen anemia (71% en niños y niñas entre 6 a 8 meses, 70% en niños y niñas de 9 a 11 meses y 58% en niños y niñas entre 12 y 17 meses. La prevalencia de anemia es mayor en el área rural (35%) que en el área urbana (27%). El 80% de las niñas y niños entre 6 a 23 meses consumieron alimentos ricos en vitamina A. El grupo que menor consumo tuvo fue el de 6 a 8 meses de edad (55%).

En el área rural es menor el consumo de vitamina A (78%) en cambio en el área urbana (85%). A nivel regional donde menos se consume vitaminas es en la región norte con 61%. El 67% de niños y niñas entre 6 y 23 meses consumieron alimentos ricos en Hierro. 39% de niñas y niños entre 6 a 8 meses de edad lo consumieron y el 79% de niños/as entre 18 y 23 meses lo consumieron (ENSMI 2014-2015). La deficiencia de Zinc en niños/as de 6 a 59 meses de edad es de 24.8% en el área urbana y 41.8% en el área rural (ENMICRON 2009-2010).

NIVEL FAMILIAR: pareja y suegra

Influencia de esposos y suegras

Un estudio de métodos mixtos para identificar las estrategias clave para mejorar la alimentación de los bebés de 6 a 36 meses en dos comunidades rurales del departamento de Chimaltenango encontró que estas decisiones eran tomadas por los esposos y por las suegras (SPRING 2015a). Por otro lado, un estudio de investigación formativa realizado en el Altiplano Occidental encontró que las mujeres tienen la autonomía de decidir qué alimentos comprar (Brown, Henretty et al., 2014). Si bien los hallazgos sobre la autonomía son mixtos, ambos estudios encontraron la fuerte influencia ejercida por los esposos y las suegras. Los padres y las suegras son las personas que toman las decisiones sobre las mejoras en la alimentación del niño. En algunos casos, las suegras son reconocidas como jefe de familia, y las madres informaron que sus esposos le daban el dinero para los gastos del hogar directamente a la suegra en vez de a ellas (Brown, et al., 2014). El 75% de los hogares son intergeneracionales (SPRING 2015a).

Influencia del padre/esposo

La participación paterna en la crianza de los hijos y en la provisión de los alimentos esenciales y los recursos financieros también está afectada por enfermedades mentales, como la depresión y el alcoholismo (Chary, 2011). A pesar de que los hombres muestran poco interés en las cuestiones alimentarias, ellos ejercen control sobre las actividades de las mujeres y, por lo tanto, influyen las prácticas alimentarias. Las mujeres están bajo la presión de proporcionar alimentos deseables para sus esposos (USAID, 2013). La violencia doméstica puede darse como resultado del conflicto por los alimentos (compra y preparación) porque esta cuestión se considera un deber; las mujeres están obligadas a satisfacer a los esposos (USAID, 2013). Las mujeres en San Marcos y Totonicapán dicen que es el esposo o son las madres quienes deciden comprar alimentos variados para el bebé (CRS, 2014).

NIVEL COMUNITARIO: comadrona, líderes comunitarios

Influencia de las comadronas

Según el estudio de análisis de cuellos de botella (2012) sólo un 22.4% de comadronas posee buen conocimiento acerca de la alimentación complementaria; 55.2% conoce que se debe comenzar a dar alimentos a partir de los 6 meses y 32.8% de ellas conoce que los niños/as mayores de 6 meses deben tomar leche materna además de otros alimentos.

Ausencia de grupos de apoyo a la alimentación complementaria en la comunidad

De acuerdo con el estudio de análisis de cuellos de botella (2012), menos del 10% de las madres entrevistadas refiere que hay alguno en su comunidad y un 6% o menos, afirman que han asistido a uno de ellos para que se les hable sobre alimentación complementaria, en el último mes.

Influencia de líderes comunitarios

Los líderes de la comunidad parecen no tener conocimiento sobre las prácticas adecuadas de alimentación complementaria. Solo un quinto de los líderes y de las comadronas sabían cuál era la edad correcta para introducir alimentos complementarios además de la leche materna (UNICEF, 2012).

Influencia de comités comunitarios

El COSAN y el COCODE son los principales comités mencionados en casi todas las comunidades como estructuras que pueden fomentar el tema de la desnutrición. Los líderes religiosos católicos y evangélicos tienen credibilidad en la comunidad e influencia en la misma (Ceballos, 2008).

NIVEL INSTITUCIONAL: servicios de salud

Influencia de los servicios de salud

Los servicios de salud y los puestos de salud comunitarios no están capacitados adecuadamente en asesoramiento sobre nutrición, y la prestación de servicios de salud se complica debido a los servicios culturalmente inadecuados (C-Change, 2012). La mayor preocupación de los padres en relación a los proveedores de salud no está enfocada en el maltrato de los servidores públicos, sino en la falta de medicamentos y las consecuencias de que los servicios carezcan de estos. Pocos contestaron que si reciben un maltrato no regresan al servicio y que en muchos casos cuando llegan al servicio de salud, al inicio de una enfermedad, les indican que regresen después y cuando se empeora la situación, les regañan por no haber llegado antes (Ceballos, 2008).

Las usuarias entrevistadas a la salida de los servicios evalúan la calidad de la atención recibida con un puntaje medio de 83. Los servicios con más baja calificación siguen siendo los hospitales (78.3%). Se toma en cuenta: manejo del tiempo, amabilidad, aspectos de atención y trato personal.

Poca consejería brindada y poco efectiva

Con base en el estudio de análisis de cuellos de botella (2012), sólo el 14.5% de las madres de niños/as entre 6 a 24 meses entrevistadas indican que han recibido consejería o mensajes con relación a alimentación complementaria. Esto implica: que los mensajes les hubieran gustado, los entendieran, fueran suficientes y les fueran útiles. 73% calificó baja la categoría relacionada con la claridad de la información que recibió.

Solo una tercera parte de las entrevistadas (33.3%) refirió que en el servicio de salud se les habló sobre alimentación complementaria, lo cual es crítico si se toma en cuenta que acaban de salir de la consulta.



NIVEL NACIONAL: diseñadores de política pública

Migración

En relación con el tema de la migración de los esposos a Estados Unidos, a la capital, a la costa y a otros lugares del país [los participantes] indicaron que es un problema, pues los niños se ponen tristes, se enferman y no comen. Además, las mujeres deben estar a cargo del hogar y tienen que trabajar, por lo que no pueden cumplir con la doble función o papel de madre y de proveedora, lo que provoca el descuido de los/as hijos/as y su alimentación se ve afectada (Ceballos, 2008).

Pobreza

La línea de base del WHIP realizada en el Altiplano Occidental encontró que las familias gastan casi la mitad de sus ingresos en adquirir la dieta más básica. Esto indica que la pobreza puede ser un factor para proporcionar una nutrición adecuada a los bebés (Angeles, 2013). El análisis realizado utilizando Optifood sugiere que la ingesta requerida de, al menos, cuatro porciones de verduras cada día sería potencialmente demasiado costosa para las familias en el Altiplano Occidental (FANTA, 2013). El mismo estudio encontró que el costo de los alimentos de origen animal es relativamente alto y no es accesible para muchas familias en el Altiplano Occidental.

Acciones de la ventana de los 1,000 días

Factores relacionados a comportamientos con respecto al control pediátrico: control de peso y talla / vacunación / tratamiento de enfermedades

NIVEL INDIVIDUAL: madres de niños/as menores de 6 a 24 meses

Vacunación: se percibe como buena, pero no se completa la dosis

El esquema completo de inmunizaciones, que en teoría debería conseguirse a los 12 meses, en realidad se consigue mucho más tarde: el 71% de los niños de 12-23 tiene el esquema completo. La aceptación de las vacunas es grande y se encontró sólo a 2.5% de los niños no

recibe ninguna. Casi todas las madres tienen el carnet de vacunación (87%) (Saéñz, 2013). 59%. En niños y niñas de 18 a 29 meses, es de 85%. Abandono en completar las dosis: 17% de niños y niñas de madres sin educación no son vacunados en la tercera dosis (vacuna pentavalente y contra la polio 21%). El grupo más vulnerable son niños y niñas que ocupan los últimos lugares en el orden de nacimiento en la familia e hijos, hijas de madres indígenas, hijos de madres sin educación y en el quintil de riqueza inferior. El área rural tiene menores coberturas en todas las vacunas en comparación con el área urbana (ENSMI 2014-2015).

Tratamiento de enfermedades

Las infecciones respiratorias agudas (IRAs) son más frecuentes en niños y niñas de 6 a 11 meses (14%) y de 12 a 23 meses (13%). De niños y niñas que presentaron síntomas de IRAs, el 52% buscó consejo o tratamiento en alguna institución de salud. El 62% corresponde a niños y niñas entre 6 y 11 meses y 57% de 12 a 23 meses. Las madres con mayor educación son las que más demandan por la atención a sus hijos con síntomas de IRAs. Cuando existió fiebre en el niño o la niña, el 50.1% buscó consejo o tratamiento de una institución o proveedor de salud (48% en el área rural, 47% en grupo indígena). Buscó tratamiento a la diarrea el 43% de niños y niñas menores de 5 años y lo hizo con el proveedor de salud. 49% recibió sobres de sales de rehidratación oral (SRO), 9% recibió suero casero recomendado (SCR), el 53% recibió SRO o SCR. 33% recibieron antibióticos, 1% recibió Zinc, 29% recibió remedio casero y 12% no recibió ningún tratamiento. El grupo no indígena es el que más buscó tratamiento para la diarrea (45%), frente al grupo indígena que lo hizo en un 42%. Las madres que menos buscaron consejo con las del grupo sin educación (39%) (ENSMI 2014-2015). En Palencia, Flores (2011) hizo una visita de seguimiento a madres que habían consultado en el centro de salud por diarreas e IRAs de sus hijos pequeños. Al preguntar cómo se había administrado el tratamiento, ella encontró que alrededor de la mitad de las madres había seguido las instrucciones, a pesar que todas habían recibido indicaciones sobre cómo hacerlo. Los aspectos que menos se siguieron fue la duración del tratamiento (40%) y dosis indicada (48%). Además, solo el 52% administró todos los medicamentos recetados y un 12% no administró ninguno (el 57% había recibido en forma gratuita el tratamiento completo); la razón principal para no seguir el tratamiento completo fue no poder comprar lo que el centro de salud no le había dado, en tanto la razón principal para interrumpirlo fue ver la mayoría del niño (Saéñz, 2013).

Identificación de señales de peligro en las enfermedades infantiles

En las distintas evaluaciones de proyectos se coincide que el signo de peligro mejor reconocido es el de ojos hundidos (alrededor de 20% lo reconoce); no queda claro qué tan bien reconocido sea el incremento de sed, pues algunas encuestas muestran cifras del 10% y otras de

más de 50%. Otras encuestas han señalado que hasta un 30% de las madres no reconocían ningún signo de alarma (vg, Haeussler et al. [2003] en Coatepeque). Además, se observó que la mollera caída o fontanela hundida era un signo bien reconocido, pero raramente se le asociaba a la deshidratación y no era siempre considerada un signo de gravedad. (Saézn, 2013).

Control de peso

Aunque se encontró que el 41% de las madres dijo llevar a sus hijos a pesar, no pueden relacionar esta actividad con su salud; el 7% dijo no saber por qué llevaba sus hijos a pesar (Saézn, 2013).

Identificación se signos de peligro en recién nacidos

Tradicionalmente las madres no han sabido reconocer los signos (biomédicos) de peligro en el recién nacido. Tanto ellas como las comadronas han tendido a minimizar la magnitud del peligro, intentando atenderlo en casa, lo cual conlleva a la demora en la búsqueda de atención. También ha influido la percepción que los resultados de una complicación en un recién nacido son voluntad de Dios y que son los propios niños (“ángeles”) quienes deciden si viven o mueren (Saézn, 2013).

NIVEL INSTITUCIONAL: servicios de salud

Baja cobertura de servicios de salud para monitoreo de peso

Dos evaluaciones sobre la promoción y monitoreo de crecimiento, ambos específicos al PEC. Santizo et al. (2008) encontraron que la cobertura es baja, pues solo la tercera parte de los niños es monitoreado por los servicios de salud, proporción que sube a cerca del 50% entre los niños cubiertos por el PEC, señalando que el 46% de los niños habían sido pesados el mes anterior a la encuesta. El 92% de las madres (encuesta de salida de la clínica) dijo que sus hijos habían sido pesados, aunque sólo el 24% de ellas llegó al centro de convergencia específicamente para el monitoreo de crecimiento. Los autores encontraron conocimientos muy limitados de todo el personal (incluyendo médicos y enfermeras profesionales), tanto en antropometría como en consejería. Apenas el 41% de las madres recibió alguna explicación sobre el peso de sus hijos (en el grupo control fue 55%), lo cual señala las debilidades de la consejería. (Saézn, 2013).

9 Tomado de estudio UNICEF (2019).

Acciones de la ventana de los 1,000 días

Crianza con carino / prevención de violencia contra la niñez⁹

NIVEL INDIVIDUAL: madres de niños/as menores de 6 a 24 meses

Negligencia

En el estudio de UNICEF “Diagnóstico de normas sociales con adultos, sobre los derechos de la niñez; estudio CAP en niñas, niños y adolescentes sobre formas de autoprotección contra la violencia” (2019), 43.9% de los padres y madres afirma que en su comunidad hay padres, madres o tutores/as con solvencia económica pero que no se preocupan por la alimentación, ropa y necesidades escolares de sus hijos/as.

Castigo y uso de la violencia en la crianza

87.7% de adultos opinan que en su comunidad hay personas que corrigen o disciplinan a sus hijos/as por medio de castigos muy frecuentes, utilizando cincho, chicote, vara, golpes o gritos. Y un 69% considera que hay personas que lo hacen ignorando a sus hijos/as, haciéndoles de menos, dejándoles de hablar, poniéndoles en vergüenza, discriminándoles o rechazándoles.

El 50.7% de padres, madres y tutores/as piensa que los demás adultos consideran que si los padres no corrigen o disciplinan a sus hijos/as por medio del castigo como cincho, chicote, golpes o gritos, es por “falta de carácter”.

En este mismo estudio, se levantó información con base en análisis de dibujos elaborados por niños/as entre 7 a 12 años, donde se identificó que el 45.5% expresan (mediante las imágenes) el vivir en un ambiente amenazante. Sololá y San Marcos son los departamentos con un porcentaje mayor al 55%, donde las niñas y niños perciben su entorno familiar amenazante, distante e inseguro. El 94.7% de las niñas y niños expresó gráficamente sentir incomodidad, tensión, encierro, presión, ansiedad y aislamiento emocional.

El 61% de padres, madres y tutores/as afirman tener una actitud de crianza razonable o consecuente. 77.2% de los adultos que considera que la edad de los hijos condiciona su forma de corregirlos o disciplinarlos



Brechas de información sobre comportamientos

ASPECTO	NECESIDAD DE INFORMACIÓN BÁSICA	Sí	No
Acciones de la ventana de los 1,000 Días	Control prenatal, embarazo, parto		x
	Lactancia materna exclusiva y lactancia materna continuada		x
	Alimentación complementaria		x
	Alimentos fortificados		x
	Consumo de micronutrientes		x
	Control pediátrico: vacunación, control de peso y talla, tratamiento de enfermedades (IRAs y ETAs)		x
Acciones de cuidado cariñoso y sensible	Estimulación oportuna	x	
	Prevención de violencia / cuidado cariñoso	x	x
Uso de los servicios de APSA	Demanda de uso de los servicios de salud		x

LÍNEA DE ACCIÓN 2: DISPONIBILIDAD Y ACCESO DE ALIMENTOS

En el análisis realizado por la Subcomisión de Comunicación para el Cambio Social y de Comportamiento de la GCNN¹⁰, se estableció la siguiente matriz:

Cuadro 5: Análisis de comportamientos Línea 2 por Subcomisión de CCSyC

NIVEL	RESULTADOS	BARRERAS	BRECHAS DE INFORMACIÓN
Individuo	1. Producción de alimentos	<ul style="list-style-type: none"> No existe tecnificación agrícola. Prácticas culturales en agricultura y alimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> Información con MAGA
	2. Ingesta dietética inadecuada	<ul style="list-style-type: none"> Poca disponibilidad de alimentos. Desconocimiento de alimentación saludable. Mitos y creencia sobre alimentación saludable. 	
	3. Acceso a alimentos sanos y nutritivos	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilidad de alimentos ultra procesados a bajo costo en las comunidades. Campañas publicitarias masivas para consumo de alimentos poco nutritivos. Mercados lejos de la comunidad, por lo que no hay disponibilidad ni acceso físico a una variedad de alimentos. 	
	4. Venta de excedentes para compra de otros alimentos	<ul style="list-style-type: none"> Pocos incentivos fiscales inadecuados para apoyo al pequeño productor. 	

10 04/02/2021 en las instalaciones de SESAN.

NIVEL	RESULTADOS	BARRERAS	BRECHAS DE INFORMACIÓN
Familiar	Apoyo a las prácticas de padres y madres	<ul style="list-style-type: none"> • Machismo. • Estatus que brinda el consumo de alimentos ultra procesados. • Patrones culturales en la ingesta de alimentos. • Inadecuadas estrategias de alimentación saludable dirigida a todos los miembros de la familia, poco personal y no se realiza en idioma materno. • No existe oferta programática. • Recursos económicos, en algunos casos no es utilizado para alimentación de calidad. 	
Comunidad	Asociatividad, cooperativismo, recuperación de conocimientos ancestrales, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Migración promueve la adquisición de nuevas prácticas de alimentación y agricultura. • Poco apoyo a pequeños agricultores para la comercialización de excedentes. • Falta de seguimiento a prácticas ancestrales. 	
Institucional		<ul style="list-style-type: none"> • Ofertas programáticas escasas. • Poco personal designado a la promoción de alimentación saludable. • Necesidad de regulación de tienda escolar y alrededores. • Falta de oferta programática. • Pertinencia cultural de la alimentación escolar. 	
Políticas Públicas	Respaldo político	<ul style="list-style-type: none"> • Falta marco legal para regulación de: alimentación saludable, etiquetado nutricional y agricultura familiar. 	

A continuación, se hace un análisis de varios estudios disponibles y datos de encuestas para identificar información que ayude a comprender la puesta en práctica o no, de los comportamientos esperados en esta línea de acción.



NIVEL INDIVIDUAL: madres de niños/as menores de 6 a 24 meses

Huertos familiares

Una investigación formativa llevada a cabo por el proyecto SPRING en el Altiplano Occidental encontró un aumento en la producción de vegetales en huertos familiares por familias que participaron en actividades de Food for Peace (FFP). Las mujeres entrevistadas se mostraban orgullosas por el aumento en su producción y consumo de vegetales, incluyendo remolachas, zanahorias, rábanos, verduras de hoja, cebollas, y más. Ellas indicaron que producir vegetales en lugar de comprarlos les ha liberado dinero del mercado para ser utilizado en otros alimentos “nutritivos”, un mensaje que han recibido de FFP (SPRING, 2015c). De acuerdo con investigación formativa de HC3, en todas las comunidades de estudio los huertos tienen dos limitantes: no hay espacio para cultivar dentro del terreno en que se vive y tampoco hay agua para irrigarlo. Los programas han proporcionado semilla de diversas hortalizas y las verduras que cada familia siembra varían incluso dentro de un mismo programa. La provisión de semilla se restringe a los primeros meses de siembra; después, las familias deben comprarla y algunas se ponen de acuerdo para hacerlo en forma conjunta. En algunos lugares los huertos producen únicamente por tres o cuatro meses, pues los meses de más lluvia hay problemas con hongos y en los meses más secos hay problemas con el agua (Saenz de Tejada, Sandra; Figueroa, Maria Elena (2017).

Crianza de animales

La investigación formativa del proyecto SPRING a través de las zonas de influencia de Feed the Future en el Altiplano Occidental encontró que los animales de granja eran vistos como una inversión; una forma de hacer crecer o guardar el dinero. Las mujeres toman decisiones sobre la adquisición o venta de animales de granja que ellas crían y de las que son responsables, particularmente animales pequeños como gallinas o cabras. Las familias que tienen sus propios pollos pueden comer huevos dos o tres veces por semana, aunque el estudio no investigó quién en el hogar los consume. Los participantes indicaron que prefieren comer sus huevos en vez de venderlos. Sin embargo, también indicaron que, si no tienen fondos disponibles, entonces venden algunos huevos para comprar otro alimento o para pagar un gasto de la escuela (SPRING, 2015c). Los datos de grupo focales y entrevistas de un estudio preliminar en el Altiplano Occidental indicaron que los hogares que se involucraron en la crianza de animales de granja tienden a consumir más aves de granja y huevos, especialmente en casos donde los ingresos son limitados. La toma de decisiones

con respecto al consumo, contra la venta de cosecha y animales varía, dependiendo de la disponibilidad de alimentos e ingresos (ICF International, 2014).

De acuerdo con el estudio sobre consumo del huevo (UNICEF, 2020), según las mujeres madres, el huevo se consigue únicamente en las tiendas, suele costar Q.1.25 cada huevo, el cartón varía en costo, depende del tamaño del huevo. En sus comunidades ninguna tiene gallinas ponedoras, tampoco tienen gallinas de patio. Ellas indican que se mueren por la “temperatura”, es decir por el clima, también por las lluvias... entonces, no tienen.

Consumir huevos depende de cuánto dinero se tenga para comprarlo. Regularmente, el huevo es de consumo semanal y se compran menos huevos en relación con el número de miembros de la familia, es decir; cada persona consume menos de 1 huevo. En general, es el hombre el que consume 1 huevo completo o más, el resto de la familia tiene que alimentarse con los que queden.

Insuficiente producción de alimentos

Un estudio del 2012 en Totonicapán encontró que todas las familias producen maíz y, al menos, un tipo de leguminosa (frijol, habas o piloy), pero muy pocas son autosuficientes. La producción de cucurbitáceas (güicoy, chilacayote y ayote) y leguminosas ha estado disminuyendo en parte debido a las nuevas amenazas (aumento de la susceptibilidad a las plagas, las heladas, etc.), pero también debido a las prácticas culturales (número de semilla por postura) y la reducción en tamaño de las parcelas. Hubo una reducción de la cantidad de variedades nativas; algunos tipos de cucúrbitas se han perdido, lo mismo que ocurrió con algunos tipos de piloy y papa silvestre (FAO, 2012).

Limitaciones para almacenamiento poscosecha del maíz

De acuerdo al estudio de análisis de cuellos de botella (2012), Matute refiere que las aflatoxinas son bien conocidas como potentes carcinógenos del hígado. Relativamente menos mencionado en la literatura es la asociación entre la exposición a aflatoxinas y falta de crecimiento en niños. En una revisión reciente, se sugiere que la exposición a aflatoxinas y su asociación a la desnutrición crónica pueden contribuir a un serio e importante problema de salud pública en los países menos desarrollados del mundo. Se identificó un 70.1% de hogares con maíz para consumo humano con presencia de aflatoxinas. Las medidas de prevención de las aflatoxinas en el maíz están asociadas al almacenamiento postcosecha, en silos.

Losagricultoresdijeronqueelalmacenamientoposcosecha ayuda porque disminuye la necesidad de comprar maíz

durante un tiempo. Sin embargo, los agricultores no conocen los beneficios del almacenamiento poscosecha. Los agricultores dijeron que era necesario mejorar el conocimiento sobre las prácticas de almacenamiento poscosecha (CRS, 2014). La mayoría de los agricultores dijeron que carecían de las condiciones económicas para beneficiarse del almacenamiento poscosecha. La mayoría de las familias guarda el maíz en el tapanco (una estructura que forma parte del techo del hogar). Solo algunas lo guardan en bolsas, cajas de madera, barriles o silos metálicos. Si bien las familias dicen que es mejor guardar el maíz en los silos porque se reducen las pérdidas, es más fácil y rápido sacarlo y consumirlo cuando está en el tapanco. Cuando está en una bolsa o silo, primero es necesario desgranarlo. El factor limitante más grande es que las personas no tienen dinero para comprar depósitos adecuados para el almacenamiento. Los agricultores también carecen de materiales con los cuales construir un lugar para almacenar el maíz (CRS, 2014).

Excedentes y su uso

Cuando las personas tienen cultivos restantes, suelen vender la parte de mayor calidad y consumir la de menor calidad, como se demostró en una entrevista que se realizó en una comunidad de Quetzaltenango: Para comer, hay papas de primera, segunda y tercera clase. Antes de la de primera clase, hay una llamada súper. En nuestro caso, no producimos súper, ponemos primera clase. De eso producimos dos o más quintales. Eso es lo que vendemos. Como le digo, solo planto dos cajas de semillas, más o menos un quintal, y cosecho ocho quintales, y eso es lo que vendo. Ahora, de segunda y tercera clase, eso es lo que comemos, y el resto, las que tienen gusanos, se las damos a los cerdos (ICF International, 2014).

Percepción sobre el uso de fertilizante orgánico

Los agricultores declararon que necesitaban mejorar su conocimiento relacionado con el uso de fertilizante orgánico para sus cultivos y que todos los miembros de sus familias respaldaban su uso; sin embargo, dijeron que tomaba mucho tiempo y ocupaba mucho espacio producirlo. También creen que reduce la cosecha, causa enfermedades en los cultivos y produce mal olor. De acuerdo con los agricultores, cuesta mucho obtener los materiales para producirlo, y es difícil implementar su uso. (CRS, 2014).

Producción de alimentos y su uso

Los hallazgos preliminares del Título II (ICF, 2014) identificaron tres tendencias generales para el consumo y venta de cultivos: (1) ciertas comunidades producen determinados cultivos exclusivamente para venta; (2) para la mayoría de los otros cultivos, los agricultores venden su excedente después de calcular lo que necesitan; y (3) la mayoría del ganado y de aves de corral criadas por las personas sirven como fuentes de ingreso, y se consume aproximadamente el 20% en el hogar. En general, el 14% de los agricultores informó practicar, al menos, dos actividades de la cadena de valor, más comúnmente, la producción orientada al mercado.

Desafíos para la agricultura

Los desafíos principales para la agricultura mencionados durante la investigación cualitativa incluyeron la falta de recursos financieros para invertir en los productos necesarios para mejorar el rendimiento (es decir, fertilizantes, insecticidas y semillas); la falta de asistencia técnica para ayudar a mejorar las prácticas; la falta de acceso a una fuente de agua confiable y el acceso insuficiente a las vacunas para los animales. Además, los sujetos que respondieron reportaron falta de acceso a un terreno adecuado y la falta de organización y cooperación entre los agricultores (ICF, 2014).

Desinterés por el tiempo a invertir en implementar técnicas

Pese a que el programa PAISANO fomentó determinados subcomponentes, como criar animales o mantener jardines familiares, hubo un desinterés general respecto a la adopción de estas conductas. Principalmente, el desinterés se relacionaba con la cantidad de tiempo necesario para dedicarse a estas actividades (Herrarte, Sierra et al., 2014).



NIVEL FAMILIAR: padres de de niños/as menores de 6 a 24 meses

Roles de género en la agricultura

Cuando se les preguntó por qué existía la división del trabajo en la que los hombres están a cargo de la producción de cultivos y las mujeres contribuyen a las actividades poscosecha y otras tareas, como tirar fertilizante, las tendencias en las respuestas indicaron que los hombres son más aptos para el trabajo en el campo debido a su fuerza, y que criar animales les permite a las mujeres quedarse cerca del hogar en donde tienen otros roles y responsabilidades, como cocinar, limpiar y atender a los niños. Para explorar más estas líneas de género, los entrevistadores cualitativos preguntaron a los

sujetos que respondieron si alguna vez ayudaban a su cónyuge con la producción de cultivos o en la crianza de animales. En la mayoría de casos, los hombres indicaron que manejaban todo por su cuenta y que los animales eran, principalmente, responsabilidad de la mujer (o de las mujeres) del hogar. Cuando las mujeres respondieron, incluso en las comunidades en las que hay pocos indicios de una disminución del machismo dominante, las mujeres indicaron que sí asumían algunos roles y responsabilidades cuando de producción de cultivos se trataba (ICF International, 2014).



Brechas de información sobre comportamientos

ASPECTO	NECESIDAD DE INFORMACIÓN BÁSICA	Sí	No
Producción de alimentos	Producción de alimentos		x
	Almacenamiento de alimentos		x
Ingesta dietética adecuada	Consumo de alimentos		x
Acceso a alimentos sanos y nutritivos	Acceso a alimentos sanos y nutritivos	x	
Venta de excedentes para compra de otros alimentos	Excedente y uso	x	



LÍNEA DE ACCIÓN 3: PROTECCIÓN SOCIAL

Cuadro 6: Análisis de comportamientos Línea 3 por Subcomisión de CCSyC

NIVEL	RESULTADOS	BARRERAS	BRECHAS DE INFORMACIÓN
Individuo	<p>1. Accede a los servicios sociales (salud y educación)</p> <p>2. Acciones para una buena alimentación e higiene.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento del tema de protección social. • Desarticulación de la protección con las prácticas a promover. • La condición no se explica, porque es necesario. • No hay información. • No hay acompañamiento en el uso de la protección social. • Inadecuado sistema para registro de beneficiarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Información con MIDES
Familia	Involucramiento en las acciones de padres y madres	<ul style="list-style-type: none"> • Las familias no conocen que se puede demandar la protección social. 	
Comunidad	Apoyo a las familias en cumplir con las prácticas	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo técnico a largo plazo. 	
Instituciones	Brindar TMC a las poblaciones vulnerables, coordinación interinstitucional	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de consejería que acompañe la TMC. • Programas de protección social no están acompañados de educación y consejería. • MIDES no tiene un alcance a nivel local con personal suficiente. • Registro único de beneficiarios de programas sociales. • Estrategia de servicios ingreso/egreso. • Selección de beneficiarios para que realmente llegue al área vulnerable. • Actores institucionales poco motivados. • Falta coordinación interinstitucional. • Poco personal. • Actores institucionales no motivados, sin una motivación clara. 	
Políticas Públicas		<ul style="list-style-type: none"> • Cultura de asistencialismo en vez de orientar a temas y oportunidades del verdadero desarrollo. • No hay una definición clara e los programa de protección. • Poca información. • Padrón de beneficiarios con poca claridad. 	

A continuación, se hace un análisis de varios estudios disponibles y datos de encuestas para identificar información que ayude a comprender la puesta en práctica o no, de los comportamientos esperados en esta línea de acción.

Acciones de protección social

Factores relacionados a comportamientos con respecto a la selección de alimentos para el consumo en el hogar¹²

NIVEL INDIVIDUAL: madres de niños/as menores de 6 a 24 meses

Patrón alimentario

Está claro que el patrón alimentario de los bebés en San Marcos y Totonicapán está basado en las diferentes preparaciones de granos, seguidas por verduras y hierbas. El consumo de frutas es muy bajo en variedad y, usualmente, solo ocurre durante las estaciones de la fruta. La fruta más frecuente que se le da a los bebés es el banano (CRS, 2014).

Alto costo de alimentos nutritivos

“Si compro un paquete de Incaparina para mis hijos, no puedo comprar maíz para alimentar al resto de mi familia”. Otra agregó: “Es caro: 10 quetzales por un paquete, y necesitamos maíz. No sabés si comprar Incaparina o tortillas. Lo primero que compramos es la tortilla. Si compramos Incaparina, no tenemos tortillas” (Brown, 2014). Este otro estudio encontró que las participantes dijeron que, al enfrentar limitaciones, dejaban de comprar ese alimento en particular hasta que el precio bajara, compraban una cantidad menor y la diluían, o bien, compraban el alimento con poca frecuencia hasta que bajara el precio (SPRING, 2015a).

Ingresos de la mujer

Los datos de los grupos focales y de las entrevistas indican que la mayoría de las mujeres que aportan ingresos a los hogares no cuentan con la presencia de un hombre o afirmaron que sus esposos ganaban una cantidad insuficiente de ingresos para satisfacer las necesidades del hogar. Las tareas que las mujeres sin esposos realizan también varían. Por ejemplo, a pesar de que la agricultura es llevada a cabo, principalmente, por hombres, un informante clave de Quiché afirmó lo siguiente: “Hay algunas mujeres, no todas, que trabajan duro. Son las que no tienen esposos. Van al campo y ven qué pueden hacer porque no hay nadie para traer comida al hogar”. Las fuentes comunes de ingreso para las mujeres incluyen criar y vender ganado, lavar la ropa de los vecinos y hacer ropa para vender (ICF International, 2014).

12 Tomado en parte de: Figueroa y otros (2016), tabla 2.

Falta de ingresos

La mayoría de las madres tienen que comprar los alimentos y no tienen los medios económicos para hacerlo de manera permanente. Depende del empleo y de los ingresos, los cuales generalmente varían ya que hay algunos períodos donde hay pocas oportunidades de empleo disponibles localmente (CRS, 2014). Tener muchos hijos/as, la migración de los padres, la viudez de la madre y la falta de dinero son factores que producen una mala alimentación en los niños y niñas (Ceballos, 2008).

Compras no esenciales

La línea de base del WHIP sugirió un posible desvío de los ingresos a compras no esenciales, tales como bebidas alcohólicas, actividades de entretenimiento, comida chatarra, etc. Esto debe analizarse con mayor profundidad, dado que un desvío de los ingresos puede afectar su disponibilidad para compras esenciales, tales como alimentos, y su control puede afectar las relaciones entre géneros (Angeles, 2013).

NIVEL INDIVIDUAL: padres de niños/as menores de 6 a 24 meses

Influencia del esposo

Los padres compran y deciden sobre los alimentos de la familia, pero no están al tanto de la relación entre los alimentos y la nutrición (C-Change, 2012). Las mujeres en San Marcos y Totonicapán dicen que es el esposo o son las madres quienes deciden comprar alimentos variados para el bebé (CRS, 2014). Existe una gran brecha de género en la autoridad para la toma de decisiones respecto de los recursos financieros del hogar, la producción agrícola y la compra de alimentos; las mujeres se involucran mucho menos que los hombres (USAID, 2013). Normalmente, los hombres del Altiplano Occidental deciden cuánto dinero se destina a los alimentos; sin embargo, en muchas áreas rurales, algunos también deciden qué alimentos comprar, y determinan qué ropa pueden comprar sus esposas y cuándo pueden solicitar atención médica (USAID, 2013).

Opinión con respecto a la mujer trabajadora

En la investigación formativa de HC3, se identificó que el que la mujer trabaje, puede generar conflictos con el esposo, “pues a ellos les da celos que sus esposas salgan, abandonan a sus hijos y mantienen sus casas sucias y desordenadas, al menos que sean maestras o trabajen en un banco en Nebaj y puedan pagarse una empleada doméstica”. (Saenz de Tejada, Sandra; Figueroa, María Elena (2017)).

NIVEL NACIONAL: diseñadores de política pública

Pobreza/falta de ingresos suficientes para comprar alimentos

Se detecta que en la mayoría de las comunidades es difícil proporcionar una dieta variada a los bebés debido a la falta de acceso físico y económico (Zuleta, 2008; CRS, 2014). Los principales motivos por los que no es fácil proporcionar una dieta variada suelen ser los siguientes: la falta de dinero suficiente, la falta de oportunidades laborales para los esposos que, por lo tanto, carecen de ingresos suficientes para comprar los alimentos (a veces no alcanza para cubrir más allá de los gastos de la semana). Además, los precios de los alimentos aumentaron en comparación con el año pasado (CRS, 2014). La línea de base del WHIP realizada en el Altiplano Occidental

encontró que las familias gastan casi la mitad de sus ingresos en adquirir la dieta más básica. Esto indica que la pobreza puede ser un factor para proporcionar una nutrición adecuada a los bebés (Angeles, 2013). El análisis realizado utilizando Optifood sugiere que la ingesta requerida de, al menos, cuatro porciones de verduras cada día sería potencialmente demasiado costosa para las familias en el Altiplano Occidental (FANTA, 2013). El mismo estudio encontró que el costo de los alimentos de origen animal es relativamente alto y no es accesible para muchas familias en el Altiplano Occidental.



Brechas de información sobre comportamientos

ASPECTO	NECESIDAD DE INFORMACIÓN BÁSICA	Sí	No
Acceso a los servicios sociales (salud y educación)	Acceso a los servicios sociales (salud y educación)		X
	Conocimiento sobre la TMC	X	
Acciones para una buena alimentación e higiene	Acciones para una buena alimentación e higiene		X

LÍNEA 4: AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE

Cuadro 7: Análisis de comportamientos Línea 4 por Subcomisión de CCSyC

NIVEL	RESULTADOS	BARRERAS	BRECHAS DE INFORMACIÓN
Individuo	Prácticas de higiene, consumo de agua segura, saneamiento básico	<ul style="list-style-type: none"> No hay acceso agua segura. No acceso a utensilios de limpieza. Mitos y creencias sobre prácticas de higiene inadecuadas. Sensibilización a hombres. Mal uso de letrina. Prácticas inadecuadas de higiene. Pertinencia cultural. Empoderamiento madres. Poca información. No se enfatiza con el vínculo de agua y nutrición. Falta la promoción de lavado de manos. Tecnología para ASH. 	
Familiar	Apoyo a las prácticas de padres y madres	<ul style="list-style-type: none"> Fala de información sobre ASH o sin pertinencia cultural. Falta de empoderamiento a padres y madres. Conocimientos de inadecuados de los cuidadores de los niños y niñas. 	

NIVEL	RESULTADOS	BARRERAS	BRECHAS DE INFORMACIÓN
Comunitario	Comités comunitarios gestionan soluciones a los problemas de ASH	<ul style="list-style-type: none"> • Pugna por poder en el COCODE. • Politización de los puestos dentro del COCODE. • Poco diálogo comunitario. • Poca o nula participación de la mujer. • Desconocimiento de tecnología sencillas para ASH. 	
Institucional	Prestación de servicios integrales, municipalidades proveen servicios de agua segura.	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conocimiento técnico por parte de las municipalidades para correcta cloración del agua. • Baja recaudación de la tasa municipal. • Transparencia. • Falta de consulta con la población. • Poca transparencia y buen manejo de tasas municipales. 	
Política	Respaldo político, legislación de agua y saneamiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Presupuesto para ASH es bajo. • Aprobación, promulgación y sanción de la ley de aguas. 	

A continuación, se hace un análisis de varios estudios disponibles y datos de encuestas para identificar información que ayude a comprender la puesta en práctica o no, de los comportamientos esperados en esta línea de acción.

Acciones de agua, saneamiento e higiene

Factores relacionados a comportamientos con respecto al consumo de agua segura, higiene básica y saneamiento ambiental

NIVEL INDIVIDUAL: madres de niños/as menores de 5 años

Escasez de agua

La escasez de agua ha afectado a algunas comunidades de maneras tan extremas que las personas han tenido que abandonar sus comunidades. Las personas reportaron haber llevado a sus animales a quedarse con sus familiares en otras comunidades y estar un mes sin bañarse porque no hay suficiente agua. La poca agua que hay se usa primero para el consumo y para cocinar (Elias, 2014).

Conservación de las fuentes de agua

El 25.2% de las madres de niños/as menores de 5 años tiene conocimiento sobre el ciclo de acceso al agua domiciliar (sabe que debe existir una fuente, que se hace la captación, de lleva a un tanque de almacenamiento/distribución, del tanque sale un tubo madre o principal y de ahí, llega a las viviendas). Sin embargo, solo el 0.6% tiene conocimiento sobre la importancia de proteger las fuentes de agua, esto porque mencionan al menos tres razones (para que no disminuya la cantidad de agua, que el agua permanezca limpia, evitar la contaminación por basura, sustancias venenosas o excretas, mantener la buena salud de la comunidad y la buena salud de niños/as).

Acceso a agua para consumo humano

60% de la población cuenta con una fuente mejorada de agua (por cañería dentro de la vivienda, por cañería en lote/terreno, pilón/grifo público, manantial protegido, agua lluvia, otra fuente por cañería). 39.6% de la población no cuenta con una fuente mejorada de agua para beber (pila/tanque público, pozo mecánico o manual, manantial no protegido, carro tanque/carreta con tambor, río/acequia, lago o arroyo, agua embotellada). 88.6% de la población cuenta con agua en su vivienda (ENSMI 2014-2015).

48.8% de las madres de niños/as menores de 5 años en 15 municipios priorizados por UNICEF, poseen buen conocimiento sobre el acceso al agua para consumo

humano (conocen la importancia del agua entubada, potable o purificada porque mencionan, al menos, una de las siguientes: prevenir desnutrición y enfermedades, y prevenir desnutrición y no tener patógenos); además, porque conocen las enfermedades que puede ocasionar la práctica de tomar agua del río, lago o manantial 58.9%, y porque conocen las consecuencias que tienen los múltiples episodios de diarrea en niños/as 67.8%). Según el mismo estudio, 79.8% poseen agua entubada y 24.1% agua de pozo. El 72% posee agua todos los días y solo el 42.9% tienen acceso a agua clorada (41.9% reciben el agua clorada de parte de la comunidad y 1.3% cloran el agua en su vivienda). El 16.4% de las mujeres conocen la importancia de vigilar la calidad de agua que se usa en sus comunidades y han participado o participan en actividades al respecto. (UNICEF, 2015).

Lavado de manos

En el 94% de los hogares cuentan con un sitio para lavarse las manos. 80.2% utilizan agua y jabón, 11.6% usan sólo agua (ENSMI 2014-2015). Una encuesta de inicio de 2014 realizada por la USAID encontró que la mayoría de los sujetos que respondieron saben que lavarse las manos ayuda a prevenir enfermedades (ICF International, 2014). Un estudio reciente muestra que hay conciencia sobre el lavado de las manos antes de comer, así como de hervir el agua antes de su consumo. Sin embargo, no había mucha conciencia ni debate respecto del lavado de las manos antes de cocinar o limpiar el área de cocina antes de preparar la comida (Herrarte, Sierra et al., 2014).

Normalmente, las mujeres no se lavan las manos antes de cocinar y no lavan las manos de sus hijos cuando están sucias porque creen que los niños volverán a ensuciarse (Sáenz, 2013b). El lavado de las manos con jabón y mucha cantidad de agua no es frecuente entre los guatemaltecos, particularmente, entre aquellos que viven en áreas rurales, donde el agua y los establecimientos de saneamiento frecuentemente no están disponibles como ocurre en las áreas urbanas (Sáenz, 2013b). Hurtado (1994) reporta que el uso de jabón es generalizado en los hogares (65% lo tenían al momento de la encuesta), pero que se considera caro y que su uso en el lavado de manos conlleva un mayor uso de agua.

En el estudio de UNICEF en 15 municipios, se identificó que el 53% de las madres de niños/as menores de 5 años tienen buen conocimiento sobre el lavado de manos porque mencionan al menos, tres momentos en los que debe hacerse. Y 60.6% posee buena práctica porque emplea, al menos, 4 de las 5 acciones que se deben realizar al momento de lavarse las manos (UNICEF, 2015).

Uso de letrina

Formas de eliminación de las heces según la ENSMI 2014-2015: uso del inodoro o letrina (31%), uso de zanja o desagüe (32%), las tiran a la basura (22%), las dejan al aire libre (7%), las entierran (3%). Una evaluación

de la sustentabilidad de las intervenciones de agua, saneamiento e higiene (Water, Sanitation and Hygiene, WASH) en regiones rurales montañosas de Guatemala encontró que la falta de conocimiento sobre cómo reparar letrinas utilizando materiales disponibles a nivel local limitaba la sustentabilidad de una intervención de saneamiento (Sabogal et al., 2014). Si bien más personas tienen acceso a letrinas, esto no significa necesariamente que las utilicen. Este caso se da particularmente en los hombres, mientras que las mujeres, por otro lado, prefieren utilizarlas, dado que ofrecen privacidad. Se les permite a los niños pequeños que evacúen en las áreas fuera de sus casas (Sáenz, 2013b). A las letrinas se les da un mantenimiento mínimo: a las aboneras se les echa ceniza de vez en cuando, a las otras no se les echa nada para neutralizar olores. Las tazas o asientos se limpian eventualmente; al parecer, se le da más atención a no dejar basura en el suelo de la misma (Saenz de Tejada, Sandra; Figueroa, Maria Elena (2017).

33.6% de la población tiene acceso a servicio sanitario con descarga a alcantarillado, 13.8% con descarga a pozo séptico y 30.4% con descarga a letrina (ENSMI 2014-2015). 9.9% de las familias de madres de niños/as <5 años defecan al aire libre, 26% de familias de madres de niños/as <5 años poseen buna práctica en el tema de disposición de excretas, 3.7% conocen que la buena disposición de excretas (contar con letrina o inodoro) previene la diarrea (UNICEF 2015).

Consumo de agua sin tratamiento

18% de la población consume agua sin tratamiento (21% en población rural y 14% en la urbana). Los principales tratamientos que se utilizan son: hervir el agua (44%) o agregarle cloro (14%). 18% utilizan agua para beber sin tratamiento (ENSMI 2014-2015). 5.2% de familias poseen un buen método para purificar el agua (98.8% la hierven, 1.3% la cloran, 0.3% la filtran). La mayoría de las madres de niños menores de 5 años, según este estudio, 98.7% conocen el método de hervir el agua; 47.65 conocen el de clorar; 2.6% el de filtrar y 13.4% el método SODIS (UNICEF 2015).

Percepción de la calidad del agua

Un estudio realizado en 90 pueblos del Oriente de Guatemala encontró que aproximadamente el 85% de los hogares del estudio estaban satisfechos con la calidad del agua potable, pero solo el 65% creía que el agua era limpia. Además, la mayoría de los hogares (90%) que participaron en el estudio disponían de jabón (Arnold, Arana et al., 2009). Según el “Estudio de línea base conocimientos y prácticas sobre agua y saneamiento ambiental en 15 municipios” (2015) de UNICEF, 16.4% de las madres de niños/as <5 años tienen buen conocimiento sobre la importancia de vigilar la calidad del agua que se usa en sus comunidades y han participado o participan en actividades al respecto.

Hervir el agua

El hervor es el método de tratamiento de agua utilizado más frecuentemente en algunas comunidades. En muchos casos, el agua hervida se suministra solo a determinados miembros de la familia o en circunstancias particulares, como para bebés recién nacidos y para niños pequeños, para mujeres que recién han dado a luz y para personas enfermas y mayores (Tapia, 2003).

Otros métodos para desinfectar el agua

Muy pocos compran agua purificada y lo que empieza a tener auge son los filtros de agua, los cuales han sido donados por varios proyectos. Es de hacer notar que en varios hogares se observó que el filtrante de barro (Ecofiltro) estaba roto. Los filtros Onil, por el contrario, se encontraban en mejor estado (Saenz de Tejada, Sandra; Figueroa, Maria Elena (2017)).

Inversión de tiempo para desinfectar el agua

Algunas mujeres atribuyen el no tratamiento del agua potable al hecho de que no tienen tiempo suficiente para hacerlo (Tapia, 2003; Arnold et al., 2009).

Percepción de la diarrea

Por lo general, la diarrea no se percibe como una enfermedad muy seria; en cambio, se la considera un evento "normal". Solo los padres de niños que han tenido diarrea recurrente la consideran una amenaza para la salud y piensan que "es difícil [curarla]; a veces no se va" (Tapia, 2003). 67.8% de las madres de niños/as <5 años conocen las consecuencias que tienen múltiples episodios de diarrea en niños/as, 23.8% conocen que con la diarrea los niños se deshidratan y podrían morir (UNICEF 2015).

Aves dentro del corral

La costumbre es tener a las aves sueltas durante el día y que ellas mismas se provean parte de su alimento; la creencia generalizada es que las aves libres no sólo crecen más rápido, sino que ponen más huevos que "las encerradas". Las aves se encorralan por diversos motivos: cuando el patio es muy estrecho y para evitar que las aves se coman las siembras cercanas a la vivienda cuando las plantas están apenas geminando. La estrechez del patio es relativa, pues se ha visto gallinas sueltas en lugares realmente pequeños (Saenz de Tejada, Sandra; Figueroa, Maria Elena (2017)).

Disposición de la basura

Sólo el 4.9% de las madres de niños/as menores de 5 años en los municipios priorizados por el estudio de UNICEF, conocen que la buena disposición de la basura previene la diarrea y 0.2% que puede ayudar a prevenir la desnutrición infantil. 45.2% de ellas clasifican la basura, 86.6% queman o entierran la basura, 38.9% la usan para producir abono o energía y sólo el 1.7% la entregan a un recolector. 35.4% conocen la existencia de basureros no autorizados en su comunidad.

Higiene en la vivienda

El "Estudio de línea de base para el Componente de Nutrición, Programa de País, UNICEF 2015-2019" estableció como parámetro de una buena higiene en la vivienda, contar con un buen conocimiento de lo que esto significa (conoce cuándo hay que lavarse las manos y cumple con los 5 pasos del lavado de manos: uso de agua corrida o al menos "dos guacaladas", uso de jabón o ceniza, frotación de la palma y el dorso de las manos, frotación de los dedos, secado con un paño limpio), a partir de ahí se pudo establecer el nivel de conocimiento en madres de niños y niñas menores de 2 años por grupo étnico: 18% Ch'orti', 12% Poqomchi', 3% Q'anjob'al, 7% Tz'utujil, 8% Q'eqchi', 19% Kaqchikel, 14% K'iche', 8% Mam.

Por otro lado, se estableció la práctica esperada como: las viviendas cuentan con letrina o sanitario y tienen buena higiene de su letrina o sanitario. De igual manera, se estableció esta práctica en madres de niños y niñas menores de 2 años por grupo étnico: 18% Ch'orti', 25% Poqomchi', 9% Q'anjob'al, 31% Tz'utujil, 6% Q'eqchi', 28% Kaqchikel, 37% K'iche', 12% Mam. Según observación realizada en estudio de UNICEF en 15 municipios, 44.5% de las madres de niños/as menores de 5 años poseen buenas prácticas de higiene fuera de su vivienda: 51.5% con ausencia de basura y/o chatarra, 43.9% con patios limpios y ordenados, 75.8% con ausencia de animales domésticos o si la hay, están encorralados, 18% con presencia de sumideros para aguas grises y 15.5% con presencia de letrina/inodoro, tapado y limpio. 59.1% tienen buenas prácticas de higiene dentro de la vivienda: 63.1% con cocina limpia y ordenada, 46.4 con trastos limpios y ordenados, 59.2% con agua para beber cubierta y en lugar seguro, 43.2% con recipiente para sacar agua limpio y protegido, 35.5% con alimentos tapados y en lugar seguro y 40.4% con ausencia de animales domésticos (perros o gatos) o si hay presencia, están aislados o amarrados. (UNICEF 2015).

Drenajes y alcantarillado

16.7% de las madres de niños/as <5 años poseen buen conocimiento (17.6% conocen la importancia de contar con un sistema de drenaje en las viviendas y 60.5% conocen que al contar con drenajes en la vivienda se

puede prevenir enfermedades: 44.8% piensa que con ello se puede prevenir la diarrea, disentería, cólera y tifoidea y 25.5% piensa que se puede prevenir paludismo, dengue, Chikunguña) 17.6% de madres de niños/as <5 años conocen la importancia de contar con un sistema de drenaje en las viviendas (60.5% conocen que el contar con drenajes en la vivienda ayuda a prevenir enfermedades). Solo el 5.1% de ellas opina que el sistema de drenajes en su comunidad es bueno. 13.1% tiene buenas prácticas en el tema de drenajes y alcantarillado porque: 5.4% afirma la existencia de un sistema de captación de desagües y drenajes y alcantarillas municipales, 15.2% de las viviendas están conectadas a un sistema de captación de desagües y 18% poseen un sumidero. (UNICEF 2015).

NIVEL COMUNITARIO: comités comunitarios

Organización comunitaria en torno a agua y saneamiento ambiental

14.7% de las madres de niños/as menores de 5 años afirman que hay un grupo organizado en su comunidad para gestionar proyectos de agua. 10.5% afirman que en estos grupos participan mujeres. De acuerdo a los líderes comunitarios se están gestionando proyectos de disposición de basura (11.10%).

Acceso a fuentes de agua por parte de la comunidad

de acuerdo con el estudio de UNICEF en 15 municipios priorizados, 83.3% de las comunidades tiene acceso a una sola fuente de agua y 16.7 a dos (77.8% a nacimiento de agua, 33.3% pozo y 16.7% a río, lago o manantial). El 38.9% de comunidades indican que esta fuente de agua le pertenece a la comunidad, 83.3% que es de la municipalidad, 33.3% privado, 27.8% comunal-municipal y 22.2% municipal-privado (UNICEF, 2015).

Manejo de la cuenca hidrográfica

En el estudio de UNICEF en 15 municipios, se identificó que el 27.8% de líderes comunitarios conoce cuáles son los componentes naturales y/o los creados por el hombre en una cuenca hidrográfica. Ninguno de ellos conoce aspectos que se deben vigilar en cuanto al uso del suelo en la cuenca hidrográfica (explotación forestal, agricultura sin control, ganadería sin control, erosión) (UNICEF, 2015).

Infraestructura básica de agua

El mismo estudio de UNICEF identificó que los líderes comunitarios reconocen que el 61.1% de las comunidades cuenta con tanque de almacenamiento/distribución, sólo el 22.2% con caja o depósito de cloración, 50% con caja de distribución de caudales, 55.6% con tuberías o líneas de conducción y 27.8% con motor o bomba (UNICEF, 2015).

Vigilancia de la calidad del agua

En el estudio de UNICEF en 15 municipios, se identificó que, según los líderes comunitarios, en un 83.3% de las comunidades existe vigilancia permanente de la calidad del agua que se usa en las viviendas. 5.6% de los líderes conoce que es importante hacer esta vigilancia para prevenir la desnutrición en niños/as. En 77.8% de las comunidades se realizan actividades o proyectos para vigilar la calidad del agua: 5.5% hacen revisión externa, 94.4% limpieza de pilas o tanques, 22.2% cloración del agua en los tanques de distribución y 11,1% mantenimiento o reparación de tubería (UNICEF, 2015).

Actitud frente al cloro

De acuerdo con el estudio de UNICEF en 15 municipios, 44.4% de las comunidades usan cloro para purificar el agua que llega a los chorros públicos y a las viviendas (UNICEF, 2015). Las actitudes negativas respecto del cloro son generalizadas e incluyen: miedo de que quemee los órganos y cause enfermedades; aversión al mal sabor y al olor desagradable, o sospecha que no mata todos los gérmenes en el agua (Tapia, 2003). Entre la población indígena de Santiago Atitlán, los miembros de la comunidad comparten una aversión al cloro debido a su sabor y a su olor, y a la percepción de que causa enfermedades (Nagata et al., 2011). Además, el agua hervida se considera más parecida a “lo natural” que el agua tratada con cloro (Tapia, 2003). En una comunidad rural indígena, las personas tomaron la decisión conjunta de no clorar el tanque público de agua corriente porque no les gustaba el sabor del agua; aparentemente, esta decisión no incluyó un debate sobre las consecuencias del agua sin tratar en la salud (Tapia, 2003).

Cosmovisión sobre las fuentes de agua

Las actitudes respecto del agua parten de la base de una cosmovisión general en la que “Dios y la Naturaleza se vuelven una sola entidad”. Las fuentes naturales de agua se consideran intrínsecamente buenas porque vienen de Dios. La intervención del ser humano se encuentra en el extremo opuesto del espectro, y puede ser positiva (proteger las fuentes de agua) o negativa (contaminarlas sin cuidado) (Tapia, 2003). Se considera que algunos tipos de fuentes naturales de agua tienen propiedades curativas porque vienen de Dios o se las asocia a Él (Tapia, 2003).

Papel en cuanto a la calidad del agua

Los miembros de la comunidad no se sienten capaces de hacer nada a nivel personal para afrontar los problemas de calidad del agua, dado que, aunque traten el agua que viene del río, esta sigue estando sucia. Las personas también se sienten limitadas por la pobreza y por el hecho de que no tienen los recursos socioeconómicos ni políticos para hacer ningún cambio verdadero (Tapia, 2003).

Disposición de la basura

según los líderes comunitarios en el estudio de UNICEF 2015, 16.7% de comunidades cuentan con servicio municipal para la recolección de la basura de las viviendas (UNICEF, 2015).

NIVEL INSTITUCIONAL:

Municipalidades

Capacidad de la Municipalidad

De acuerdo con el estudio de UNICEF en 15 municipios priorizados, el 85.7% de las municipalidades cuenta con suficiente recurso humano para supervisar el manejo apropiado del agua que se usa en las comunidades: 42.9% cuenta con un departamento u oficina, solo el 28.6% con presupuesto asignado, 57.1% con maquinaria y equipo y 14.3% con las herramientas propias.

Vigilancia de la calidad del agua

En el estudio de UNICEF en 15 municipios priorizados se identificó que el 42.9% del personal de las municipalidades considera importante vigilar en forma permanente la calidad de agua que usan las comunidades, para prevenir

la desnutrición de niños/as. 71.4% del personal afirma que realizan actividades o proyectos para vigilar la calidad del agua y que esta vigilancia se hace de forma semanal (57.1%) y mensual (42.9%). Entre las actividades que realizan las municipalidades: en su totalidad la limpieza y/o lavado de pilas o tanques, 85.7% la cloración del agua en tanques de distribución.

Manejo de la cuenca hidrográfica

El 28.6% del personal de las municipalidades en 15 municipios priorizados por UNICEF identifica el concepto de la cuenca hidrográfica porque, al menos, menciona dos de las seis características (son sistemas vivos, son espacios delimitados de tierra, están en constante cambio, conducen su agua a un río principal, lago o mar, tienen recursos naturales y tienen infraestructura creada por el ser humano). 71.4% conoce cuáles son los componentes naturales y/o los creados por el ser humano en una cuenca hidrográfica. Y 42.9% conocen, al menos, dos aspectos del uso del suelo que se deben vigilar en una cuenca hidrográfica (explotación forestal, agricultura sin control, ganadería sin control, erosión).

Disposición de la basura

57.1% del personal de municipalidades entrevistado en estudio de UNICEF afirma que, para algunas de las comunidades, hay servicio de recolección de basura. Con respecto al tratamiento que da la municipalidad a la basura: 14.3% la clasifican (orgánica e inorgánica), 14.3% para elaboración de aboneras o compostajes y 14.3% es separada para reciclaje industrial (UNICEF., 2015).





Brechas de información sobre comportamientos

ASPECTO	NECESIDAD DE INFORMACIÓN BÁSICA	Sí	No
Prácticas de higiene, consumo de agua segura, saneamiento básico	Prácticas de higiene		x
	Prácticas de consumo de agua segura		x
	Prácticas de saneamiento básico		x

Las madres valoran principalmente tres aspectos de los programas: los alimentos donados, las capacitaciones recibidas y otras donaciones, como filtros, planchas, estufas ahorradoras de leña y semillas de hortaliza. Los padres valoran las capacitaciones agropecuarias. Muchas

mujeres dijeron que sus esposos no asistían a las charlas, pues las encargadas de hacerlo son ellas por tratarse de temas “femeninos”. Los mismos hombres dijeron lo mismo, alegando falta de tiempo. (Saenz de Tejada, Sandra; Figueroa, María Elena (2017)).

LÍNEA DE ACCIÓN 1: SALUD Y NUTRICIÓN

Cuadro 8: Resumen de servicios Línea 1

POBLACIÓN	SERVICIOS
Población en edad fértil	<ul style="list-style-type: none"> • Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y planificación familiar. • Vacunación según esquema. • Suplementación con hierro y ácido fólico. • Prevención de embarazo en adolescentes. • Evaluación del estado nutricional. • Control prenatal completo y de calidad. • Evaluación del estado nutricional.
Mujeres embarazadas	<ul style="list-style-type: none"> • Suplementación con hierro y ácido fólico. • Vacunación antitetánica. • Diagnóstico y tratamiento bacteriuria. • Prevención, control y tratamiento de enfermedades transmitidas por vectores (dengue, zika, chikunguña y malaria). • Adecuado manejo de enfermedades maternas. • Hogares maternos para embarazadas de riesgo. • Prevención del consumo de alcohol y tabaco. • Consejería: diversidad de la dieta, cuidados del embarazo y lactancia materna.
Parto (mujeres embarazadas) y recién nacidos	<ul style="list-style-type: none"> • Atención calificada del parto. • Clampeo oportuno del cordón umbilical. • Lactancia materna inmediata/apego precoz. • Uso de oxitocina postparto. • Contacto piel con piel y método “Madre Canguro”. • Desarrollo infantil temprano.
Niños/as de 1 a 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia materna exclusiva. • Vacunación según esquema. • Control de crecimiento y desarrollo. • Atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia. • Consejería en cuidado infantil. • Estimulación para el desarrollo.

POBLACIÓN	SERVICIOS
Niños/as de 6 meses a menos de 5 años	<ul style="list-style-type: none"> • Suplementación con Vitamina A (6 a 12 meses). • Alimentación complementaria y lactancia materna continuada (6 a 24 meses). • Alimento complementario fortificado (6 a 24 meses). • Desparasitación (a partir de 1 año). • Promoción y control de crecimiento y desarrollo. • Vacunación según esquema. • Suplementación con micronutrientes espolvoreados. • Atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia. • Consejería en cuidado y desarrollo infantil. • Atención de diarreas, neumonía y desnutrición aguda.
Niños/as pre y escolares	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación escolar. • Vacunación según esquema. • Consumo de sal yodada. • Atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia. • Desparasitación periódica en zonas de riesgo. • Promoción de la actividad física.



Demanda, pertinencia, disponibilidad de personal y materiales de los servicios de salud

El estudio de análisis de cuellos de botella (2012), estableció que el 66.3% de mujeres embarazadas y el 67.4% de madres de niños/as entre 6 a 24 meses de edad, afirman que en su comunidad hay algún servicio de salud. Más del 40% de las entrevistadas citaron los centros, puestos y centros de convergencia como los servicios que más frecuentan las personas de la comunidad, en caso de tener necesidad de atención. Ninguna entrevistada citó a los hospitales, por lo que se deduce que este nivel de atención sólo se toma como una alternativa de emergencia en caso de que los servicios de menor resolución refieran a las pacientes.

El 72.8 % de mujeres embarazadas y el 79.7% de madres de niños/as entre 6 a 24 meses de edad, afirman que la última vez que le atendieron en el servicio le hablaron en su idioma. Sin embargo, entre el 20 y 27% de las entrevistadas afirmó que en su última visita no le atendieron en su idioma.

17 de los 44 servicios monitoreados (39%), no tenían asignada al momento de la visita, ninguna persona con el perfil de educadora de salud y nutrición a nivel comunitario (quien capacita a madres consejeras que, por ser parte de la comunidad, facilitan la conformación de grupos de madres para apoyar la lactancia materna y la alimentación complementaria). Diez servicios (23%), disponían de, al menos, una educadora y ocho (18%) indicaron que tienen dentro de su recurso humano a dos educadoras. 66% de los servicios de salud estudiados reportan no contar con el apoyo de madres consejeras entre su personal comunitario.

El mismo estudio indica que un 95% de los 44 servicios visitados, indicaron que conocen cuántas comadronas hay en su área de influencia. Sin embargo, califican muy mal su relación con este personal comunitario, pues sólo un 11.4% de los servicios indicaron que tienen una adecuada relación con la comadrona de su área de influencia: en la atención de mujeres embarazadas, informes de controles y referencias de complicaciones en el parto y en el recién nacido. Esto contrasta con la respuesta de las comadronas, pues el 89% manifestó que su trabajo en control prenatal y atención del parto, lo hacían en coordinación con algún servicio de salud.

Un poco más del 20% de los servicios institucionales están desabastecidos de materiales para consejería en el tema lactancia materna y alimentación complementaria.

13 Antes primer y segundo nivel de atención.

14 Entrevista personal a Marlon Figueroa Moin, asistente técnico / nutrición SIAS / Sección de Atención Integral (10/02/2021).

Sección de Atención Integral¹³/ Departamento de Desarrollo de los Servicios



Brinda asesoría técnica a las áreas de salud: proyecto de alimentación complementaria, la Ventana de los 1,000 días, acciones de monitoreo supervisión y evaluación, información de centros de recuperación nutricional, lactancia materna, en coordinación con la Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación (USME). De acuerdo con Figueroa¹⁴(2021), dado que, de acuerdo a la Ley SAN, al MSPAS no le corresponde la distribución de alimentos, pero sí el dar acompañamiento en alimentación complementaria, por ello, se da seguimiento a cómo está llegando un insumo. También coordinan con la nutrición pediátrica hospitalaria: datos de desnutrición aguda (DA) a cargo de epidemiología para darles seguimiento. Su trabajo es con personal del primer y segundo nivel de atención y de las direcciones de área de salud (DAS / Nutrición).

En 2020 se automatizó esto, en el SIGSA, lo que causa un aumento de casos de DA porque había subregistro. El trabajo es dar acompañamiento a estos datos y casos. Hay una Mesa de Morbimortalidad de DA que coordina Epidemiología. Coordinan, además, con las brigadas nutricionales que existen en el campo con los distritos de salud en alianza con la Cooperación Internacional para identificar casos y darles seguimiento.

Principales barreras:

Sobrecarga del trabajo del personal de salud a nivel de distrito, quien debe manejar de forma integral todos los programas no solamente nutrición: la auxiliar de enfermería debe manejar todos los programas, a veces el mensaje no llega de la mejor manera al usuario final.

Dentro del MSPAS llevar la información de nivel central a DAS tarda mucho tiempo, son procesos muy largos, a menos que intervengan los viceministros. La búsqueda activa puede durar hasta tres meses porque intervienen varias unidades del MSPAS que dependen de diferentes líneas jerárquicas. Aunque ellos pueden identificar los problemas, a veces las soluciones dependen de otros sectores dentro del MSPAS.

La distribución de Nutriñiños¹⁵ se hace de acuerdo a la demanda de cada área de salud y es el Programa Mundial de Alimentos (PMA) quien hace la distribución de acuerdo a la misma.

Hay que empezar a responsabilizar a los padres de familia, que la responsabilidad sea compartida, a veces ellos no dejan que pesen y tallen a sus hijos/as. Debe haber un componente de comunicación bien fortalecido. Se ha desarrollado una actitud paternalista donde las personas no van al establecimiento de salud, es el personal el que llega a su casa. Se debe promover que la familia sea la que busque la ayuda.

Es necesario que la población demande los servicios, los busque y también genere soluciones.

El idioma es una barrera, en áreas rurales donde no se habla español se requiere el uso de intérprete. Algún personal ha aprendido el idioma, sin embargo, no todos.

Hace falta recurso humano, no necesariamente nutricionista, pero para que vean este tema.

Hay muchos documentos y en diferentes idiomas, no hay un banco de esta información, se generan documentos para situaciones específicas, debería haber un banco y que todos los conocieran. La comunicación es más efectiva es cuando se lee más.

Es necesario fortalecer las competencias de comunicación en el personal. Se necesita que todos entiendan lo mismo, por ejemplo, con las directrices que brinda el MSPAS, para que no se distorsione el mensaje.



De acuerdo con Cristales¹⁶ (2021), conforme a Acuerdo 115-99 se establece la creación de los Programas, quienes son la parte técnico-normativa. Su finalidad es poder dar respuesta a las necesidades nutricionales de la población según el perfil epidemiológico que se esté presentando. Especialmente, en aspectos de investigación, se trabaja en el análisis periódico de la situación de salud (nutrición) y en la aplicación operativa, en la coordinación estrecha con la parte operativa (servicios de salud), para hacer que las normas sean aplicables, realistas. La supervisión está a cargo de la USME. Dan respuesta a las áreas de salud según sus necesidades, actualización de normas, etc.

Trabajan con hospitales, atención primaria en salud (primer y segundo nivel de atención), comisiones y mesas donde tienen requerimientos. Sus opiniones son tomadas en cuenta por ejemplo en CONAFOR (temas de alimentos fortificados como sal, azúcar, etc.). Aunque no son quienes prestan el servicio, proveen los lineamientos técnicos, hacen compras centralizadas de insumos (micronutrientes espolvoreados, ATLU, etc.).

Principales barreras:

Las personas por desconocimiento o temo a lo nuevo, no asisten a los servicios de salud, por patrones culturales, costumbres como buscar otras alternativas como curanderos.

Mala percepción del servicio: se busca de forma tardía, cuando ya no fue oportuno el servicio que se prestó (llegar tarde). La población espera a que el servicio llegue a ellos y ellos no se acercan al servicio. Obstáculos de horario o el tiempo que se tiene que invertir para llegar a un servicio de salud.

Largas distancias y difícil acceso, el personal no tiene mucho tiempo para llevar a cabo acciones educativas.

Experiencias negativas en el trato del servicio de salud hacia la persona.

Falta de insumos: predomina ideas como: "¿para qué fui al servicio de salud si no me dieron nada?"

Desconocimiento de ciertos temas por parte del personal de salud por la alta rotación en el MSPAS. Al irse la extensión de cobertura no se han cubierto ciertas brechas en la extensión de servicios con la territorialización, ya sea porque no hay quien quiera ir a trabajar a esos lugares o no hay personal para esos puestos, esto incide en que las personas no reciban todos los servicios que deberían de recibir. Ante esta situación, el personal debe entonces priorizar qué servicios va a brindar.

Falta información acerca de uso de ATLU y micronutrientes espolvoreados: hay información no oficial, debería de haber estudios para respaldar la aceptación o no aceptación, saber qué resultados han dado (EMICRON) ¿hemos mejorado? ¿se está aceptando?

Falta financiamiento para estudios, lineamientos, protocolos (personal técnico escaso). Se requiere mayor financiamiento para cubrir estas brechas.

Se necesita la contratación de más nutricionistas (en la DAS tienen bastantes tareas operativas y no pueden cubrir a toda la población en el área de salud). Se requiere también personal operativo para ello.

Identificación de casos de DA: Integralidad de las intervenciones de la atención en salud es un reto. Existe el interés que se hagan búsquedas activas, sin embargo, cada programa tiene sus expectativas operativas, el personal de salud tiene entonces bastante trabajo. Un reto sería lograr la integralidad en la búsqueda de casos de DA (hacer el monitoreo, que la población esté informada, que la población busque el servicio de forma oportuna y no tardía, que además tenga el apoyo de la comunidad: apoyo económico, cuidado de los hijos, etc.). El seguimiento debe ser interinstitucional con participación de la comunidad.

Se tienen identificadas las brechas, sin embargo, se requieren procesos. Hay componentes que no están cubiertos: análisis de datos, actualización de protocolos, etc.

Fortalecer la parte técnico-normativa, para luego hacer los cambios necesarios (simplificar instrumentos de registro, reportes, etc.).

Vigilancia epidemiológica: no se hace de la DC, solo DA.



Indica el documento de la GCNN que se pondrá énfasis especial en los aspectos de educación y promoción de la salud y en la participación comunitaria y de la sociedad civil. Existen dos líneas de trabajo relacionadas en el Ministerio de Salud: Comunicación Social (línea de imagen institucional e impacto del uso de la imagen) y PROEDUSA (encargado de la parte de promoción y educación en salud) donde debe pasar todo material relacionado a educación (ellos ven la pertinencia, validación etc.). PROEDUSA cuenta con un equipo creativo (diseñadores gráficos y uno es de producción audiovisual). No solo hacen lineamientos de validación, sino que proponen materiales con pertinencia cultural para acompañar procesos. Al respecto, Cacao¹⁷ (2021) explica que PROEDUSA se encarga de brindar orientación al personal de las áreas de salud, especialmente a las coordinadoras de promoción y personal de promoción de los distritos de salud. Actualmente, se empieza a fortalecer la relación con Técnicos en Salud Rural (TSR) e Inspectores en Agua y Saneamiento Ambiental (ISA) porque también tienen acciones de campo y de educación. Indirectamente, a través del personal de salud se llega a nivel individual: padres y madres de familia. Los distritos son los que llegan a este beneficiario con la asesoría técnica.

PROEDUSA brinda asistencia técnica a las 29 áreas de salud, amparados en el reglamento orgánico interno, donde se establecen sus funciones. Crean metodologías de comunicación educativa para orientar las áreas de salud, a los programas de atención en salud, tienen la función de validar y orientar en las herramientas y materiales de comunicación y educativos. Cacao reconoce que deberían tener un componente de investigación para contar con la evidencia para establecer las estrategias de promoción y educación en salud. También trabajan en el monitoreo de proceso de educación y promoción, acciones de intersectorialidad, procesos de abogacía, comunicación educativa.

Antes, indica Cacao, el trabajo era muy vertical: los diversos programas se ponían en contacto con PROEDUSA para pedir apoyo para validar y distribuir materiales y eso se trasladaba a las áreas de salud y éstas trabajaban en base a ello. Ahora, se busca que sea más horizontal y más articulado. Se hizo un compendio de lineamientos de promoción y educación con las áreas de salud. Ahora se reúnen con los programas priorizados: PROSAN, Niñez y Juventud, Inmunizaciones, etc. para coordinar mejor las acciones, pero con base en los lineamientos que ya se tienen definidos, para que PROEDUSA identifique lo que corresponde a la promoción y así, establecer un plan de promoción y educación de acuerdo a fechas conmemorativas y otras, donde se plantean procesos de acciones constantes o por evento epidemiológico. PROEDUSA recibe esta normativa y hace de mediador con las áreas de salud para que se vean todas las acciones de los programas como un todo integrado. La idea es que el programa no llegue al área con sus acciones de comunicación, sino que lo haga por medio de PROEDUSA.



17 Entrevista personal a María Fernanda Cacao, Asistente Técnico de Promoción PROEDUSA/MSPAS (10/02/2021).

Existe una guía de intersectorialidad, que es para trabajar la parte de promoción con tomadores de decisiones, abogacía. Existe otra guía en construcción que se refiere a los diálogos interculturales. Va a ayudar a articular el trabajo con la Unidad de Pueblos Indígenas e Interculturalidad.

Principales barreras:

Procesos internos demasiado extensos que se manejan para poder lograr resultados, existen muchos procesos. Para implementar, autorizar documentos se lleva cierto proceso, debe ser revisado por el equipo, el jefe del departamento, el director en gestión del SIAS, en algunos casos por el Viceministro de Atención Primaria, etc. y eso conlleva muchos pasos.

Cuando la relación es con las áreas de salud, se requiere un respaldo de un oficio para realizar alguna actividad. A veces, hay Cooperación Internacional u organizaciones no gubernamentales que trabajan a nivel de distrito sin que se tenga conocimiento de parte del nivel central PROEDUSA. Muchas veces, es difícil que se den esas reuniones previas cuando es emergencia o porque es mucho protocolo. Sin embargo, es importante porque existe una planificación del SIAS, se debe revisar si es trabajo intersectorial, a qué aspecto se enfoca (fortalecimiento de capacidades formal o no), y todo ello hace que se atrase las intervenciones.

Vienen eventos inesperados como emergencias que cambian las dinámicas establecidas en un plan o bien, por la prioridad del gobierno. Debe ajustarse a estas prioridades. Mucho depende de la agenda de prioridades del gobierno.

Recursos: PROEDUSA no es una fuente que tenga financiamiento (no son ejecutores) son las áreas de salud quienes poseen los fondos para ejecutar, esto es una de las debilidades. No está en sus funciones. Aun así, gestionan fondos para reproducir materiales. Este proceso de reproducción es muy pausado. Esto hace que cuando llegue, ya es muy tarde.

A nivel de áreas de salud tampoco hay un renglón específico de educación y promoción, dependen de los fondos que tengan los programas. Han procurado informar a las áreas sobre los renglones que

podrían utilizar, sin embargo, sigue estando poco claro. PROEDUSA por eso gestiona con la Cooperación Internacional. Se enfatiza que se parta de la necesidad de materiales desde los distritos y no se decida desde el nivel central. Y que se haga en conjunto con el área de salud.

En otros casos, cuando ya están los artes de los materiales educativos elaborados, se pide a la Cooperación Internacional que apoyen en reproducir el material. Se enfatiza en que, una vez estén los materiales, se trabaje en inducir sobre su uso, para que no se dependa de los medios nada más. Se enfatiza que no es solo la herramienta, sino que es todo el proceso y que además existen otro tipo de recursos.

No se ha logrado socializar el documento de lineamientos de promoción.

Programa de Alimentación Escolar (MINEDUC)



De acuerdo con Sosa (2021), el Programa de Alimentación Escolar contribuye al crecimiento y desarrollo de los niños y adolescentes en edad escolar, enfocándose en el aprendizaje, rendimiento escolar y la formación de hábitos alimenticios saludables de los estudiantes por medio de acciones de educación alimentaria y nutricional y la entrega de raciones y productos que cubren las necesidades nutricionales durante el periodo escolar. Está dirigido a niños y niñas de preprimaria y primaria del sector público en 28,000 establecimientos educativos.

Principales barreras:

En cuanto a las acciones de educación alimentaria y nutricional no se cuenta con un proceso continuo de formación al personal que implementa las acciones de la alimentación escolar.

No existe acompañamiento del nivel central.

No hay actividades extracurriculares para la educación alimentaria y nutricional (EAN).

Dentro de las aulas nadie supervisa cómo se desarrolla la temática del Currículo Nacional Base (CNB) en cuanto a educación alimentaria y nutricional.

Falta desarrollar los contenidos que se desea comunicar a la comunidad educativa. Se necesita de un manual y proceso metodológico.

Alimentación y nutrición es un eje transversal que necesita seguimiento en las aulas.

Se necesita formar a los docentes en servicio, así como fortalecer a las escuelas formadoras de maestros en esta temática.

Los/as estudiantes de diversificado sólo participan en elaborar un seminario en el tema de SAN y nutrición.

La cobertura en educación alimentaria y nutricional sólo es una capacitación.

Se necesita promover la dieta saludable y dar a conocer a los padres de familia que los menús de la alimentación escolar contribuyen a la nutrición de sus hijos porque ellos solicitan alimentos procesados y ultra-procesados, aún no ven la importancia de que sus hijos consuman hierbas, verduras y frutas.

La Dirección General de Fortalecimiento de la Comunidad Educativa (DIGEFOCE) MINEDUC llevaba a cabo un programa que se llamaba “Mi familia Aprende” muy similar a “Mejores Familias” de Fundazucar pero lamentablemente no tuvo seguimiento, era una buena plataforma para dar seguimiento a la educación alimentaria y nutricional.

No se puede saber qué imparten los maestros de lo que establece el CNB, hay que potenciar sus competencias ya que muchos todavía creen en mitos y creencias y al escolar, no se le traslada la información adecuada en esta temática.

Las Organizaciones de Padres de Familia (OPF) necesitan acompañamiento en educación alimentaria y nutricional para que los procesos metodológicos sean con conocimiento.

Por el momento, están gestionando con el Programa Mundial de Alimentos (PMA) la contratación de un consultor para que les apoye en la elaboración de guías metodológicas.

En años anteriores a la pandemia (COVID19), contaban con un grupo de formadores en gestión escolar de 110 personas, pero por ser contratados en el Renglón 189 no permanecen y se da mucha rotación de este personal. Están en espera que en el mes de marzo les contraten este personal.

La comunicación es fundamental porque necesita promoverse el aumento de consumo de frutas y verduras en la dieta de los niños y las niñas y, además, es fundamental fortalecer toda la parte educativa para padres de familia especialmente. DIGEFOCE no cuenta

con recursos pero se puede gestionar el financiamiento para reproducir algún tipo de material, pero lo más importante, es contar con el equipo que pueda dar seguimiento en el nivel local para impulsar la educación alimentaria.

LÍNEA DE ACCIÓN 2: DISPONIBILIDAD Y ACCESO A UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE

El documento de la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición indica que el desarrollo agrícola es sumamente importante para la mejora de la seguridad alimentaria y nutricional de la población, ya que impacta en el acceso físico (cantidad, calidad y diversidad) y en el impulso de la transformación económica rural, como principal fuente de ingresos para buena parte de los más pobres del mundo. Se entiende que la agricultura a pequeña escala, incluyendo los huertos familiares, constituye un importante motor económico para productores y consumidores, y para estimular las economías locales, ya que genera ingresos familiares a través de la venta de excedentes de la producción, lo que facilita la adquisición de alimentos y/o servicios, y a través de la producción para autoconsumo asegura la disponibilidad familiar y minimiza el riesgo de incremento de los precios de alimentos locales (p. 18).

De acuerdo con la Memoria de Labores 2020 del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación (MAGA), en ese año, se ejecutó el Plan Operativo Anual que contempló 7 programas. Uno de ellos es el Programa 11 que correspondió a la instrumentalización de los Ejes Estratégicos “Economía Familiar Rural” y “Seguridad Alimentaria” de la Agenda Estratégica para la Reactivación del Sector Agropecuario del MAGA; respondió al Pilar 2: Desarrollo Social de la Política General de Gobierno 2020-2024; al Eje 2: Bienestar para la gente, del K’atun; al ODS 2 Hambre Cero y a la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición. Se llevó a cabo por las siguientes unidades ejecutoras: Dirección de Coordinación Regional y Extensión Rural (Unidad Ejecutora 201), Viceministerio de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Unidad Ejecutora 204), Viceministerio de Desarrollo Económico Rural (Unidad Ejecutora 205) y Viceministerio Encargado de Asuntos de Petén (Unidad Ejecutora 208).

En el Programa 11 se desarrollaron las intervenciones de entrega de raciones de alimentos; extensión rural y fortalecimiento de la economía familiar campesina a través de capacitaciones, asistencia técnica y entrega de insumos para el mejoramiento de los sistemas productivos. Asimismo, apoyo a la Ley de Alimentación Escolar, a través de la capacitación y acreditación de agricultores familiares como proveedores del Programa de Alimentación Escolar del MINEDUC.

Cuadro 9: Resumen de servicios Línea 2

POBLACIÓN	SERVICIOS
Productores/as familiares subsistentes y excedentarios de comunidades clasificadas de alta vulnerabilidad para la inseguridad alimentaria	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación y transferencia de tecnología a nivel individual. • Mejoramiento de ingresos individuales y familiares ampliando el acceso a mercados. • Producción familiar sostenible de alimentos.

Programa temporal alimentario para las familias que viven en condición de pobreza y pobreza extrema

Entrega de raciones a población vulnerable que necesita asistencia alimentaria: Esta modalidad es coordinada con la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN), la cual, trabajando con datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), elabora los listados de las personas que se encuentran en riesgo de inseguridad alimentaria. Estos listados validados son entregados al VISAN, el cual a su vez coordina las actividades de entrega con el Instituto Nacional de Comercialización Agrícola (INDECA) por ser en sus silos en donde se almacenan los alimentos; así como con la red del Sistema Nacional de Extensión Rural, para la logística de entrega de las raciones.

Extensionismo agrícola: Fortalecimiento del sistema de producción agrícola en territorios rurales comunitarios




La Extensión Rural es aplicada a nivel territorial a través del Servicio de Extensión Rural el cual es concebido como un “conjunto de componentes institucionales públicos, privados y de la cooperación internacional, que de manera directa o indirecta aportan esfuerzos y recursos para impulsar el desarrollo rural integral” en Guatemala. La Dirección de Coordinación Regional y Extensión Rural (DICORER) cuenta con una red de Agencias Municipales de Extensión Rural -AMER-, ubicadas en los 340 municipios de los 22 departamentos del país. Con la estrategia de extensión, el MAGA, promueve la entrega de servicios institucionales integrados, a través de brindar una atención y asistencia técnica diferenciada que permita

mejorar los sistemas productivos agropecuarios y los sistemas de vida de las familias campesinas del área rural. Extensionista de Agricultura Familiar (EAF) y

Extensionista de Educación para el Hogar Rural (EHR). De acuerdo con la Memoria de Labores 2020, el trabajo se enfocó directamente hacia el fortalecimiento de la organización comunitaria, la transferencia de tecnologías y conocimientos, la capacitación, el mejoramiento y administración del hogar rural, el manejo y conservación de los recursos naturales renovables (suelo, agua y bosque), promoción del enfoque de género con equidad, participación activa e inclusión de los grupos comunitarios en el proceso de desarrollo, la atención de la juventud rural por medio de la organización de jóvenes, participación de la mujer en la definición, formulación, gestión, administración y supervisión de proyectos productivos variados, vinculación del sector rural productivo con el mercado, administración de recursos gestionados, y fomento a la pequeña empresa. Las Agencias Municipales de Extensión Rural (AMER) promueven la vinculación organizada de la población meta por medio de los Centros de Aprendizaje para el Desarrollo Rural (CADER). En 2020 funcionaron 5,770 CADER en todo el país, con un número similar de promotores voluntarios.

Programa de Extensionismo Rural

Alfaro (2021)¹⁹, de la Jefatura de Hogar Rural de la Subdirección de Extensión Rural (DICORER/MAGA) refiere que DICORER cuenta con tres subdirecciones de coordinan para llevar a cabo el extensionismo rural en MAGA:

-  **Subdirección de Sedes Departamentales (a la que pertenecen los jefes de MAGA departamentales)**
-  **Subdirección de Extensionismo Rural.**
-  **Subdirección de Formación y Capacitación para el Desarrollo Rural.**

¹⁹ Entrevista personal a Claudia Alfaro, Jefe de Jefatura de Hogar Rural, Subdirección de Extensión Rural DICORER / MAGA (25/02/2021).

Va dirigido, según la Política Nacional de Desarrollo Rural Integral (PNDRI) a hombres y mujeres en condiciones de pobreza extrema con prioridad agropecuaria. Trabajan en 340 municipios con prioridad en los 114 GCNN.

En cada municipio hay un equipo de campo conformado por: un/a extensionista para el desarrollo agropecuario, una extensionista de hogar rural y un/a extensionista de agricultura familiar. A partir de mayo 2021 ya se integrarán los/as jóvenes voluntarios/as del Proyecto de Servicio Cívico, quienes apoyan por cuatro meses. Estos últimos promueven actividades con énfasis en huertos.

Los equipos municipales valoran los recursos que tienen las familias en campo, le dan prioridad a las plantas nativas, trabajan con lo que hay en la localidad, Patio-Hogar, aves de patio y aumento de consumo de huevo. Los temas educativos van dirigidos a evitar comer alimentos no saludables como sopas de vaso, gaseosas, entre otros y se promueve el consumo de alimentos nutritivos que se encuentran disponibles localmente.

Principales barreras:

22 colegas departamentales de hogar rural, a cargo de las extensionistas de hogar, enfoque de mejoramiento de hogar, campesino a campesino. Acá en el nivel central hacen los lineamientos.

La barrera es el ámbito político y partidista ya que produce alta rotación de personal de campo y se pierde el personal que cuenta con las competencias ya formadas.

Se identifica como fundamental la comunicación para promover la oferta programática. Es una ventaja de disponer de redes sociales, TICs. Con el Cuerpo de Paz se está promoviendo el uso de las TIC. También se cuenta con la plataforma de la Chispa Rural financiada por FAO. DICORER ya dispone de cuenta de Zoom para reuniones virtuales.

LÍNEA DE ACCIÓN 3: PROTECCIÓN SOCIAL

En el documento de la GCNN, citando a la Comisión de Desarrollo Social de las Naciones Unidas, se establece que la protección social es “un conjunto de políticas y programas gubernamentales y privados con los que las sociedades dan respuestas a diversas contingencias a fin de compensar la falta o reducción sustancial de ingresos provenientes del trabajo, brindar asistencia a las familias con hijos y ofrecer atención médica y vivienda a la población”. Indica que estas medidas abordan tanto las necesidades de protección y promoción de quienes se encuentran en situación de pobreza como del aseguramiento de personas que, no estando en situación de pobreza, enfrentan circunstancias adversas durante determinadas etapas del ciclo de vida (p. 20).

Es por ello, que se reconoce los efectos positivos de los programas de Transferencias Monetarias Condicionadas (TMC) en salud, educación, nutrición y desarrollo infantil. Vincular un programa de TMC de forma efectiva es una acción estratégica para abonar a los resultados esperados por la GCNN. Se pretende que a través de estos programas se mejore el consumo de alimentos y la ingesta calórica, reducir la prevalencia de la desnutrición crónica especialmente en menores de dos años, aumentar la asistencia diaria y la permanencia en la escuela y la realización de controles de crecimiento y controles preventivos de salud (condiciones de los programas), aumentar la matrícula escolar, especialmente en zonas rurales y reducir la edad de ingreso a la educación primaria.

De esta manera, se promueve el fortalecimiento de la oferta de programas disponibles en MIDES, MINEDUC, SBS, SOSEP y otras. A través de los cuales se busca que padres, madres y cuidadores/as asistan con sus hijos/as en el nivel comunitario para recibir orientación, mejorar su vínculo y estimular el uso de los servicios vinculados a educación y salud.

Transferencias Monetarias Condicionadas



Teleyón y Son (2021)²⁰ del Programa de Transferencias Monetarias Condicionadas (TMC) del MIDES, indican que se trata de un programa social que realiza TMC periódicamente a través de una cuenta bancaria, a familias en pobreza y pobreza extrema. El objetivo es incentivar la asistencia a servicios de salud y educación para niñas y niños de 0 a menores de 15 años. Tiene cobertura en 21 departamentos de Guatemala: 308 municipios con TMC en Salud y 303 municipios con TMC en Educación. En el caso de la TMC Salud se dirige a familias en pobreza y pobreza extrema con niños menores de 5 años. Mientras que la TMC Educación, a familias en pobreza y pobreza extrema con niños en edad escolar

²⁰Entrevista personal a Adriana Teleyón, TMC Salud, y Lourdes Son, TMC Educación, del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (23/02/2021).

Bono Social



Gutiérrez (2021) , Asesor Profesional Especializado III de la Dirección de Comunicación Social Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), indica que el bono social aplicado a salud y educación está dirigido a Familias con al menos una mujer embarazada o un/a integrante de 0 a menor de 15 años, familias con una persona titular responsable de niñas y niños de 0 a menores de 15 años. Tiene cobertura en 21 departamentos del de la república. Es un programa social que realiza Transferencias Monetarias Condicionadas (TMC) periódicamente a través de una cuenta bancaria, a familias en pobreza y pobreza extrema, en todos los departamentos del interior de la República. El objetivo consiste en incentivar la asistencia a servicios de salud y educación para niñas y niños de 0 a menores de 15 años.

Principales barreras:

- Falta de estrategia de comunicación social a nivel institucional y por programa social.
- Equipo de Comunicación con capacidades puramente técnicas y poco estratégicas.
- Ausencia de personal de Comunicación en el interior de la República.
- Centralización de la información por parte de mandos medios.
- Las redes comunitarias de madres guías ya no existen porque no eran parte de los manuales de funcionamiento del MIDES. Algunas siempre apoyan algunos facilitadores sociales (delegados municipales de MIDES) pero sólo como voluntarias comunitarias.
- La ejecución del bono ha bajado porque no hay cuota para hacer los pagos a las familias y especialmente porque una parte del bono procede de IVAPAZ y la recaudación de impuestos se ha disminuido considerablemente.

La medición de corresponsabilidades se ha dificultado por la pandemia ya que se toma en cuenta las inscripciones y la asistencia al ciclo escolar, así como a los servicios de salud. No se han dado los controles de salud. También se debe contar con tiempo para llenar las herramientas de monitoreo de las corresponsabilidades y esto se ha dificultado para el personal local.

La comunicación es vital para el seguimiento de las corresponsabilidades de las TMC en Salud y Educación, sin embargo, por el momento no tienen ninguna estrategia aún establecida, se empezará con el reto de la medición de las corresponsabilidades según el semáforo de COVID19.

Han llevado a cabo algunas campañas de información que impulsan otras instituciones en coordinación con ellos, como una reciente que se hizo con SVET pero todavía como MIDES no cuentan con una propia. La Dirección de Coordinación y Organización que pertenece al Viceministerio de Protección Social es la que tiene a cargo los encargados regionales, coordinadores departamentales y facilitadores sociales con quienes se puede coordinar la estrategia nacional de Comunicación para el Cambio Social y de Comportamiento.

La comunicación actualmente se realiza a través de redes sociales Twitter y Facebook y a nivel local el personal de MIDES coordina con las radios comunitarias y cables locales cuando necesita que informen a la población de algún evento.

Bolsa Social: Tarjeta para Alimentos



Gutiérrez (2021), indica que se trata de un programa social que realiza Transferencias Monetarias Condicionadas (TMC) de forma periódica a través de una tarjeta de débito, a familias en pobreza y pobreza extrema, en todos los 17 municipios del departamento de Guatemala. El objetivo consiste en la adquisición de alimentos de la canasta básica en centros de canje autorizados por MIDES. Está dirigido a familias residentes de áreas urbanas y rurales que, por su situación de pobreza y pobreza extrema, enfrentan limitaciones para tener acceso a productos de la canasta básica alimentaria.

Principales barreras:

- Excesiva rotación de autoridades, mandos medios y personal contratado bajo Renglón 029.
- Falta de inversión en material de comunicación de alta relevancia sobre los programas sociales para las personas usuarias en su código de lenguaje.
- Ausencia de alianzas estratégicas permanentes con actores y canales a nivel comunitario.

Beca Social



Es un programa social que asigna becas y realiza Transferencias Monetarias Condicionadas (TMC) a personas en situación de pobreza y pobreza extrema, en todos los departamentos del país. El objetivo consiste en permanecer en estudios formales, fortalecer habilidades e integrar al mercado laboral formal, mediante: educación media y superior, capacitación productiva, y empleabilidad. Se divide en:

Educación Media: Dirigida a adolescentes y jóvenes comprendidos entre las edades de 11 a 24 años, en los 22 departamentos del país, que culminaron sus estudios de primaria y viven en situación de pobreza o pobreza extrema, en el área urbana y rural.

Educación Superior: Dirigida a adolescentes y jóvenes comprendidos entre las edades de 16 a 28 años, en los 22 departamentos del país, que se graduaron de una carrera de Nivel de Educación Media del Ciclo Educación Diversificada, y viven en situación de pobreza o pobreza extrema, en el área urbana y rural.

Primer Empleo: Dirigido a jóvenes comprendidos entre las edades de 18 a 25 años, en los 22 departamentos del país dependiendo de la oferta laboral, que se hallan en desempleo, y viven en situación de pobreza o pobreza extrema, en el área urbana y rural.



Artesano



Dirigido a personas mayores de edad que poseen habilidades artesanales o desean adquirirlas, y viven en situación de pobreza o pobreza extrema, en el área urbana y rural. Funciona en los 22 departamentos del país, dependiendo de los acuerdos que se logren con la comunidad.

Comedor Social



Es un programa social que sirve alimentos en tiempo de desayuno y almuerzo diariamente, a personas en pobreza y pobreza extrema. El objetivo consiste en facilitar el acceso a la alimentación sana, higiénica y balanceada. Actualmente tiene cobertura en los departamentos: Alta Verapaz, El Progreso, Escuintla, Guatemala, Izabal, Jalapa, Quetzaltenango, Santa Rosa y Zacapa, mediante el servicio en 19 Comedores Sociales y un Comedor Móvil. Está dirigido a la población que vive en condiciones de vulnerabilidad o crisis frente a situaciones de inseguridad alimentaria y nutricional. Prioriza a niñas y niños, mujeres embarazadas, lactantes, personas adultas mayores, personas con discapacidad, y población indígena.

“Vida”



Está dirigido a niñas y adolescentes embarazadas o madres, menores de 14 años, víctimas de violencia sexual, cuyo caso haya sido judicializado. Realiza Transferencias Monetarias Condicionadas (TMC) de forma periódica a través de una cuenta bancaria, a niñas y adolescentes embarazadas o madres, menores de 14 años, víctimas de violencia sexual en todos los departamentos de la República. El objetivo consiste en promover el acceso a los servicios de salud de las víctimas y su hija/o. Funciona en los 22 departamentos del país, dependiendo de los casos reportados.

Jóvenes Protagonistas



Es un programa social que desarrolla actividades de formación extracurricular a través de la impartición de talleres artísticos, deportivos, sociales y culturales, para adolescentes y jóvenes en pobreza y pobreza extrema, en 15 departamentos del país. El objetivo es reducir el riesgo y vulnerabilidad mediante la generación de capacidades, competencias y talentos. Está dirigido a adolescentes y jóvenes que se encuentran en situación de pobreza, riesgo y vulnerabilidad social, sin exclusión a los demás miembros de la comunidad perteneciente a otros grupos etarios en los 22 departamentos del país.

Principales barreras:

- La comunicación es muy importante para promover la oferta de TMC. Anteriormente, se contaba con la figura de redes comunitarias a través de voluntarias comunitarias llamadas madres guías porque se partió de la modalidad de Mi Familia Progres, ahora ya no continúa y los equipos de comunicación sólo toman fotografías y videos para la publicidad del MIDES.
- Se ha perdido el enfoque de documentar historias de vida.
- El personal a nivel departamental y municipal no tiene seguimiento desde la Dirección de Comunicación Social, sólo a través de redes sociales donde se publican eventos o información de pagos para que se traslade a los beneficiarios.
- No se cuenta con la conexión de radios comunitarias.
- No tienen financiamiento para campañas de información ni tampoco materiales informativos.
- Comunicación Social ha presentado propuestas y también se ha contratado a consultores para que planteen propuestas en los ámbitos comunicacionales y de educación, pero no llegan a implementarse.

Programa Acompáñame a Crecer



Acompáñame a Crecer es un programa de MINEDUC con una modalidad de atención alternativa y flexible, responde a las necesidades específicas de la comunidad, se ejecuta a través de los Centros Comunitarios de Desarrollo Infantil Temprano -CECODIT- que funcionan en comunidades del país en extrema pobreza, con baja cobertura educativa de 0-4 años y altos índices de desnutrición.

El programa está dirigido a las familias y sus hijas e hijos de 0 a 4 años, quienes asisten a los CECODIT durante todo el año; son atendidos por educadoras comunitarias. La atención se brinda de manera individual a niñas y niños menores de 2 años y grupal de 2 a 4 años, quienes asisten con su madre, padre o persona adulta a recibir las orientaciones una vez a la semana. Se atiende además a mujeres gestantes y madres lactantes para brindarles

consejo y orientación respecto a cuidados, educación, controles y alimentación, entre otros temas.

El objetivo del programa es propiciar el desarrollo infantil temprano de los niños y niñas desde su concepción hasta los cuatro años de edad, para garantizar el goce de sus derechos con enfoque inclusivo, pertinencia cultural y lingüística. Sus beneficiarios son niños y niñas de 0 a 4 años y sus familias, mujeres gestantes y madres lactantes. Su cobertura actual en los cuatro de los departamentos más afectados por desnutrición crónica, pobreza extrema e inseguridad alimentaria es:

Alta Verapaz 3,395 niños
Chiquimula 2,599 niños
Quiché 1,460 niños
Sololá 1,868 niños
Totonicapán 1,440 niños

Principales barreras:

Dentro de las principales barreras del Programa Acompañame a Crecer se encuentran las siguientes:

- Patrones de crianza no asertivos
- Aspectos culturales, entre ellos el machismo.
- Analfabetismo

En relación a lo anterior Torres (2021)²² comenta que han analizado a lo interno del programa la generación de campañas de información y sensibilización a nivel local y municipal acerca de la importancia de atender a la primera infancia, así como implementar campañas y programas de alfabetización para las familias que participan en el programa y de la mano fortalecer la participación activa de las autoridades locales y municipales para promover la participación activa y trabajo conjunto de las distintas instancias del Estado en la atención del desarrollo de la primera infancia (operativizar el Acuerdo Gubernativo 239-2020).

LÍNEA DE ACCIÓN 4: AGUA SEGURA, SANEAMIENTO E HIGIENE

El documento de la GCNN menciona que esta línea de acción incluye cuestiones de mejoramiento de infraestructura en zonas rurales y en zonas urbanas, así como el mejoramiento de la sostenibilidad de éstas, a través de tecnologías adaptadas, manejo integrado de las fuentes de recarga hídrica (cuencas) y un marco institucional favorable que se responsabilice de las mismas, así como la incidencia en las prácticas de higiene (lavado de manos, vivienda saludable, manejo seguro del agua). También se considera importante la potabilización del agua entubada y/o el tratamiento del agua a nivel domiciliario para asegurar la calidad del agua para consumo humano (p. 22).

Se propone:

- **Realizar la reforma del sector para garantizar: La existencia de un ente regulador del sector, partiendo del reforzamiento del MSPAS como ente rector; legitimación de las OMAS (oficinas municipales de agua y saneamiento), y mejora de los procesos de financiamiento y adjudicación de proyectos INFOM-Municipalidades.**
- **Impulsar legislación de agua potable y saneamiento.**
- **Promover la sostenibilidad de las infraestructuras de agua y saneamiento centralizadas, así como su ampliación y alcance a zonas que carecen de estos servicios.**
- **Incrementar el acceso a servicios de saneamiento, focalizado en la zona rural, con metodologías de bajo costo y sostenibles, implementadas desde las instituciones responsables.**
- **Mejorar las prácticas de higiene a través de estrategias para el cambio de comportamiento.**
- **Garantizar la calidad del agua suministrada, estableciendo los mecanismos de tratamiento y vigilancia necesarios.**

22 Entrevista personal a Edna Torres, técnico de los niveles de Educación Inicial y Pre-primario de la Dirección de la Dirección de Gestión de la Calidad Educativa del Ministerio de Educación (MINEDUC), (01/03/2021).

Obligatoriedad de las municipalidades



El Código Municipal en el Artículo 79, “Obligatoriedad de las municipalidades”, establece que: “Es obligación de las Municipalidades abastecer el agua potable a las comunidades situadas dentro de su jurisdicción territorial conforme lo establece el Código Municipal y las necesidades de la población en el contexto de las políticas de Estado en esta materia y consignadas en la presente ley”. Además, Artículo 87, “Purificación del agua”, establece que: “Las Municipalidades y demás instituciones públicas o privadas encargadas del manejo y abastecimiento de agua potable, tienen la obligación de purificarla, en base a los métodos que sean establecidos por el Ministerio de Salud. El Ministerio deberá brindar asistencia técnica a las Municipalidades de una manera eficiente para su cumplimiento”. La Norma Técnica guatemalteca COGUANOR NTG 29001 indica cómo debe ser el agua apta para consumo humano.

Asociación Nacional de Municipalidades (ANAM): Acompañamiento a agua y saneamiento



En la entrevista a De León (2021), Gerente de Asociación Nacional de Municipalidades (ANAM), se identificó que por medio del programa de acompañamiento a agua y saneamiento se promueve la creación de Oficinas Municipales de Agua y Saneamiento (OMAS) debido a que los alcaldes, según el Código Municipal, están obligados a clorar el agua potable.

La municipalidad, según el artículo 68 del Código Municipal, tiene a cargo los servicios básicos de las comunidades. Los Consejos de Desarrollo y ANAM están coordinando acciones para la gestión de fondos para el tema de agua y saneamiento, especialmente en infraestructura de las escuelas, mediante el acuerdo de que el MINEDUC paga la planilla de maestros de las municipalidades y la municipalidad apoya para la infraestructura en las escuelas.

Para septiembre de 2021 se tiene la meta de implementar OMAS en las 340 municipalidades y evaluar la funcionalidad de las 111 que ya existen. Se están haciendo esfuerzos articulados con el Ministerio de Comunicaciones y el Ministerio de Ambiente para el tema de tratamiento de la basura.

Principales barreras:

El Gerente de la ANAM no refiere barreras y ve con mucho positivismo que el presidente esté impulsando a través de Sistema de Consejos de Desarrollo (SISCODE) la coordinación entre

consejos de desarrollo y municipalidades para la gestión de fondos para agua y saneamiento.

El entrevistado tiene mucho interés en la estrategia de Comunicación para el Cambio Social y de Comportamiento y se refirió a la oportunidad que las municipalidades tienen una página web para socializar información y también lo hacen a través de redes sociales.

No hay una estrategia de comunicación como tal, cuentan con un equipo de 12 equipos regionales que tienen a su cargo realizar visitas a los alcaldes, por lo menos dos veces al mes, con el fin de brindar capacitación y asesoría técnica.

Vigilancia de la calidad del agua



MSPAS: Sección de Atención Integral / Departamento de Desarrollo de los Servicios / Coordinación de ISAs y TSRs

De acuerdo con Vividor y Pachecho (2021), la coordinación de inspectores de agua y saneamiento ambiental (ISA) y de Técnicos en Salud Rural (TSR) del Departamento de Desarrollo de los Servicios del MSPAS, brinda asistencia técnica a las áreas de salud en su ciclo de gestión, para que identifiquen las necesidades que tienen para atender las necesidades. Ayuda, además, a fortalecer las capacidades técnicas del personal operativo, en este caso, el equipo de la sección de agua y saneamiento a través de la asistencia técnica y capacitación, con el fin de contar con un equipo que tenga las capacidades necesarias para trabajar la vigilancia de la calidad del agua (toma de muestras, conducción, análisis técnico, elaboración de planes de mejora) para mejorar el proceso.

Tienen la responsabilidad de coordinar con todas las dependencias vinculadas con el tema de agua en el MSPAS y en otros ministerios. A nivel de áreas de salud, cuentan con: gerente de control y vigilancia de la salud, supervisor de saneamiento ambiental, ISAs y Coordinador de TSR. Acá se hace la coordinación para desarrollar estas capacidades en el personal del área para que ellos puedan apoyar de mejor manera a los distritos. A nivel de distritos trabajan con los TSR y los ISA.

Principales barreras:

A nivel institucional: la falta de equipo humano, no hay suficiente oferta para cubrir la demanda, se requiere fortalecer más a las escuelas formadoras de TSR. Si se quisiera contratar más TSR, no hay disponibles.

Falta de equipo e insumos para hacer la vigilancia de la calidad del agua, se está trabajando en ello para la compra de esto.

Transporte: muchas de las acciones son de campo para la vigilancia de la calidad del agua y se requiere movilizarse, los TSR usan vehículo propio, por sus propios medios.

De cada sistema comunitario de agua se tiene que sacar 4 muestras, lo que implica que deben hacer un recorrido por todo el sistema, deben caminar todo el municipio para rastrear un sistema: fuente o tanque de distribución, casa más cercana al tanque, una casa intermedia y la más lejana. Eso implica recorrer todo a pie. Lleva más tiempo. Si hay que revisar 4 sistemas hay que hacer 4 recorridos y no se puede hacer rápidamente. Cuando es muestreo bacteriológico, además, hay que llegar a tiempo para que se trabaje la muestra: lo mejor es cuando hay un laboratorio en el distrito, sin embargo, hay que llegar a buen tiempo para poder trabajarla aún; a veces, hay que llevarla a la dirección de área de salud (DAS) e incluso hay áreas donde no existe laboratorio por lo que deben llevarse hasta el Laboratorio Nacional.

Mucho del equipo para realizar el monitoreo ya es muy antiguo y se requiere actualizar. A nivel de distrito es alta la brecha.

También se requiere hacer la actualización sobre la técnica de muestreo, se requiere capacitación constante, porque a veces, se olvidan algunos pasos y se debe insistir para que se cumplan todos los procesos. Al incorporarse personal nuevo hay que hacer la inducción. Ya hace algunos años que no se les actualiza.

ISAs y TSR: necesitan, insumos, equipo y cómo movilizarse. Pero hay distritos que no tienen TSR ni ISAs, o algunos no tienen ninguno de los dos. El TSR es quien tiene la relación más directa con la comunidad, el ISA es más técnico regulatorio.

La cloración del agua es una obligación del prestador del servicio y en muchos casos es de la municipalidad. Sin embargo, son pocas las que lo cumplen. Uno de los temas en deuda con la población es el abastecimiento del agua y en la calidad de esta. Es difícil iniciar un procedimiento cuando el prestador no cumple, el MSPAS es muy débil, aunque tienen el respaldo de la población y el jurídico-legal, sin embargo, la parte política presiona: "Es luchar contra un poder municipal". Puede que el personal de salud sí haga la vigilancia, pero al momento de dar un correctivo, la municipalidad no aplica ningún plan de mejora y continúa esta situación: "Es complicado que Salud tenga la fuerza política con estas autoridades municipales".

El ranking municipal ha ayudado, porque los alcaldes compiten por mejorar su municipio, incluso forman las oficinas de agua y saneamiento, esto permite un mejor trabajo. Ellos respetan a los ISAs, pero hay alcaldes que ven al ISA como alguien que le afecta.

Letrinización: se le trasladó a la municipalidad esta responsabilidad, siendo el MSPAS quien da la asistencia técnica al personal de la municipalidad o a las comunidades que solicitan el apoyo: hacer proyectos, aforo de fuentes, diseño de modelos, si lo solicitan. A través de ambos, TSR e ISA.

Coordinación TSR-ISA: ha ayudado dividir el trabajo, el ISA aparte de vigilar la calidad del agua tiene otras cosas que hacer (hacer inspecciones, manejo de la basura, manipulación de alimentos, etc.). Ellos manejan más los sistemas urbanos y los TSR se hacen cargo de los sistemas rurales.



4. Análisis de canales y espacios de comunicación

Medios de comunicación masiva

Según el censo 2018, a nivel nacional, 63.34% de los hogares tiene radio y 70.51% tiene televisor.

Cuadro 10: Tenencia de radio y televisión en hogares por municipio priorizado de la GCNN

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	% HOGARES CON RADIO	% HOGARES CON TV	% HOGARES CON TV POR CABLE
ALTA VERAPAZ	1.San Cristóbal Verapaz	47,55%	46,61%	33,98%
	2.Tamahú	45,79%	23,05%	16,52%
	3.Tactic	58,42%	55,45%	41,99%
	4. San Agustín Lanquín	44,11%	10,73%	8,42%
	5. Senahú	32,87%	9,82%	7,55%
	6. San Juan Chamelco	60,02%	32,44%	22,42%
	7. Santa Cruz Verapaz	50,36%	58,00%	43,57%
	8. San Miguel Tucurú	32,33%	14,40%	10,35%
	9. Santa María Cahabón	50,78%	10,46%	8,70%
	10. Chahal	36,29%	16,96%	14,95%
	11. Panzós	30,42%	13,55%	10,88%
	12. Santa Catalina La Tina	36,65%	26,37%	21,39%
CHIQUIMULA	13. Jocotán	41,74%	20,05%	14,66%
	14. Olopa	51,66%	28,03%	21,31%
	15. Camotán	46,62%	22,04%	16,08%
	16. San Juan Ermita	49,42%	41,80%	30,51%
	17. Chiquimula	66,53%	71,07%	56,82%
HUEHUETENANGO	18. San Mateo Ixtatán	57,09%	20,60%	12,44%
	19. San Juan Atitán	64,54%	36,06%	16,31%
	20. San Miguel Acatán	44,11%	42,30%	23,88%
	21. San Rafael La Independencia	54,78%	49,07%	31,59%
	22. Colotenango	48,74%	25,16%	11,49%
	23. Santa Eulalia	70,30%	34,46%	23,01%
	24. Santa Bárbara	56,81%	29,04%	7,77%
	25. San Sebastián Huehuetenango	60,70%	33,71%	16,69%
	26. San Gaspar Ixchil	61,88%	23,76%	11,30%
	27. Santa Cruz Barillas	55,32%	31,47%	23,25%
	28. San Sebastián Coatán	55,54%	48,03%	34,97%
	29. San Juan Ixcoy	51,72%	33,49%	16,08%
	30. Santiago Chimaltenango	63,38%	42,35%	35,15%
	31. Nentón	32,28%	38,31%	29,74%
	32. Concepción Huista	51,26%	57,91%	39,97%
	33. San Idelfonso Ixtahuacán	56,85%	30,40%	15,47%
	34. Todos Santos Cuchumatán	68,36%	56,41%	34,32%
	35. San Pedro Necta	59,88%	36,25%	24,12%
	36. Tectitán	68,15%	40,02%	20,83%
	37. La Libertad	55,72%	51,82%	44,28%
	38. San Rafael Petzal	59,95%	41,24%	31,57%
	39. Aguacatán	69,60%	57,09%	35,22%
	40. San Pedro Soloma	69,29%	65,94%	55,82%
	41. Chiantla	64,36%	56,52%	30,75%
	42. Jacaltenango	50,60%	74,31%	69,89%
43. Petatán	53,64%	61,59%	55,20%	
44. Cuilco	59,08%	46,94%	33,39%	
45. San Antonio Huista	60,51%	65,50%	60,51%	

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	% HOGARES CON RADIO	% HOGARES CON TV	% HOGARES CON TV POR CABLE	
QUICHÉ	46. Chajul	41,52%	24,80%	20,05%	
	47. Patzité	57,56%	49,39%	29,67%	
	48. San Juan Cotzal	42,87%	30,62%	24,68%	
	49. Cunén	65,38%	47,94%	30,31%	
	50. Santo Tomás Chichicastenango	72,13%	58,18%	34,85%	
	51. Santa María Nebaj	58,34%	53,12%	29,22%	
	52. San Pedro Jocopilas	64,37%	55,31%	20,68%	
	53. Chicamán			19,70%	
	54. Chiché	59,92%	51,60%	45,02%	
	55. San Antonio Ilotenango	63,00%	57,63%	29,51%	
	56. Sacapulas	56,23%	49,78%	19,60%	
	57. San Bartolomé Jocotenango	60,00%	34,90%	23,78%	
	58. San Miguel Uspantán	47,85%	29,96%	49,15%	
	59. Santa Cruz del Quiché	78,21%	74,96%	32,70%	
	60. Joyabaj	57,77%	58,22%	27,94%	
	61. Zacualpa	67,51%	55,94%	33,55%	
	62. Chinique	65,45%	61,89%	30,77%	
	63. Playa Gande Ixcán	48,76%	39,72%	49,10%	
	SOLOLÁ	64. Concepción	51,32%	56,28%	32,77%
		65. Santa Catarina Ixtahuacán	48,57%	44,51%	42,16%
66. Nahualá		59,47%	51,37%	62,60%	
67. San Pablo La Laguna		56,71%	65,49%	48,23%	
68. San Antonio Palopó		66,40%	65,79%	58,79%	
69. Sololá		77,84%	73,87%	32,76%	
70. Santa Cruz La Laguna		48,93%	54,43%	68,33%	
71. San Juan La Laguna		68,82%	70,91%	52,35%	
72. San José Chacayá		76,64%	72,08%	25,64%	
73. Santa Catarina Palopó		73,82%	67,34%	68,01%	
74. San Andrés Semetabaj	73,04%	81,99%	64,77%		
75. San Marcos La Laguna	71,74%	69,91%	70,98%		
76. Santa Clara La Laguna	70,55%	72,25%	20,18%		
TOTONICAPÁN	77. Santa María Chiquimula	62,47%	34,50%	18,76%	
	78. Santa Lucía La Reforma	61,77%	37,10%	38,36%	
	79. Momostenango	73,79%	55,10%	27,97%	
	80. San Bartolo Aguas Calientes	66,41%	57,72%	53,93%	
	81. San Andrés Xecul	82,47%	71,46%	62,07%	
	82. San Francisco El Alto	77,83%	70,00%	53,34%	
	83. Totoncapán	87,90%	75,81%	51,79%	
	84. San Cristóbal Tonicapán	85,20%	76,31%	22,34%	
CHIMALTENANGO	85. Santa Apolonia	59,30%	54,57%	38,42%	
	86. Tecpán Guatemala	68,72%	68,49%	36,88%	
	87. Patzún	71,91%	76,64%	21,10%	
	88. Santa Cruz Balanyá	71,47%	80,63%	44,00%	
	89. San Juan Comalapa	80,24%	71,83%	29,24%	
	90. San José Poaquil	67,50%	60,61%	71,41%	
91. Acatenango	69,06%	76,74%	11,40%		
SAN MARCOS	92. Concepción Tutuapa	62,35%	26,28%	27,49%	
	93. Comitancillo	70,69%	44,14%	43,79%	
	94. Sibinal	64,98%	59,25%	35,68%	
	95. Tajumulco	53,94%	55,96%	27,28%	
	96. Tacaná	68,31%	46,04%	22,60%	
	97. Ixchiguan	47,30%	31,33%	27,18%	

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	% HOGARES CON RADIO	% HOGARES CON TV	% HOGARES CON TV POR CABLE
JALAPA	98. Sipacapa	73,15%	47,55%	26,34%
	99. San Miguel Ixtahuacán	69,63%	44,16%	33,49%
	100. San José Ojetenam	62,73%	52,43%	56,15%
	101. San Lorenzo	68,12%	67,68%	54,63%
	102. Tejutla	71,29%	65,21%	25,39%
	103. San Pedro Pinula	47,37%	39,43%	51,55%
	104. Jalapa	53,79%	62,54%	38,02%
	105. San Carlos Alzatate	52,35%	46,25%	59,11%
QUETZALTENANGO	106. Cabricán	84,68%	70,06%	35,67%
	107. Palestina de Los Altos	74,14%	69,04%	39,94%
	108. NHuitán	71,84%	49,50%	58,10%
	109. San Martín Sacatepéquez	67,01%	67,19%	53,57%
	110. Cajolá	78,16%	67,49%	62,62%
	111. San Juan Ostuncalco	76,29%	70,39%	58,44%
	112. San Miguel Siguilá	78,03%	73,08%	87,57%
	113. Almolonga	89,36%	90,98%	66,69%
	114. Concepción Chiquirrichapa	80,76%	72,61%	

Radios con frecuencias autorizadas por la SIT

De acuerdo con la Superintendencia de Telecomunicaciones de Guatemala (SIT), existen radios AM y FM recientemente autorizadas hasta 2020²⁶ en los municipios priorizados por la GCNN, tal como se muestra en la siguiente tabla:

Cuadro 11: Tenencia de radio y televisión en hogares por municipio priorizado de la GCNN

DEPTO	Frecuencia	DEPTO	Frecuencia	DEPTO	Frecuencia
ALTA VERAPAZ	88.7 FM	CHIQUIMULA	89.9 FM	HUEHUETENANGO	88.5 FM
	91.1 FM		90.7 FM		88.9 FM
	93.9 FM		91.1 FM		89.3 FM
	94.7 FM		91.5 FM		90.1 FM
	95.9 FM		92.3 FM		90.9 FM
	96.7 FM		92.7 FM		91.3 FM
	97.5 FM		93.9 FM		91.7 FM
	99.1 FM		94.7 FM		92.9 FM
	100.7 FM		95.5 FM		93.7 FM
	103.1 FM		97.5 FM		94.5 FM
	103.9 FM		97.9 FM		96.1 FM
	105.9 FM		99.1 FM		96.9 FM
	106.7 FM		99.5 FM		97.3 FM
	107.9 FM		100.7 FM		97.7 FM
			105.1 FM		98.1 FM
	0.540 AM		106.7 FM		98.9 FM
	0.680 AM		107.1 FM		99.3 FM
	0.930 AM		107.9 FM		99.7 FM
					100.1 FM
			1.25 AM		100.5 FM
		100.9 FM			
		101.3 FM			
		101.7 FM			
		102.3 FM			
		102.9 FM			

²⁶ Fuente: SIT / Registro de Telecomunicaciones. Actualizado al 13/04/2020

²⁷ Fuente SIT: Derechos otorgados en radiodifusión AM y FM cobertura departamental

DEPTO	Frecuencia	DEPTO	Frecuencia	DEPTO	Frecuencia
					103.3 FM 104.1 FM 104.5 FM 104.9 FM 105.3 FM 106.1 FM 106.5 FM 106.9 FM 107.3 FM 1.43 AM 1.050 AM
QUICHÉ	88.3 FM 89.5 FM 90.7 FM 93.5 FM 95.5 FM 96.3 FM 98.7 FM 99.9 FM 101.1 FM 103.7 FM 106.3 FM 0.590 AM 0.960 AM 1.010 AM	SOLOLÁ	88.7 FM 93.1 FM 96.7 FM 100.7 FM 101.9 FM 102.3 FM 103.1 FM 104.3 FM 105.5 FM	TOTONICAPÁN JALAPA	92.3 FM 95.1 FM 95.9 FM 102.7 FM 103.9 FM 105.9 FM 0.620 AM 1.25 AM 88.7 FM 90.7 FM 93.5 FM 94.3 FM 97.1 FM 98.7 FM 100.3 FM 101.9 FM 104.3 FM
QUICHÉ	88.3 FM 89.5 FM 90.7 FM 93.5 FM 95.5 FM 96.3 FM 98.7 FM 99.9 FM 101.1 FM 103.7 FM 106.3 FM 0.590 AM 0.960 AM 1.010 AM	SOLOLÁ	88.7 FM 93.1 FM 96.7 FM 100.7 FM 101.9 FM 102.3 FM 103.1 FM 104.3 FM 105.5 FM	TOTONICAPÁN JALAPA	92.3 FM 95.1 FM 95.9 FM 102.7 FM 103.9 FM 105.9 FM 0.620 AM 1.25 AM 88.7 FM 90.7 FM 93.5 FM 94.3 FM 97.1 FM 98.7 FM 100.3 FM 101.9 FM 104.3 FM

Cuadro 12: Frecuencias con cobertura municipal autorizadas por SIT²⁸ en municipios priorizados por la GCNN:

DEPTO	MUNICIPIO	Frecuencia
ALTA VERAPAZ	Panzós y Santa Catalina La Tinta	92.3 FM
	Senahú	89.1 FM
	La Tinta, Panzós, Senahú, Tukurú	102.3 FM
CHIQUIMULA	Jocotán	95.9 FM
HUEHUETENANGO	Santa Cruz Barillas	94.9 FM
	Aguacatan	94.9 FM
	San Pedro Soloma	94.9 FM
	Santa Eulalia	107.7 FM
QUICHÉ	Chichicastenango	105.7 FM
	Joyabaj	90.3 FM
	Chajul, Chiché, Chichicastenango, Antonio Ilotenango, San	104.7 FM
	Bartolomé Jocotenango, Chinique, Cunén, Ixcán, Nebaj,	104.7 FM
	Patzité, Sacapulas, San Andres Sajcabajé, San Juan Cotzal, San	105.1 FM
	Pedro Jocopilas y Santa Cruz del Quiché	94.7 FM
SOLOLÁ	Nahualá	89.1 FM
TOTONICAPÁN	Momostenango	97.9 FM
	Santa María Chiquimula	97.9 FM
	Santa Lucía La Reforma	95.1 FM
CHIMALTENANGO	Tecpán Guatemala	97.5 FM
SAN MARCOS	Comitancillo, Concepción Tutuapa, Esquipulas Palo Gordo, San	98.7 FM
	Antonio Sacatepéquez, Sibinal, Tacaná y Tejutla	105.9 FM
	Tejutla	89.5 FM
	Tacaná	105.1 FM
QUETZALTENANGO	Cabricán	89.5 FM
	Cajolá	105.1 FM
	Almolonga/Zunil	

Radios Comunitarias

Además de las radios comerciales y públicas, es importante tomar en cuenta a las radios comunitarias. La experiencia de trabajo promovida por UNICEF junto con PROEDUSA/MSPAS en los últimos 3 años da cuenta de la ventaja de trabajar juntos, la Comisión Municipal de Seguridad Alimentaria y Nutricional (COMUSAN), junto con la radio comunitaria. Sólo para finales de 2020 se tenía establecida una alianza de las COMUSAN con 35 radios locales sólo en Huehuetenango y Totonicapán, habiendo producido más de 200 mensajes en conjunto (UNICEF, 2020).

De esta manera, se involucra a estos medios locales en la promoción de las buenas prácticas que favorecen la nutrición de la familia, desde su propia óptica y desde el propio idioma de la comunidad, en asocio con las instituciones que conforman la COMUSAN.

La radio comunitaria, de acuerdo con Cultural Survival (2020, p.21): alude a un tipo de radio distinta al modelo comercial y al de los medios públicos o gubernamentales.

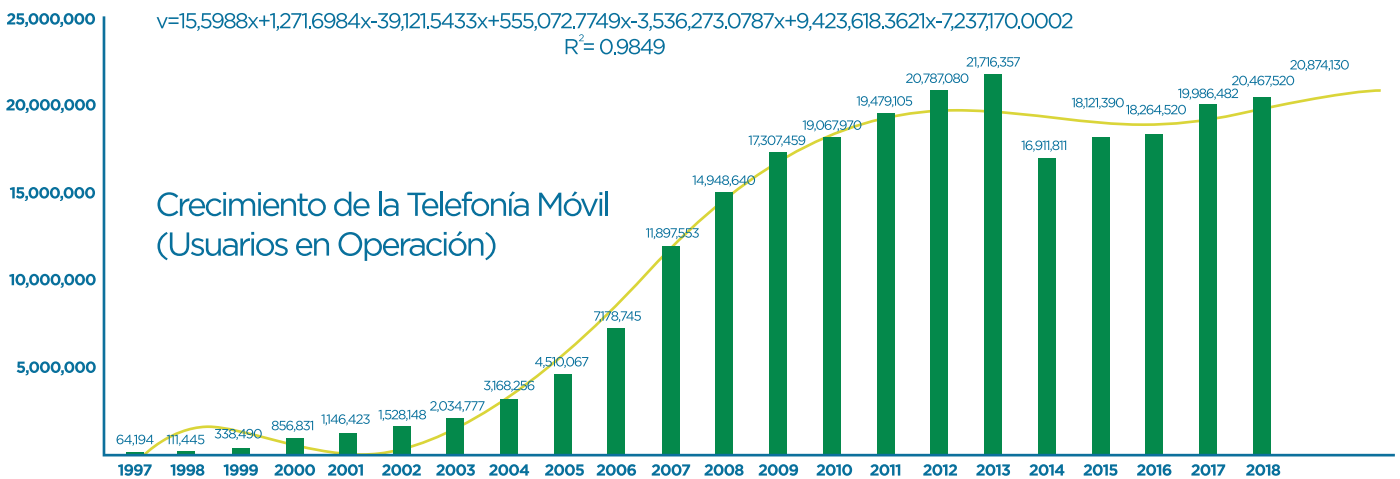
La distinción fundamental con estos modelos es su carácter no lucrativo y del cual su operación descansa en la participación voluntaria de los miembros de la comunidad en todos los niveles, desde lo simplemente operativo hasta la toma de decisiones fundamentales para la vida del medio, como si funcionan con o sin una licencia o el tipo de licencia que poseen. Además de no estar animadas por la ganancia económica, las radios comunitarias se orientan por dos principios:

- a) Dar acceso al medio a todos los miembros y grupos de la comunidad, a veces que han sido silenciados y no disponen de otra forma de expresión de sus necesidades e intereses.
- b) Estimular la participación de las audiencias en todos los aspectos del trabajo radiofónico, incluyendo la toma de decisiones.

De acuerdo con el estudio mencionado, en Guatemala se identificó entre 30 a 60 radios comunitarias indígenas.

Telefonía e internet

De acuerdo con el Boletín Estadístico Operadores de Red Local (ORD) y Operadores de Puerto Internacional (OPI) de la Superintendencia de Telecomunicaciones de Guatemala (primer trimestre 2020), existen 20,349,891 de usuarios/as en operación. Es decir, esta cantidad de líneas activas de teléfonos celulares. La mayoría de ellos, corresponden a usuarios prepago (18,603,309). Mientras que 1,746,582 son usuarios postpago (crédito). Sin embargo, según el Censo 2018, sólo el 61.88% de las personas usan celular.



Fuente: Gerencia de Regulación de Telefonía

Según el censo 2018, 17,26% de hogares tiene servicio de internet. 29,32% de personas usa internet.

Cuadro 13: Uso de teléfono celular e internet por municipio priorizado de la GCNN29

DEPTO	MUNICIPIO	% POBLACIÓN QUE USA CELULAR	% POBLACIÓN QUE USA INTERNET
ALTA VERAPAZ	1. San Cristóbal Verapaz	47,97%	14,60%
	2. Tamahú	45,25%	9,45%
	3. Tactic	62,12%	30,96%
	4. San Agustín Lanquín	29,31%	2,64%
	5. Senahú	26,51%	2,56%
	6. San Juan Chamelco	47,09%	17,46%
	7. Santa Cruz Verapaz	54,48%	22,70%
	8. San Miguel Tucurú	29,35%	4,97%
	9. Santa María Cahabón	28,05%	6,99%
	10. Chahal	31,27%	6,94%
	11. Panzós	27,90%	5,89%
	12. Santa Catalina La Tina	47,06%	16,10%
CHIQUIMULA	13. Jocotán	30,62%	9,44%
	14. Olopa	38,37%	9,90%
	15. Camotán	34,27%	12,13%
	16. San Juan Ermita	54,49%	21,27%
	17. Chiquimula	57,02%	33,85%
HUEHUETENANGO	18. San Mateo Ixtatán	36,47%	3,44%
	19. San Juan Atitán	60,64%	3,43%
	20. San Miguel Acatán	40,84%	5,66%

DEPTO	MUNICIPIO	% POBLACIÓN QUE USA CELULAR	% POBLACIÓN QUE USA INTERNET
	21. San Rafael La Independencia	50,58%	9,29%
	22. Colotenango	44,13%	3,44%
	23. Santa Eulalia	49,98%	11,15%
	24. Santa Bárbara	53,92%	7,96%
	25. San Sebastián Huehuetenango	50,23%	7,95%
	26. San Gaspar Ixchil	48,31%	3,78%
	27. Santa Cruz Barillas	51,43%	11,71%
	28. San Sebastián Coatán	66,66%	20,88%
	29. San Juan Ixcoy	54,50%	10,91%
	30. Santiago Chimaltenango	62,04%	5,11%
	31. Nentón	41,70%	13,25%
	32. Concepción Huista	50,02%	13,30%
	33. San Idelfonso Ixtahuacán	67,91%	15,13%
	34. Todos Santos Cuchumatán	65,85%	16,65%
	35. San Pedro Necta	58,08%	14,84%
	36. Tectitán	46,20%	15,46%
	37. La Libertad	56,23%	19,61%
	38. San Rafael Petzal	55,44%	15,39%
	39. Aguacatán	58,92%	15,84%
	40. San Pedro Soloma	56,33%	19,37%
	41. Chiantla	56,22%	15,45%
	42. Jacaltenango	65,76%	33,62%
	43. Petatán	62,32%	33,30%
	44. Cuilco	57,88%	16,56%
	45. San Antonio Huista	60,60%	28,69%
QUICHÉ	46. Chajul	46,08%	6,93%
	47. Patzité	55,08%	13,10%
	48. San Juan Cotzal	44,17%	15,46%
	49. Cunén	51,94%	12,98%
	50. Santo Tomás Chichicastenango	53,49%	8,02%
	51. Santa María Nebaj	58,27%	13,05%
	52. San Pedro Jocopilas	58,78%	7,59%
	53. Chicamán	42,97%	9,99%
	54. Chiché	58,48%	16,55%
	55. San Antonio Ilotenango	60,77%	18,70%
	56. Sacapulas	54,85%	9,18%
	57. San Bartolomé Jocotenango	57,21%	10,20%
	58. San Miguel Uspantán	41,74%	11,19%
	59. Santa Cruz del Quiché	60,94%	28,02%
	60. Joyabaj	56,09%	12,52%
	61. Zacualpa	53,74%	15,17%
	62. Chinique	56,45%	15,77%
	63. Playa Gande Ixcán	53,23%	
SOLOLÁ	64. Concepción	55,34%	7,27%
	65. Santa Catarina Ixtahuacán	43,19%	11,14%
	66. Nahualá	50,37%	14,73%
	67. San Pablo La Laguna	51,32%	12,26%
	68. San Antonio Palopó	58,05%	16,35%
	69. Sololá	63,10%	23,43%
	70. Santa Cruz La Laguna	56,11%	23,42%
	71. San Juan La Laguna	66,97%	32,83%
	72. San José Chacayá	56,83%	16,18%
	73. Santa Catarina Palopó	50,02%	12,73%
	74. San Andrés Semetabaj	62,07%	27,16%
	75. San Marcos La Laguna	66,45%	42,30%
	76. Santa Clara La Laguna	65,08%	26,82%
TOTONICAPÁN	77. Santa María Chiquimula	47,01%	8,53%
	78. Santa Lucía La Reforma	49,90%	8,85%

DEPTO	MUNICIPIO	% POBLACIÓN QUE USA CELULAR	% POBLACIÓN QUE USA INTERNET
	79. Momostenango	50,99%	13,26%
	80. San Bartolo Aguas Calientes	57,55%	14,39%
	81. San Andrés Xecul	52,29%	19,13%
	82. San Francisco El Alto	52,46%	16,96%
	83. Totonicapán	65,23%	31,40%
	84. San Cristóbal Totonicapán	55,27%	20,20%
CHIMALTENANGO	85. Santa Apolonia	46,38%	10,99%
	86. Tecpán Guatemala	52,77%	19,29%
	87. Patzún	61,11%	25,66%
	88. Santa Cruz Balanyá	64,86%	38,08%
	89. San Juan Comalapa	60,82%	26,94%
	90. San José Poaquil	59,65%	25,69%
	91. Acatenango	63,13%	25,48%
SAN MARCOS	92. Concepción Tutuapa	52,35%	8,14%
	93. Comitancillo	48,29%	12,79%
	94. Sibinal	49,33%	15,44%
	95. Tajumulco	51,68%	13,71%
	96. Tacaná	44,51%	9,39%
	97. Ixchiguán	54,42%	6,35%
	98. Sipacapa	56,52%	7,32%
	99. San Miguel Ixtahuacán	56,17%	9,59%
	100. San José Ojetenam	58,58%	5,38%
	101. San Lorenzo	60,67%	18,44%
	102. Tejutla	63,15%	17,62%
JALAPA	103. San Pedro Pinula	40,43%	11,45%
	104. Jalapa	54,73%	24,18%
	105. San Carlos Alzatate	44,39%	11,17%
QUETZALTENANGO	106. Cabricán	56,74%	13,60%
	107. Palestina de Los Altos	61,10%	16,05%
	108. Huitán	61,37%	9,64%
	109. San Martín Sacatepéquez	59,30%	13,32%
	110. Cajolá	65,97%	15,08%
	111. San Juan Ostuncalco	61,70%	17,28%
	112. San Miguel Siguilá	74,53%	29,33%
	113. Almolonga	73,78%	18,59%
	114. Concepción Chiquirrichapa	60,78%	21,73%

Es importante retomar las lecciones aprendidas: En la evaluación de impacto del Plan del Pacto Hambre Cero, se identificó que “aún en las poblaciones más pobres del país hay un alto uso de nuevas tecnologías de información que en el caso de los celulares llega al 83% en los 166 municipios con mayor desnutrición crónica del país. Está tecnología que ya está disponible entre la población no fue utilizada por el PPHO cuando bien podría haberse utilizado y sacado altísimo provecho. Así, se propone utilizar plataformas en telefonía celular para enviar información a los beneficiarios sobre todo aquello que atañe a recibir las correspondientes intervenciones y promover cambios de comportamiento en favor de la disponibilidad de los beneficiarios a recibir las intervenciones e implementar conductas en favor de la mejora nutricional de los menores” (p.46).

Envío de SMS o mensajes de voz a través del teléfono celular

El uso de la telefonía celular³⁰ para el envío de mensajes de texto ha sido importante en los procesos de comunicación para el cambio de comportamiento. Sin embargo, en el contexto guatemalteco, con un alto porcentaje de analfabetismo, también existe la opción del envío de mensajes de audio, incluso, en el propio idioma de la persona.

³⁰ Tomado de: Unicef (2015). Communication for Humanitarian Action Toolkit (CHAT).



Fortalezas:

- Útil en contextos donde hay una alta tasa de propiedad de teléfonos móviles.
- Puede funcionar en contextos con una señal de red relativamente débil cuando una red está congestionada.
- Los SMS tienen un costo predecible para el usuario.
- Puede interrumpir la actividad de rutina, es decir, un mensaje SMS tiende a leerse.
- La información se puede volver a usar.
- Apela a los jóvenes y adultos jóvenes.
- Es oportuno, es decir, se puede enviar como un mensaje de advertencia, advertencia de emergencia o cambio de comportamiento.
- Se puede usar para información específica dirigida a grupos de riesgo específicos.
- Puede generar diálogo (con servicios de respuesta de texto).

Una herramienta útil para potenciar el uso de teléfonos celulares para promover mensajes de salud y nutrición ha sido RapidPro . Este software incluye funciones para administrar los contactos de usuarios de forma dinámica, analizar gráficamente los datos que recibe su servicio, conectarse a múltiples canales de comunicación (es decir, SMS, WhatsApp, Telegram, Facebook Messenger, Viber, voz, USSD y redes sociales), enviar mensajes en múltiples idiomas e interoperando con sistemas externos. El software RapidPro se puede alojar como un servicio en sus servidores localmente o en la nube, de manera similar a como lo usa UNICEF en la actualidad. En Nicaragua, la experiencia de “ToyContigo” permitió aumentar el conocimiento de la comunidad para mejorar la salud materna y neonatal, a través de una serie de textos mensajes enviados a las madres embarazadas y sus familiares y red social.

31 UNICEF. RapidPro for Health programmes.

32 (Gularte, 2021), Elaboración propia con base en el Censo 2018.



Debilidades:

- Requiere una red de telefonía móvil que funcione.
- Requiere acceso/propiedad de un teléfono móvil.
- Puede ser cerrado y/o susceptible de control gubernamental.
- Requiere alfabetización y conocimiento técnico para usar de manera efectiva.
- Puede no ser útil para las personas con discapacidad visual.
- Requiere una fuente de energía confiable para mantener la carga.
- Tiene implicaciones de costo para los usuarios que usan SMS para comunicarse.
- Tiene implicaciones de costo para los servicios de emergencia, así como para el usuario.
- La evaluación del impacto de los SMS a nivel comunitario es un desafío.

Factor lingüístico³¹: La mayoría de la población pertenece a comunidades lingüísticas mayas

Al hacer un análisis de las comunidades lingüísticas a las que pertenece la población de los municipios priorizados por la GCNN queda claro que la gran mayoría pertenece al pueblo Maya. Por lo que cualquier comunicación para ser efectiva deberá tomar en cuenta el factor lingüístico.

Cuadro 14: Comunidad lingüística por municipio priorizado por la GCNN

DEPTO	MUNICIPIO	COMUNIDAD LINGÜÍSTICA PREDOMINANTE
ALTA VERAPAZ	1. San Cristóbal Verapaz	93,89% Poqomchi'
	2. Tamahú	73,94% Poqomchi' 25,03% Q'eqchi'
	3. Tactic	84,46% Poqomchi' 10,70% Q'eqchi'
	4. San Agustín Lanquín	99,08% Q'eqchi'
	5. Senahú	98,97% Q'eqchi'
	6. San Juan Chamelco	98,78% Q'eqchi'
	7. Santa Cruz Verapaz	76,37% Poqomchi' 18,94% Q'eqchi'
	8. San Miguel Tucurú	95,14% Q'eqchi'
	9. Santa María Cahabón	98,52% Q'eqchi'
	10. Chahal	99,07% Q'eqchi'
	11. Panzós	97,97% Q'eqchi'
	12. Santa Catalina La Tina	97,49% Q'eqchi'
CHIQUIMULA	13. Jocotán	99,39% Ch'orti'
	14. Olopa	99,29% Ch'orti'
	15. Camotán	99,28% Ch'orti'
	16. San Juan Ermita	98,86% Ch'orti'
	17. Chiquimula	30,49% Chalchiteka 17,91% K'iche' 24,73% Ch'orti'
HUEHUETENANGO	18. San Mateo Ixtatán	87,84% Chuj 11,38% Q'anjob'al
	19. San Juan Atitán	99,24% Mam
	20. San Miguel Acatán	99,11% Akateka
	21. San Rafael La Independencia	98,02% Akateka
	22. Colotenango	99,15% Mam
	23. Santa Eulalia	98,60% Mam
	24. Santa Bárbara	98,91% Mam
	25. San Sebastián Huehuetenango	99,05% Mam
	26. San Gaspar Ixchil	99,21% Mam
	27. Santa Cruz Barillas	85,99% Q'anjob'al 5,36% Chuj
	28. San Sebastián Coatán	98,42% Chuj
	29. San Juan Ixcoy	75,11% Q'anjob'al 21,32% Mam
	30. Santiago Chimaltenango	99,26% Mam
	31. Nentón	73,91% Chuj 16,95% Akateka
	32. Concepción Huista	62,99% Jakalteko/Popti'
	33. San Idelfonso Ixtahuacán	98,90% Mam
	34. Todos Santos Cuchumatán	98,71% Mam
	35. San Pedro Necta	99,27% Mam
	36. Tectitán	85,64% Tektiteka 10,99% Mam
	37. La Libertad	98,27% Mam
38. San Rafael Petzal	99,51% Mam	
39. Aguacatán	39,28% K'iche' 36,22% Chalchiteka 20,91% Awakateka	
40. San Pedro Soloma	99,06% Q'anjob'al	

DEPTO	MUNICIPIO	COMUNIDAD LINGÜÍSTICA PREDOMINANTE
	41. Chiantla	67,10% Mam 10,15% Q'anjob'al
	42. Jacaltenango	92,20% Jakalteko / Popti'
	43. Petatán	91,84% Jakalteko / Popti'
	44. Cuilco	96,71% Mam
	45. San Antonio Huista	80,45% Mam
QUICHÉ	46. Chajul	80,68% Ixil 10,30% K'iche'
	47. Patzité	99,19% K'iche'
	48. San Juan Cotzal	79,02% Ixil 20,37% K'iche'
	49. Cunén	98,29% K'iche'
	50. Santo Tomás Chichicastenango	99,15% K'iche'
	51. Santa María Nebaj	92,85% Ixil
	52. San Pedro Jocopilas	98,85% K'iche'
	53. Chicamán	52,26% Poqomchi' 25,80% K'iche' 15,66% Q'eqchi'
	54. Chiché	99,22% K'iche'
	55. San Antonio Iltotenango	98,79% K'iche'
	56. Sacapulas	77,60% K'iche' 21,30% Sakapulteka
	57. San Bartolomé Jocotenango	98,90% K'iche'
	58. San Miguel Uspantán	47,59% Q'eqchi' 39,77% K'iche' 6,50% Uspanteka
	59. Santa Cruz del Quiché	97,36% K'iche'
	60. Joyabaj	97,37% K'iche'
	61. Zacualpa	99,28% K'iche'
	62. Chinique	99,04% K'iche'
	63. Playa Gande Ixcán	61,01% Q'eqchi' 10,64% Q'anjob'al 11,96% Mam 6,31% K'iche'
	SOLOLÁ	64. Concepción
65. Santa Catarina Ixtahuacán		99,46% k'iche'
66. Nahualá		99,37% k'iche'
67. San Pablo La Laguna		99,48% Tz'utujil
68. San Antonio Palopó		98,71% Kaqchikel
69. Sololá		93,76% Kaqchikel
70. Santa Cruz La Laguna		98,74% Kaqchikel
71. San Juan La Laguna		53,51% k'iche' 45,09% Tz'utujil
72. San José Chacayá		77,68% Kaqchikel 20,43% k'iche'
73. Santa Catarina Palopó		97,09% Kaqchikel
74. San Andrés Semetabaj		62,07% Kaqchikel 36,30% k'iche'
75. San Marcos La Laguna		98,35% Kaqchikel
76. Santa Clara La Laguna		98,13% k'iche'
TOTONICAPÁN	77. Santa María Chiquimula	98,96% k'iche'
	78. Santa Lucía La Reforma	98,93% k'iche'
	79. Momostenango	98,88% k'iche'
	80. San Bartolo Aguas Calientes	99,08% k'iche'
	81. San Andrés Xecul	99,23% k'iche'
	82. San Francisco El Alto	99,04% k'iche'
	83. Totoncapán	98,82% k'iche'
	84. San Cristóbal Totoncapán	98,75% k'iche'
CHIMALTENANGO	85. Santa Apolonia	99,00% Kaqchikel
	86. Tecpán Guatemala	95,61% Kaqchikel
	87. Patzún	99,04% Kaqchikel
	88. Santa Cruz Balanyá	98,78% Kaqchikel
	89. San Juan Comalapa	98,95% Kaqchikel

DEPTO	MUNICIPIO	COMUNIDAD LINGÜÍSTICA PREDOMINANTE
	90. San José Poaquil	96,63% Kaqchikel
	91. Acatenango	93,03% Kaqchikel
SAN MARCOS	92. Concepción Tutuapa	98,98% Mam
	93. Comitancillo	98,95% Mam
	94. Sibinal	90,92% Mam
	95. Tajumulco	98,62% Mam
	96. Tacaná	93,80% Mam
	97. Ixchiguán	95,71% Mam
	98. Sipacapa	86,91% Sipakapense
	99. San Miguel Ixtahuacán	99,28% Mam
	100. San José Ojetenam	96,34% Mam
	101. San Lorenzo	98,83% Mam
	102. Tejutla	94,55% Mam
JALAPA	103. San Pedro Pinula	95,01% Poqomam
	104. Jalapa	32,04% K'iche'
QUETZALTENANGO		12,29% Awakateka 10,88% Chalchiteka 9,76% Poqomam
	105. San Carlos Alzate	52,63% Poqomam
		17,37% Akateka 12,11% Awakateka 12,63% K'iche'
	106. Cabricán	97,76% Mam
	107. Palestina de Los Altos	99,10% Mam
	108. Huitán	93,66% Mam
	109. San Martín Sacatepéquez	98,59% Mam
	110. Cajolá	98,97% Mam
	111. San Juan Ostuncalco	98,44% Mam
	112. San Miguel Siguilá	98,82% Mam
	113. Almolonga	98,56% K'iche'
	114. Concepción Chiquirrichapa	98,66% Mam

Necesaria coordinación con Academia de Lenguas Mayas de Guatemala (ALMG)

La ALMG, es una entidad autónoma del Estado de Guatemala, creada legalmente el 18 de octubre de 1990, mediante Decreto No. 65-90 del Congreso de la República de Guatemala. "Ley de la Academia de Lenguas Mayas de Guatemala" con el fin de brindar asesoría lingüística y cultural a instituciones públicas y privadas en las ramas de su competencia. Tiene por finalidad promover el conocimiento y difusión de las lenguas mayas e investigar, planificar, programar y ejecutar proyectos lingüísticos, literarios, educativos, culturales y dar orientación y servicios sobre la materia. Dentro de sus objetivos se plantea: "Crear, implementar e incentivar programas de publicaciones bilingües y monolingües, para promover el conocimiento y uso de los idiomas mayas y para fortalecer los valores culturales guatemaltecos" (inciso c) y "Velar por el reconocimiento, respeto y promoción de las lenguas mayas y demás valores culturales guatemaltecos" (inciso e).

La predominancia de comunidades lingüísticas mayas en los 144 municipios priorizados por la GCNN plantea la necesidad de trabajar de la mano con el ente rector de los idiomas mayas de Guatemala: la ALMG. Por ello, es importante identificar que esta institución está constituida por 22 comunidades lingüísticas mayas, cada una de las cuales posee un equipo multidisciplinario, donde existe un/a comunicador/a.

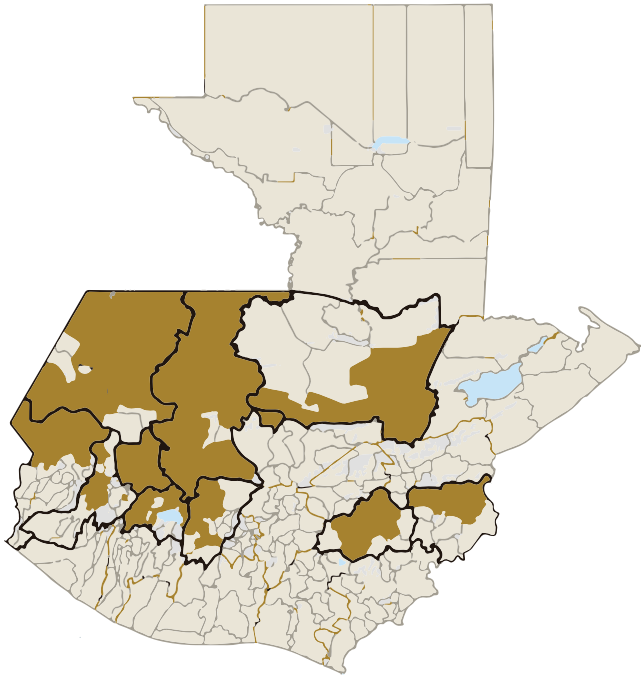
Con base en lo anterior se establece que se debe coordinar con los equipos de las siguientes comunidades lingüísticas:

- | | | | |
|----|-------------|-----|------------------|
| 1) | K'iche' | 9) | Tz'utujil |
| 2) | Mam | 10) | Q'anjob'al |
| 3) | Awakateka | 11) | Uspanteka |
| 4) | Akateka | 12) | Sakapulteka |
| 5) | Poqomam | 13) | Q'eqchi' |
| 6) | Chalchiteka | 14) | Jakalteko/Popti' |
| 7) | Sipakapense | 15) | Chuj |
| 8) | Kaqchikel | 16) | Poqomchi' |

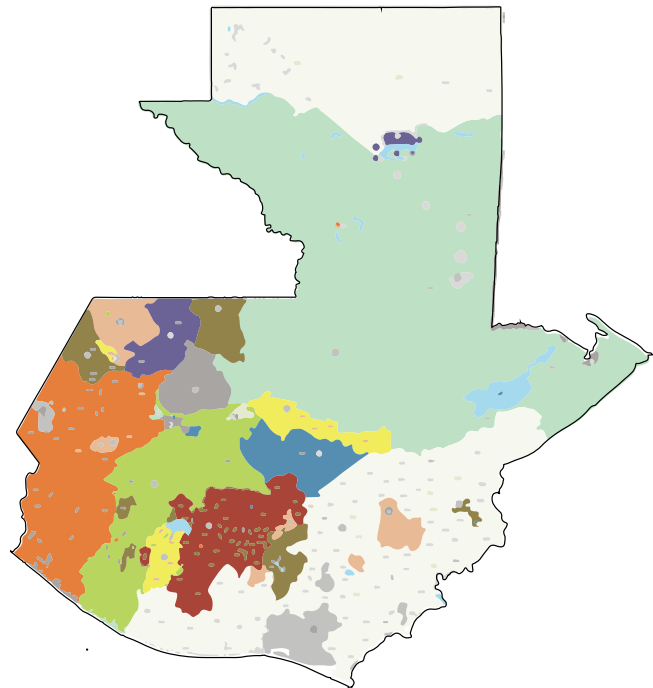
Cuadro 15: Comunidad lingüística por municipio priorizado por la GCNN

En el siguiente cuadro se puede comparar los municipios priorizados por la GCNN y las comunidades lingüísticas mayas (como se notará, coinciden los territorios con mayor población maya):

Municipios priorizados GCNN



Comunidades Lingüísticas



Coordinación con Organizaciones Basadas en Fe (OBF)

La participación de las iglesias en los procesos de promoción de la salud y la nutrición de la niñez es un compromiso. En el marco de la iniciativa mundial "Faith and Positive Change for Children, Families and Communities"³³, se ha establecido que: "La religión tiene un impacto profundo en los valores personales y colectivos y las normas sociales y, por lo tanto, puede ser un poderoso catalizador para mejorar la vida de las mujeres y los niños. En situaciones de conflicto, disturbios y crisis humanitarias, los líderes religiosos y las organizaciones religiosas se encuentran en una posición singularmente mejor para fomentar el diálogo interreligioso, disipar tensiones y actitudes discriminatorias y brindar apoyo espiritual y psicológico a las comunidades". Al asociarse con líderes religiosos y comunidades de fe, se fortalece la capacidad para lograr cambios positivos tanto a nivel comunitario.

Algunas iniciativas de OBF

IGLESIA

Iglesia de Dios del Evangelio Completo (IDEC)
Iglesia Católica: Diócesis y arquidiócesis, Pastoral de la Primera Infancia
Iglesia Del Nazareno
Iglesia Presbiteriana

33 <https://www.faith4positivechange.org>





<p>SI SE FORTALECEN LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN PARTICIPANTES DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO CON RESPECTO A...</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Salud Y Nutrición ● Disponibilidad Y Acceso ● A Una Alimentación Saludable ● Protección Social ● Agua Segura, ● Saneamiento E Higiene 	<p>SE LOGRARÁN LOS COMPORTAMIENTOS ESPERADOS EN CADA UNO DE ELLOS/AS...</p>	<p>SE MEJORARÁ LA NUTRICIÓN ESPECIALMENTE EN NIÑOS/AS Y MADRES</p>
---	--	---

1. LÍNEA DE ACCIÓN 1

Salud y Nutrición

Resultado al que contribuye

Promover la salud y nutrición sostenible de la población guatemalteca con énfasis en la niñez menor de 5 años de edad, preescolares y escolares, mujeres, población rural e indígena, en pobreza y pobreza extrema.

1.1 Llevar a cabo las acciones de la ventana de los 1,000 días.

TEMA	PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO	CONOCIMIENTOS ESPERADOS	ACTITUDES ESPERADAS	PRÁCTICAS ESPERADAS
<p>1.1.1 Atención durante el embarazo y parto</p> <p>OBJETIVOS DE COMUNICACIÓN:</p> <p>Las mujeres embarazadas acuden a sus controles prenatales de forma oportuna.</p> <p>Las mujeres embarazadas siguen las recomendaciones de protección, cuidado y alimentación, con el</p>	<p>INDIVIDUAL: Mujeres en edad fértil, mujeres embarazadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce la importancia del control prenatal para ella y su bebé por nacer. • Conoce la importancia de acudir a su primer control prenatal antes de las 12 semanas de embarazo. • Conoce los cuidados que debe tener para protección personal en tiempos de pandemia COVID -19. • Conoce la importancia de que 	<ul style="list-style-type: none"> • Siente confianza en acudir al servicio de salud. • Tiene la intención de que su parto sea atendido por personal de salud calificado. • Tiene la intención de dar pecho desde la primera hora de nacido su hijo. • Siente la confianza de negociar con su pareja el uso de métodos de planificación familiar. • Tiene la intención de alimentarse 	<ul style="list-style-type: none"> • Lleva a cabo, como mínimo, 4 controles prenatales en el servicio de salud. • El primer control prenatal lo realiza antes de las 12 semanas del embarazo; el segundo, alrededor de las 26 semanas; el tercero, a las 32 semanas, y el cuarto, entre las 36 y 38 semanas. • Toma la suplementación de Hierro (Sulfato Ferroso) 2 tabletas de

TEMA

apoyo de su familia, personal de salud y comunidad.

PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO

CONOCIMIENTOS ESPERADOS

su hijo reciba leche materna durante la primera hora de nacido.

- Conoce la importancia de una dieta saludable durante el embarazo: Conoce los alimentos que debe consumir en la etapa del embarazo y las cantidades recomendadas.
- Identifica las señales de peligro durante el embarazo.
- Conoce métodos de Planificación Familiar (espacio intergenésico).
- Conoce de los cuidados del RN.

ACTITUDES ESPERADAS

saludablemente (alimentos nutritivos).

PRÁCTICAS ESPERADAS

300 mgs. y 1 tableta de 5 mgs. de Ácido Fólico una vez a la semana.

- Cuenta con un plan de emergencia para el momento del parto.
- Su parto es atendido por personal de salud calificado.
- Acude al servicio de salud, aún en tiempos de COVID-19, para recibir control de embarazado, parto o post-parto.
- Decide, junto con su pareja, espaciar los embarazos.
- Guarda las medidas de higiene y protección personal en tiempos de pandemia.
- Se alimenta saludablemente y selecciona alimentos nutritivos, en lo posible.

FAMILIAR: Parejas, madres y suegras de mujeres en edad fértil y de mujeres embarazadas.

- Conoce la importancia del control prenatal para la mujer embarazada en su familia y el bebé por nacer.
- Conoce la importancia de los cuidados de la atención prenatal de la mujer embarazada.
- Identifica situaciones que pueden provocar estrés (depresión materna) en la embarazada y estrategias para resolverlas.
- Conoce la importancia de que la mujer embarazada tenga una dieta saludable durante el embarazo.
- Reconoce signos y síntomas de peligro.
- Conoce los cuidados que debe tener para protección personal de la familia y la embarazada, en tiempos de pandemia COVID -19.

- Se siente corresponsable en el cuidado de la mujer durante el embarazo.
- Valora la atención a la mujer embarazada por personal de salud calificado.
- Rechaza cualquier tipo de machismo que limite que una mujer acuda al servicio de salud durante su embarazo.
- (Pareja hombre): Está de acuerdo con negociar el uso de métodos de planificación familiar con su pareja.

- Apoya a la mujer embarazada para que asista a sus controles prenatales: La acompaña al control prenatal.
- Cuenta con un plan de emergencia para el momento del parto.
- Guarda las medidas de higiene y protección personal en tiempos de pandemia por COVID-19.
- Motiva a la mujer embarazada a alimentarse saludablemente (alimentos nutritivos).

TEMA

PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLOGICO

CONOCIMIENTOS ESPERADOS

ACTITUDES ESPERADAS

PRÁCTICAS ESPERADAS

COMUNITARIO:
Comadronas y líderes comunitarios/as.

- Los líderes comunitarios conocen la importancia del control prenatal para la mujer embarazada y su bebé por nacer.
- Conoce que los controles prenatales deben iniciar en las primeras 12 semanas de embarazo.
- Conoce las señales de peligro durante el embarazo.

- (Lídere hombres): Están de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos.
- Hay mayor apertura a hablar de sexualidad en el seno del hogar.
- (Comadrona): Siente que su trabajo es valioso en la comunidad.
- (Comadrona): Se siente responsable de la buena atención que reciba la mujer embarazada.

- Comadrona:
- Refiere y acompaña a la embarazada al servicio de salud cuando existen problemas con el embarazo.
 - Refiere a la embarazada al servicio de salud para recibir sus micronutrientes (Hierro, Ácido Fólico).
 - Orienta a la mujer embarazada y su pareja para prevenir

TEMA	PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLOGICO	CONOCIMIENTOS ESPERADOS	ACTITUDES ESPERADAS	PRÁCTICAS ESPERADAS
	INSTITUCIONAL: Personal de los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce las características de una atención con calidad, calidez y pertinencia cultural a las mujeres embarazadas. • Conoce formas de coordinar con líderes y organizaciones comunitarias para promover el control prenatal oportuno, nuevas relaciones de género y el contar con planes de emergencia al momento del parto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene disponibilidad para brindar una atención integral con calidad, calidez y pertinencia cultural a las embarazadas. • Tiene confianza y disponibilidad de trabajar junto con la comadrona para el buen desenlace del embarazo. 	<p>el contagio de Zika.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participa en sesiones de capacitación técnica. <p>Líderes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promueven que las familias con una mujer embarazada y la comunidad cuenten con un plan de emergencia para el momento del parto. • Promueven nuevas relaciones de género en la comunidad (Combatiendo el machismo). • Practican medidas de higiene y protección personal en tiempos de pandemia por COVID-19. • Promueve acciones que motivan a las embarazadas a alimentarse saludablemente (alimentos nutritivos). <ul style="list-style-type: none"> • Capacita a las comadronas para la adecuada atención durante el embarazo, parto y posparto, promoviendo el uso de los servicios de salud. • Atiende de forma integral a la mujer embarazada con calidad, calidez y pertinencia cultural (informa sobre complicaciones del embarazo, toma presión arterial, toma de muestra de sangre, toma de muestra de orina). • Brinda consejería efectiva a la mujer embarazada y su pareja para prevenir riesgos durante el embarazo y para promover la lactancia materna desde la primera hora de nacido.

TEMA	PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO	CONOCIMIENTOS ESPERADOS	ACTITUDES ESPERADAS	PRÁCTICAS ESPERADAS
				<ul style="list-style-type: none"> • Promueve el espaciamiento de embarazos a través del uso de métodos de planificación familiar por decisión de la pareja. • Brinda la atención del parto junto con la comadrona
	POLÍTICA PÚBLICA: Tomadores de decisiones en nivel central de MSPAS.	<ul style="list-style-type: none"> • Conocen el papel que cumplen las comadronas en el embarazo, parto y posparto en las comunidades rurales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valoran el papel de las comadronas en el embarazo, parto y posparto en las comunidades rurales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocen y dignifican el trabajo de las comadronas.
<p>1.1.2 Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses</p> <p>OBJETIVO DE COMUNICACIÓN:</p> <p>Las madres de niños y niñas de 0 a <6 meses brindan lactancia materna exclusiva a sus hijos e hijas (sin dar ningún otro alimento sólido ni líquido).</p>	INDIVIDUAL: Madres de niños/as entre 0 a 6 meses.	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce la importancia de dar leche materna de forma exclusiva durante los primeros 6 meses (sin otros líquidos) porque ayuda a: reforzar las defensas del cuerpo, brinda nutrientes y ayuda al crecimiento y desarrollo del bebé. • Sabe que lactancia materna exclusiva implica no dar ningún alimento sólido ni líquido durante los primeros 6 meses de vida del bebé. • Conoce la importancia de dar leche materna desde la primera hora de nacido su hijo o hija. • Conoce las ventajas que tiene dar el calostro a su hijo/a. • Conoce la forma correcta de amamantar a su hijo o hija. • Conoce que, si tiene problema para 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechaza el uso de agüitas, infusiones, caldos, atoles, laxantes, etc. durante los primeros 6 meses de vida de su hijo/a. • Rechaza el uso de pacha o biberón. • Prefiere el uso de leche materna sobre el uso de los sucedáneos de leche materna para alimentar a sus hijos o hijas. • Se siente segura de poder proporcionar a su hijo o hija su leche: poder producirla, que le va a gustar, que va a ser suficiente, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Brinda pecho desde la primera hora de nacido a su hijo/a. • Brinda la primera leche o calostro porque limpia el estómago del niño o niña y le previene de enfermedades. • Da pecho a su hijo/a según la cantidad de veces que lo demande (al menos 8 veces en un lapso de 24 horas). • Sólo alimenta a su hijo/a durante los primeros 6 meses con leche materna, no le da agüitas. • Cuida que la postura sea la correcta al momento de amamantar al niño/a. • Continúa dando pecho a pesar de que ella o el niño/a estén enfermos. • Acude al servicio de salud para recibir orientación sobre lactancia materna, en

TEMA

PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO

CONOCIMIENTOS ESPERADOS

ACTITUDES ESPERADAS

PRÁCTICAS ESPERADAS

amamantar, puede acudir al servicio de salud para recibir orientación sobre lactancia materna.

- Conoce el derecho que posee de tener el apoyo en su trabajo/ empleo para seguir amamantando a su hijo o hija.
- Conoce las desventajas de usar sucedáneos de leche materna para la salud de su hijo/a.
- Conoce que, aún enferma ella o su hijo/a, puede seguir amamantándolo/a.
- Sabe que, en tiempos de pandemia COVID 19, puede continuar amamantando siempre que siga las normas de higiene y protección personal (mascarilla, lavado de manos).

caso tenga problema para amamanta, aun en tiempos de COVID-19.

- Se alimenta con una dieta variada y nutritiva durante el período de lactancia.

FAMILIAR: Parejas, madres, suegras y abuelas de madres de niños/as entre 0 a 6 meses.

- Conoce la importancia de que la madre dé pecho, de forma exclusiva (sin otros líquidos) desde la primera hora de nacido/a de su hijo/a hasta los 6 meses.
- Conoce las desventajas de usar sucedáneos de leche materna para la salud de su hijo/a.
- Conoce que hay plantas autóctonas que pueden incrementar la secreción de leche materna, y pueden cultivarse en el hogar (Eg. Ixbut, alucema).
- Conoce la importancia de apoyar a la madre para que dé pecho y para que continúe haciéndolo.

- Rechaza el uso de agüitas, infusiones, caldos, atoles, laxantes, etc. durante los primeros 6 meses de vida de su hijo/a.
- Desaprueba el uso de sucedáneos de la leche materna.
- Se siente co responsable del cuidado y alimentación de la madre que está dando lactancia.

- Apoya (brinda palabras de aliento) a la madre para que dé pecho de forma exclusiva (sin líquidos ni otros alimentos) hasta los 6 meses.
- Motiva a la parturienta a que use y tome infusiones de plantas autóctonas que pueden incrementar la secreción de leche materna (Eg. Ixbut, alucema).

COMUNITARIO: Comadronas y líderes comunitarios/as.

- Conoce la importancia de que la madre dé pecho, de forma exclusiva (sin otros líquidos) desde

- Está dispuesta a aprender más sobre la importancia y beneficios de la lactancia materna.

- La comadrona motiva a la embarazada a acudir al servicio de salud a sus controles

TEMA

PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO

CONOCIMIENTOS ESPERADOS

la primera hora de nacido/a de su hijo/a hasta los 6 meses.

- Conoce las desventajas de usar sucedáneos de leche materna para la salud de los niños y niñas.
- Conoce los beneficios que brinda la lactancia materna al desarrollo de la inteligencia del niño/a.
- Conoce la importancia del calostro.

ACTITUDES ESPERADAS

- Siente compromiso con la salud y el desarrollo de los niños y las niñas de los partos que atiende.
- Promueve con sus pacientes la lactancia materna desde la primera hora de vida.
- Siente interés en coordinar con los servicios de salud.
- Reconocen que la lactancia materna es un proceso natural y que se debe promover y facilitar a la madre que lo practique.

PRÁCTICAS ESPERADAS

- prenatales, parto o control post-parto, inclusive en tiempos de pandemia COVID-19.
- La comadrona coloca al recién nacido/a sobre el pecho de la madre, en contacto directo piel a piel, inmediatamente después del parto.
 - La comadrona ayuda a la madre a iniciar la lactancia materna durante la primera hora después del parto.
 - La comadrona recomienda a la madre y su familia, no dar al recién nacido/a ningún alimento o bebida (ni siquiera agua pura), purgantes, chupones de achicoria o agüitas que no sea leche materna.
 - La comadrona anima a la madre a dar lactancia cada vez que el niño/a quiera o demuestre señales de hambre, tanto de día como de noche.
 - La comadrona recomienda a la madre no usar pachas, ni pepes y chupones con su niña o niño que amamanta, únicamente pecho.
 - La comadrona orienta a la familia de la lactante para que apoyen a la madre para que dé pecho.
 - Apoya a la madre para superar las posibles dificultades, creencias y barreras que impidan mantener la lactancia materna, aun en caso de que la madre trabaje fuera de casa.
 - La comadrona visita a la madre, al menos

TEMA

PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO

CONOCIMIENTOS ESPERADOS

ACTITUDES ESPERADAS

PRÁCTICAS ESPERADAS

una vez en la semana, después del parto y le apoya para dar lactancia a su hija o hijo.

- La comadrona participa en sesiones de capacitación técnica en el servicio de salud más cercano.
- (Líderes comunitarios): promueven la creación de grupos de apoyo a la LME en la comunidad.
- La comadrona motiva a la parturienta a que use y tome infusiones de plantas autóctonas que pueden incrementar la secreción de leche materna (Eg. Ixbut, alucema).

INSTITUCIONAL:
Personal de los servicios de salud.

- Conoce los beneficios que brinda la lactancia materna al desarrollo integral del niño/a.
- Conoce las normas relativas a la lactancia materna a nivel nacional.
- Conoce las desventajas de usar sucedáneos de leche materna para la salud de los niños/as.
- Conocen los 10 pasos de la Iniciativa de Servicios Amigos de Lactancia Materna y de las comadronas promotoras de lactancia materna (personal que trabaja en los servicios de salud que atienden partos o que tienen a su cargo comadronas).

- Tiene disponibilidad para brindar una atención integral con calidad, calidez y pertinencia cultural a las madres lactantes.
- Desaprueba el uso de sucedáneos de la leche materna en los servicios de salud y en situaciones de emergencia
- Tiene disponibilidad para participar en capacitaciones sobre lactancia materna.
- Valora el papel de la comadrona como aliada en la promoción de la lactancia materna exclusiva.

- Aplica las normas de lactancia materna del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Motiva y orienta a las madres lactantes para que den pecho de la forma correcta (les resuelve dudas sobre problemas de succión, producción de leche, etc.) y orienta sobre la forma correcta de dar lactancia. También para que continúen aún si han de separarse de sus hijos/as.
- Brinda consejería efectiva a las madres lactantes y sus parejas/familias para que den lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y lactancia complementaria hasta los 24 meses o más.
- Promueve el apego inmediato (especialmente en hospitales) y que el niño o niña reciba leche materna desde la primera hora de

TEMA

PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLOGICO

CONOCIMIENTOS ESPERADOS

ACTITUDES ESPERADAS

PRÁCTICAS ESPERADAS

nacido/a.

- Fomenta la lactancia materna sin horario cada vez que la niña o niño dé señales de quererse alimentar, tanto de día como de noche.
- Fomenta el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procura que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del servicio de salud.

NACIONAL:
Empleadores

- Conoce los beneficios de la lactancia materna y la importancia de que la madre dé pecho, de forma exclusiva (sin otros líquidos) desde la primera hora de nacido/a del niño/a hasta los 6 meses.
- Conoce la importancia de que la madre continúe dando pecho al niño o niña, de forma complementaria a la alimentación, hasta los 24 meses o más.
- Conoce los beneficios a los que tiene derecho las madres trabajadoras.
- Conoce las desventajas de usar sucedáneos de leche materna para la salud del niño/a.

- Tiene disponibilidad para promover la lactancia materna desde su empresa u organización y de implementar “espacios amigos de la lactancia materna”.
- Desaprueba el uso de sucedáneos de la leche materna aún en situaciones de emergencia.

- Implementa un espacio amigo de la madre en su empresa para facilitar que las madres puedan extraer su leche materna y brinda apoyo a las madres trabajadoras que están embarazadas o en período de lactancia.
- Posee una política de lactancia materna (por escrito) en la empresa la cual se pone en conocimiento de todo el personal.
- Capacita al personal y cuenta con material informativo para informar a todas las trabajadoras embarazadas sobre los beneficios y de la lactancia materna.
- Respeta y autoriza a la madre el tiempo que necesita durante el pre y post natal de acuerdo a lo que establece la ley.
- Autoriza a la madre el tiempo establecido por la ley para que pueda tener su hora de lactancia.
- Autoriza a todas las madres trabajadoras el tiempo necesario para que puedan extraerse la leche de acuerdo a la jornada de trabajo.
- No acepta de

TEMA	PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO	CONOCIMIENTOS ESPERADOS	ACTITUDES ESPERADAS	PRÁCTICAS ESPERADAS
<p>1.1.3 Alimentación complementaria al terminar el sexto mes y lactancia materna continuada por lo menos hasta los dos años.</p> <p>OBJETIVO DE COMUNICACIÓN:</p> <p>Las madres, padres y/o tutores/as de niños y niñas inician la alimentación complementaria a partir de los 6 meses y de 6 a 24 meses dan alimentos nutritivos y variados, en la cantidad y frecuencia recomendada a sus hijos e hijas, además de la lactancia materna complementaria.</p>	<p>INDIVIDUAL: Madres de niños/as entre 6 a 24 meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce la importancia de una adecuada alimentación a partir de los 6 meses para su hijo e hija, además de la lactancia materna complementaria. • Conoce los tipos de alimentos que puede brindar a su hijo/a (y que son accesibles) para que tenga variedad de nutrientes. • Conoce la cantidad de veces que debe dar alimentos al niño/a cuando empieza a comer (a partir del sexto mes) y cómo debe ir aumentando la frecuencia. • Conoce la consistencia que debe tener la comida se su hijo/a según la edad: papilla (6 a 8 meses), en trocitos (9 a 11 meses) y como la del resto de la familia (a partir de los 12 meses). • Comprende que es importante la interacción con su hijo/hija en el momento de alimentarse. • Sabe que la comida chatarra no es adecuada para la alimentación de sus niños pequeños. 	<ul style="list-style-type: none"> • Está atenta y tiene apertura a las recomendaciones que le dan en el servicio de salud para mejorar la alimentación de sus hijos/as. • Tiene apertura para probar nuevas recetas y productos alimenticios para su hijo/a. • Siente que tanto niños como niñas tienen igual derecho de alimentarse en el hogar: ambos tienen las mismas necesidades. • Valora la preparación de alimentos nutritivos para su bebé, para que crezca y se desarrolle bien. 	<p>proveedores, ni brinda a sus colaboradores o familias, sucedáneos de la leche materna ni biberones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promueve y facilita que su empresa se convierta en Amiga de la Lactancia Materna. <ul style="list-style-type: none"> • Al cumplir los seis meses, el niño o niña inicia la introducción de alimentos adecuados para su edad y desarrollo, además de la leche materna. • Brinda a su hijo/a una alimentación rica en nutrientes (vitaminas, minerales, proteínas, carbohidratos y grasas). • Brinda a su hijo/a una alimentación en la consistencia adecuada: machacado o puré (de 6 a 8 meses), en trocitos (de 9 a 11 meses) y como al resto de la familia (a partir de los 12 meses). • Brinda alimentación a su hijo/a: 2 a 3 veces al día para niños/as entre 6 a 8 meses; 3 a 4 veces para niños/as a partir de los 9 meses. • Evita dar a su hijo/a comida chatarra (frituras, bebidas gaseosas, azucaradas, etc.). • Continúa dando lactancia materna, por lo menos, hasta los dos años. • Anima a sus hijos/as a que coman (alimentación perceptiva).
	<p>FAMILIAR: Parejas, madres, suegras y abuelas de madres de niños/as entre 6 a 24 meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce la importancia de una adecuada alimentación a partir de los 6 meses para 	<ul style="list-style-type: none"> • Valora la importancia de participar activamente en el momento de 	<ul style="list-style-type: none"> • Participa en la selección y en la preparación de alimentos para el niño/a en su hogar.

TEMA

PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO

CONOCIMIENTOS ESPERADOS

ACTITUDES ESPERADAS

PRÁCTICAS ESPERADAS

el niño/a, además de la lactancia materna complementaria.

- Identifica los tipos de alimentos que pueden brindar al niño/a (y que son accesibles) para que tenga variedad de nutrientes.
- Conoce la consistencia que deben tener los alimentos que se dan al niño/a de acuerdo con su edad, y evita darles solo (el agua de) caldos a partir de los 6 meses.
- Sabe que la comida chatarra no es adecuada para el/la niño/a.

alimentar al niño/a en su hogar.

- Valora por igual la alimentación que deben recibir tanto hombres como mujeres en el hogar.
- (Pareja): Muestra interés en participar en la preparación de los alimentos para su hijo/a.
- (Pareja): Se siente corresponsable de la adecuada alimentación de su hijo/a.

- Alimenta perceptivamente al niño/a.
- Participa de las sesiones de consejería individual o familiar que ofrecen los servicios de salud o la COMUSAN.
- Procura adquirir o innovar al hogar alimentos nutritivos.
- Participa en la gestión de proyectos de seguridad alimentaria y nutricional para su comunidad.

COMUNITARIO:
Comadronas y líderes comunitarios/as.

- Conoce la importancia de una adecuada alimentación a partir de los 6 meses para los niños y las niñas de su comunidad, además de la lactancia materna complementaria.
- Conoce los alimentos necesarios y ricos en nutrientes disponibles en la comunidad, que pueden los niños/as consumir a partir de los 6 meses de edad.
- Conoce las instituciones vinculadas con las que puede coordinar para mejorar la nutrición de su comunidad (eg. COMUSAN).
- Conoce que la comida chatarra no es adecuada para la alimentación de niños/as pequeños/as.
- Conoce los alimentos necesarios y ricos en nutrientes disponibles en la comunidad, que niños/as pueden consumir a partir de los 6 meses de edad.

- Se siente motivado/a a participar en la organización comunitaria que ayude a mejorar la SAN en su comunidad.
- Se siente corresponsable de que niños y niñas de su comunidad tengan acceso a una adecuada alimentación que les permita su buen crecimiento y desarrollo.

- Participa en capacitaciones sobre SAN.
- Respalda y fomenta la creación y funcionamiento de la COCOSAN.
- Orienta a los padres y madres de familia en su ámbito de influencia para que brinden una adecuada alimentación a sus hijos e hijas.
- Coordina periódicamente con personal de las instituciones que conforman la COMUSAN para la gestión de proyectos de SAN para su comunidad.
- Promueve que no se consuma comida chatarra en los hogares de su comunidad.
- Promueven y apoyan la creación de grupos de apoyo a la alimentación de niños/as pequeños/as en la comunidad.

TEMA

PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO

CONOCIMIENTOS ESPERADOS

ACTITUDES ESPERADAS

PRÁCTICAS ESPERADAS

INSTITUCIONAL:
Personal de los servicios de salud e instituciones que integran la COMUSAN.

- Conoce la importancia de una atención con calidad, calidez y pertinencia cultural a las madres de niños/as y sus familias.
- Conoce la Olla Familiar y las guías alimentarias para Guatemala.
- Identifica los alimentos que son más accesibles en el contexto de las comunidades con las que trabaja y otros nutritivos que podrían promoverse para su consumo (especialmente para la alimentación de niños y niñas pequeños).
- Identifica a las organizaciones locales, líderes comunitarios y prestadores del servicio con quienes puede coordinar para promover la alimentación complementaria adecuada para el niño/niña.

- Tiene disponibilidad de promover la alimentación complementaria en los hogares de las comunidades de su jurisdicción.
- Tiene disponibilidad de coordinar intersectorialmente y con líderes comunitarios para promover la alimentación complementaria.
- Está motivado/a para innovar formas de consejería y orientación a madres de niños/as y sus familias.

- Brinda consejería efectiva con calidad, calidez y culturalmente pertinente individual y familiar para la preparación de alimentos nutritivos (según la edad del niño o niña) accesibles desde el contexto de las comunidades.
- Realizan actividades para ampliar el conocimiento de las familias sobre los alimentos nutritivos que pueden dar a sus hijos y la manera de prepararlos.
- Apoyan técnicamente a las COCOSANes existentes en el municipio para la gestión de sus proyectos en SAN.
- Orientan a las familias que están en su ámbito de influencia, para que brinden a sus hijos/as alimentos nutritivos y eviten el consumo de la comida chatarra.
- Gestionan y promueven la organización de actividades comunitarias sobre alimentación complementaria adecuada (demostración y preparación de alimentos, recetas nutritivas, etc).

POLÍTICA PÚBLICA:
Tomadores de decisiones en nivel central de MSPAS.

- Facilita programas de alimentación complementaria para la población vulnerable.

TEMA	PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO	CONOCIMIENTOS ESPERADOS	ACTITUDES ESPERADAS	PRÁCTICAS ESPERADAS
<p>1.1.4 Suplementación con Vitamina A</p> <p>OBJETIVO DE COMUNICACIÓN:</p> <p>Las madres, padres y/o tutores/as de niños y niñas de 6 a 24 meses brindan a sus hijos e hijas los suplementos nutritivos que reciben en los servicios de salud (Vitamina A).</p>	<p>INDIVIDUAL: Madres de niños/as entre 6 a 24 meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce la importancia que el niño y la niña reciban vitaminas y minerales como Hierro, Ácido Fólico, Vitamina A y Zinc. • Conoce que la vitamina A es importante para proteger el organismo de infecciones, favorecer la visión del niño/a. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene interés en que su hijo/a reciba la Vitamina A en el servicio de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lleva a su hijo/a al servicio de salud para que le suministren vitamina A, a partir de los 6 meses de edad.
	<p>FAMILIAR: Parejas, madres, suegras y abuelas de mujeres en edad fértil y de madres de niños/as entre 6 a 24 meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce la importancia que el niño y la niña reciban vitaminas y minerales como Hierro, Ácido Fólico, Vitamina A y Zinc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene interés en que el niño/a reciba la Vitamina A en el servicio de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoya a la madre y padre para que lleven a su hijo/a a que reciba la Vitamina A en el servicio de salud.
	<p>COMUNITARIO: Comadronas y líderes comunitarios/as.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce la importancia que el niño y la niña reciban vitaminas y minerales como Hierro, Ácido Fólico, Vitamina A y Zinc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene interés en que todos los niños/as en su comunidad reciban la Vitamina A en el servicio de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promueven que las madres y padres de niños/as a partir de los 6 meses de su comunidad, lleven a sus hijos/as a que reciban la Vitamina A en los servicios de salud.
	<p>INSTITUCIONAL: Personal de los servicios de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce la norma de aplicación de micronutrientes a niños/as a partir de los 6 meses. 		<ul style="list-style-type: none"> • Brinda la dosis de Vitamina A al niño/a. • Brinda consejería individual y familiar sobre la importancia de que niños/as reciban las dosis de Vitamina A.
	<p>POLÍTICA PÚBLICA: Tomadores de decisiones en nivel central de MSPAS.</p>			<ul style="list-style-type: none"> • Aseguran que existe disponibilidad y distribución oportuna de micronutrientes en todos los servicios de salud.

TEMA

1.1.5 Micronutrientes en polvo

OBJETIVO DE COMUNICACIÓN:

Las madres, padres y/o tutores/as de niños y niñas de 6 a 24 meses brindan a sus hijos e hijas los suplementos nutritivos que reciben en los servicios de salud (Micronutrientes en polvo).

PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO

CONOCIMIENTOS ESPERADOS

ACTITUDES ESPERADAS

PRÁCTICAS ESPERADAS

INDIVIDUAL: Madres de niños/as entre 6 a 24 meses.

- Conoce que las “Chispitas” son una mezcla de polvo con vitaminas y minerales que ayudan a mejorar la salud, nutrición y crecimiento del niño/a.
- Conoce que se entregan en los servicios de salud de manera gratuita y se le agregan a la comida sólida del niño o niña.
- Conoce que protegen al organismo de infecciones y enfermedades, además de que ayudan al crecimiento.

- Tiene interés en que su hijo/a reciba los micronutrientes en polvo que le dan en los servicios de salud.

- Solicita en el servicio de salud la ración correspondiente para colocar en la comida de su hijo/a los micronutrientes espolvoreados.
- Espolvorea un sobre de micronutrientes en polvo en la comida de su hijo/a, una vez al día, durante dos meses, a partir de los 6 meses de edad.
- Da cada seis meses a su hijo/a los micronutrientes espolvoreados hasta cumplir los 5 años.

FAMILIAR: Parejas, madres, suegras y abuelas de mujeres en edad fértil y de madres de niños/as entre 6 a 24 meses.

- Conoce la importancia de las “Chispitas Nutricionales” para la nutrición y crecimiento del niño/a.

- Tiene interés en que el niño/a reciba las “Chispitas Nutricionales” en el servicio de salud.

- Apoya a la madre y padre para solicitar y utilizar los micronutrientes disponibles en los servicios de salud.

COMUNITARIO: Comadronas y líderes comunitarios/as.

- Conoce la importancia de las “Chispitas Nutricionales” para la nutrición y crecimiento del niño/a.

- Tiene interés en que los niños/as de su comunidad reciban las “Chispitas Nutricionales” en el servicio de salud.

- Apoya a la madre y padre para solicitar y utilizar los micronutrientes disponibles en los servicios de salud.
- Promueven que las madres y padres de niños/as a partir de los 6 meses de su comunidad, utilicen los micronutrientes espolvoreados que reciben en los servicios de salud y los coloquen en la comida de su hijo/a.

INSTITUCIONAL: Personal de los servicios de salud.

- Conoce las normas del Ministerio de Salud relacionadas a la suplementación con micronutrientes.

- Tiene disponibilidad de promover la suplementación con micronutrientes espolvoreados en los hogares de las comunidades de su jurisdicción.

- Brinda consejería individual y familiar efectiva para el adecuado uso de los micronutrientes en polvo por parte de padres y madres.
- Promueve los alimentos que son ricos en vitaminas y minerales para brindar diversidad en la dieta.

TEMA	PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLOGICO	CONOCIMIENTOS ESPERADOS	ACTITUDES ESPERADAS	PRÁCTICAS ESPERADAS
<p>1.1.6 Suministro de Zinc terapéutico</p> <p>OBJETIVO DE COMUNICACIÓN:</p> <p>Las madres, padres y/o tutores/as de niños y niñas de 6 a 24 meses brindan a sus hijos e hijas los suplementos nutritivos que reciben en los servicios de salud (Zinc).</p>	<p>INDIVIDUAL: Madres de niños/as entre 6 a 24 meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce las enfermedades que pueden afectar a niños y niñas menores de 5 años (especialmente: diarreas, infecciones respiratorias, enfermedades de la piel, enfermedades transmitidas por vectores) y otras. • Conoce que el Zinc ayuda a disminuir la diarrea, mejora la resistencia del niño o la niña a las infecciones, ayuda a que crezcan sanos y a que mejore su apetito. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene interés en que su hijo/a reciba la dosis de Zinc que le dan en los servicios de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Aseguran que existe disponibilidad y distribución oportuna de micronutrientes en todos los servicios de salud • Acude al servicio de salud para que le brinden Zinc terapéutico a su hijo/a cuando es necesario. • Acuden al servicio de salud para la atención de sus hijos e hijas cuando aparecen las señales de alerta de alguna enfermedad. • Buscan orientación en el personal del servicio de salud sobre cómo prevenir estas enfermedades.
	<p>FAMILIAR: Parejas, madres, suegras y abuelas de madres de niños/as entre 6 a 24 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce que el Zinc ayuda a disminuir la diarrea, mejora la resistencia del niño o la niña a las infecciones, ayuda a que crezcan sanos y a que mejore su apetito. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene interés en que el niño/a reciba la dosis de Zinc en el servicio de salud cuando es necesario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoya a la madre y padre para acudir al servicio de salud para que el niño/a reciba el Zinc cuando es necesario.
	<p>COMUNITARIO: Comadronas y líderes comunitarios/as.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce que el Zinc ayuda a disminuir la diarrea, mejora la resistencia del niño o la niña a las infecciones, ayuda a que crezcan sanos y a que mejore su apetito. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene interés en que los niños/as de su comunidad tengan acceso al Zinc en el servicio de salud cuando es necesario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promueven que las madres y padres de niños/as a partir de los 6 meses acudan a los servicios de salud para que sus hijos/as reciban el Zinc cuando sea necesario.
	<p>INSTITUCIONAL: Personal de los servicios de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce las normas del Ministerio de Salud relacionadas al suministro del Zinc a niños/as a partir de los 6 meses. <p>POLÍTICA PÚBLICA: Tomadores de decisiones en nivel central de MSPAS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene disponibilidad de promover el suministro de Zinc a niños/as a partir de los 6 meses, en las comunidades de su jurisdicción. 	<ul style="list-style-type: none"> • Da tratamiento con Zinc y brinda consejería individual o familiar sobre el consumo adecuado de Zinc en los niños/as mayores de 6 meses • Aseguran que existe disponibilidad y distribución oportuna de micronutrientes en todos los servicios de salud.

TEMA

1.1.7 Llevar al niño o niña a sus controles al servicio de salud.

OBJETIVOS DE COMUNICACIÓN:

CONTROL DE CRECIMIENTO:

• Las madres, padres y/o tutores/as de niños y niñas de 0 a <24 meses llevan a sus hijos e hijas a su control de peso y talla de forma periódica para monitorear que está sano/a y creciendo adecuadamente.

VACUNACIÓN:

• Padres y madres de familia valoran la importancia de inmunizar a sus hijos e hijas y cumplen con el esquema completo de vacunación en el tiempo oportuno.

PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO

INDIVIDUAL: Madres y padres de niños/as entre 0 a 24 meses.

FAMILIAR: Madres, suegras y abuelas de madres de niños/as entre 0 a 24 meses.

CONOCIMIENTOS ESPERADOS

CONTROL DE CRECIMIENTO:

• Conoce que los controles de crecimiento ayudan a saber si su hijo/a está creciendo bien y, si existe algún problema, se atenderá a tiempo.
• Conoce cómo está creciendo su hijo o hija.
• Conoce que su hijo/hija debe pesarse cada mes en los primeros 2 años de vida para saber cómo está creciendo.

VACUNACIÓN:

• Conoce la importancia de que su hijo complete el esquema de vacunación para la prevención de enfermedades infecto-contagiosas.
• Identifica las principales enfermedades que previenen las vacunas.
• Conoce el carné de vacunación.
• Conoce las reacciones que pueden ocasionar las vacunas.

CONTROL DE CRECIMIENTO:

• Conoce la importancia de que el niño/a tenga control de crecimiento mensual en los primeros 2 años.
• Identifica el papel del resto de la familia en garantizar el adecuado crecimiento de sus hijos/as.

VACUNACIÓN:

• Conoce la importancia de que los niños y las niñas reciban el

ACTITUDES ESPERADAS

CONTROL DE CRECIMIENTO:

• Está motivado/a a llevar el control de crecimiento de su hijo/a.
• Confía en que su niño/a puede llegar a desarrollarse y crecer bien si sigue las recomendaciones que recibe del personal de salud.

VACUNACIÓN:

• Siente que es importante vacunar a los niño/as para prevenir enfermedades futuras.
• Siente confianza de conversar con su pareja sobre la importancia de su involucramiento para garantizar que el hijo reciba todo el esquema completo de vacunación (corresponsabilidad).
• Siente confianza de hacer consultas sobre el esquema de vacunación al personal de los servicios de salud.

CONTROL DE CRECIMIENTO:

• Muestra interés en apoyar a la madre y al padre en cumplir con el monitoreo de peso y talla de su hijo/a.
• Se siente corresponsable del buen crecimiento y desarrollo del niño/a en su hogar.
• Atiende las recomendaciones que le dan en el servicio de salud para mejorar el crecimiento y desarrollo de su nieto/a.

PRÁCTICAS ESPERADAS

CONTROL DE CRECIMIENTO:

• Lleva a su hijo/a, a sus controles de crecimiento en los servicios de salud cada mes durante el primer año y cada 3 meses en el segundo año, ahí les monitorearán su peso y talla.
• Atiende las recomendaciones que le dan en el servicio de salud para mejorar el crecimiento y desarrollo de su hijo/a.
• Cuida el carné de crecimiento de su hijo/hija.

VACUNACIÓN:

• Lleva a su hijo/a al servicio de salud para aplicar las vacunas según el esquema a su edad.
• Lleva control de las vacunas recibidas por su niño/a, por medio del carné de vacunación.

CONTROL DE CRECIMIENTO:

• Acompaña a la madre o al padre cuando lleva al niño/a a su monitoreo de crecimiento (siempre que puede).
• Recuerda a la madre y al padre que deben llevar a su hijo/hija a su control de crecimiento.
• Participa de las sesiones de consejería individual o familiar que ofrecen los servicios de salud o la COMUSAN.

TEMA

PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLOGICO

CONOCIMIENTOS ESPERADOS

ACTITUDES ESPERADAS

PRÁCTICAS ESPERADAS

esquema completo de vacunación para la prevención de enfermedades en el tiempo oportuno.

- Conoce las reacciones que pueden ocasionar las vacunas.

VACUNACIÓN:

- Muestra interés en apoyar al padre y madre de familia para que procuren cumplir con el esquema de vacunación de sus hijos.

VACUNACIÓN:

- Promueve que padres y madres de su familia cumplan con la vacunación de sus hijos (según esquema de vacunación y edad).

COMUNITARIO:
Comadronas y líderes comunitarios/as.

CONTROL DE CRECIMIENTO:

- Conoce la importancia del monitoreo de crecimiento como medio para identificar oportunamente la desnutrición de niños/as en su comunidad.
- Conoce las consecuencias de la desnutrición crónica infantil en el mediano y largo plazo en niños y niñas.
- Identifica el papel de la comunidad para apoyar a los padres y madres de familia en garantizar el adecuado crecimiento de sus hijos/as.

VACUNACIÓN:

- Conoce la importancia de que los niños y las niñas reciban el esquema completo de vacunación para la prevención de enfermedades infecto-contagiosas en el tiempo oportuno.
- Conoce las reacciones que pueden ocasionar las vacunas

CONTROL DE CRECIMIENTO:

- Se siente co-responsable del buen crecimiento y desarrollo de los niños/as de su comunidad.

VACUNACIÓN:

- Muestran aceptación sobre la vacunación de niños y niñas en su comunidad o sector.

CONTROL DE CRECIMIENTO:

- Promueve que las madres y padres lleven a sus hijos/al control de crecimiento y vacunación.
- Orienta a los padres y madres de familia en su ámbito de influencia para que lleven a control de peso y talla a sus hijos y para que sigan las acciones de la Ventana de los Mil Días.
- Organiza la Comisión Comunitaria de Seguridad Alimentaria y Nutricional (COCOSAN).
- Coordina periódicamente con personal de las instituciones que conforman la COMUSAN para realizar acciones de promoción de acciones de la ventana de los Mil Días.

VACUNACIÓN:

- Identifican a familias con niños y niñas menores de 5 años en su comunidad o sector y monitorean que estén recibiendo sus vacunas de acuerdo con el esquema de vacunación.
- Facilitan procesos educativos con madres y padres de familia para aprender sobre las vacunas.

TEMA

PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO

INSTITUCIONAL:
Personal de los servicios de salud.

CONOCIMIENTOS ESPERADOS

CONTROL DE CRECIMIENTO:

- Conoce la forma de realizar el monitoreo correcto de crecimiento en niños/as menores de 24 meses, según normativa de atención en salud del Ministerio de Salud.
- Identifica factores que determinan que padres y madres de las comunidades en las que trabaja no lleven de forma periódica a sus hijos/as a control de peso y talla a los servicios de salud y apoya para solventar dichos factores.
- Identifica aliados a nivel comunitario con quienes puede coordinar para promover la prevención de la desnutrición infantil.
- Apoya a los servicios de salud para realizar monitoreo de crecimiento si es necesario.

VACUNACIÓN:

- Identifica las barreras que existen en su contexto con respecto a la vacunación de niños y niñas.
- Identifica estrategias que puedan ayudar a superar las barreras con respecto a aceptar la vacunación.

ACTITUDES ESPERADAS

CONTROL DE CRECIMIENTO:

- Se siente motivado/a a promover el control de peso y talla de niños y niñas en las comunidades.
- Coordina con COMUSAN para realizar las acciones necesarias para el control de crecimiento en sus comunidades.

VACUNACIÓN:

- Tiene disponibilidad de promover la vacunación de niños y niñas hacia las comunidades.
- Tiene disponibilidad de coordinar intersectorialmente para promover la vacunación de niños y niñas.

PRÁCTICAS ESPERADAS

CONTROL DE CRECIMIENTO:

- Atiende con calidad, calidez y pertinencia cultural a las madres y padres que llevan a sus hijos a los servicios de salud para control de crecimiento.
- Felicita a las madres/padres de los niños/niñas que están creciendo bien y apoya a los padres/madres de niños que tienen deficiencia en su crecimiento.
- Explica a padres y madres, en una forma sencilla, cómo está creciendo su hijo o hija.
- Brinda consejería individual y familiar efectiva para el adecuado crecimiento del niño o niña y para la prevención de la desnutrición (crónica y aguda), con énfasis en las acciones de la Ventana de los Mil Días.
- Realiza de forma correcta el monitoreo de peso y talla en niños y niñas.
- Da seguimiento cercano a los niños y niñas que no están creciendo bien.
- Brinda consejería para la adecuada alimentación de los niños y niñas de 0 a 24 meses.
- COMUSAN: Analiza periódicamente el comportamiento de los datos sobre monitoreo de peso y talla de niños/as en el municipio y toma medidas correctivas intersectorialmente si es necesario.

VACUNACIÓN:

- Atiende con calidad, calidez y pertinencia cultural a las madres y padres que llevan a sus hijos a vacunar.

TEMA	PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO	CONOCIMIENTOS ESPERADOS	ACTITUDES ESPERADAS	PRÁCTICAS ESPERADAS
<p>1.1.8 Alimentos fortificados con micronutrientes</p> <p>OBJETIVO DE COMUNICACIÓN:</p> <p>Las madres, padres y/o tutores/as de niños y niñas de 6 a 24 meses brindan a sus hijos e hijas alimentos fortificados que adquieren en el mercado.</p>	<p>POLÍTICA PÚBLICA: Tomadores de decisiones en nivel central de MSPAS.</p>			<ul style="list-style-type: none"> • Explica a padres y madres la importancia de completar el esquema de vacunación en sus hijos. • Existe un sistema nacional intersectorial de monitoreo de indicadores de cada niño y niña, incluyendo las inmunizaciones.
	<p>INDIVIDUAL: Madres de niños/as entre 0 a 5 años de edad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce que un alimento fortificado tiene vitaminas o minerales que ayudan a prevenir alguna deficiencia de este en la población o en un grupo específico. • Conoce que el alimento fortificado con micronutrientes está respaldado por la ley. • Conoce que es importante comprar los alimentos que están fortificados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene interés en preferir la compra de alimentos fortificados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consumen en su familia: azúcar con Vitamina A, sal con Yodo y Flúor, así como las harinas fortificadas con Hierro, Tiamina, Riboflavina, Niacina y Ácido Fólico.
	<p>FAMILIAR: Parejas, madres, suegras y abuelas de mujeres en edad fértil y de madres de niños/as entre 0 a 5 años de edad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce que es importante comprar los alimentos que están fortificados. • Conoce cuáles son los alimentos fortificados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene interés en preferir la compra de alimentos fortificados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoya en el hogar para la compra de alimentos fortificados.
	<p>COMUNITARIO: Comadronas y líderes comunitarios/as.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce que es importante comprar los alimentos que están fortificados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene interés en que en su comunidad se vendan alimentos fortificados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promueve el consumo de alimentos fortificados en los hogares de su comunidad.
	<p>INSTITUCIONAL: Personal de los servicios de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce que un alimento fortificado es al que se le ha agregado uno o más nutrientes esenciales (vitaminas o minerales), con el propósito de prevenir o corregir alguna deficiencia de este en la población o en un grupo específico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se interesa en promover, junto con otras organizaciones, la venta de alimentos fortificados en las comunidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promueve el consumo de alimentos fortificados en los hogares de su jurisdicción.

TEMA	PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO	CONOCIMIENTOS ESPERADOS	ACTITUDES ESPERADAS	PRÁCTICAS ESPERADAS
1.1.9 Tratamiento de desnutrición aguda	POLÍTICA PÚBLICA: Tomadores de decisiones en nivel central de MSPAS.	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce e identifica los signos de peligro de la desnutrición aguda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se preocupa porque su hijo/a no sufra de desnutrición aguda. • Siente que debe llevar a su hijo/a urgentemente al servicio de salud cuando nota señales de desnutrición aguda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilita que su hijo/a con desnutrición aguda moderada o severa reciba tratamiento para su recuperación. • Cumple con todas las recomendaciones que le da el personal de salud para la pronta recuperación de su hijo/a con desnutrición aguda.
	FAMILIAR: Parejas, madres, suegras y abuelas de mujeres en edad fértil y de madres de niños/as entre 0 a 5 años de edad.	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce los peligros de la desnutrición. • Identifica los signos y señales de peligro de la desnutrición aguda en niños y niñas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se siente corresponsable de evitar que el niño/a en su hogar sufra de desnutrición aguda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoya a la madre y padre para que busque ayuda inmediata cuando el niño/a muestra señales de desnutrición aguda
	COMUNITARIO: Comadronas y líderes comunitarios/as.	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica las signos y señales de peligro de la desnutrición aguda en niños y niñas. • Sabe cómo utilizar una cinta media de brazo para identificar desnutrición aguda oportunamente (líderes). 	<ul style="list-style-type: none"> • Siente compromiso de evitar que en su comunidad existan casos de desnutrición aguda. • Siente interés en capacitarse sobre la detección de casos de desnutrición aguda en su comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica casos en donde exista desnutrición aguda en su comunidad y los refiere a las instituciones responsables (servicio de salud y SESAN). • Participa en capacitaciones sobre la identificación de desnutrición aguda y la prevención de la desnutrición infantil.
	INSTITUCIONAL: Personal de los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica las signos y señales de peligro de la desnutrición aguda en niños y niñas. • Conoce el protocolo de atención a casos de desnutrición aguda. • Tiene identificados a los líderes y comités comunitarios con quienes puede trabajar en la detección temprana de casos de desnutrición aguda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Está interesado/a en coordinar con líderes y comités comunitarios la detección oportuna de casos de desnutrición aguda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Brinda tratamiento de desnutrición aguda moderada con ATLU (Alimento Terapéutico Listo para su Uso): El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cuenta con un protocolo para tratamiento de la desnutrición aguda a nivel ambulatorio • Brinda tratamiento de desnutrición aguda severa:

TEMA	PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLOGICO	CONOCIMIENTOS ESPERADOS	ACTITUDES ESPERADAS	PRÁCTICAS ESPERADAS
				este se basa en las indicaciones establecidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social las cuales se detallan en el protocolo para el tratamiento ambulatorio de la de la desnutrición aguda severa.
	POLÍTICA PÚBLICA: Tomadores de decisiones en nivel central de MSPAS.			

INDICADOR INCLUIDO EN LA LÍNEA BASE

- % de madres de niños/as de 6 a < 24 meses que brinda alimentación a su hijo/a: 2 a 3 veces al día para niños/as entre 6 a 8 meses; 3 a 4 veces para niños/as a partir de los 9 meses.
- % de madres de niños/as de 6 a < 24 meses que preparan a sus hijos/as platillos con alto contenido nutricional y en la consistencia adecuada para su edad: papilla (6 a 8 meses), en trocitos (9 a 11 meses) y como la del resto de la familia (a partir de los 12 meses). “Énfasis de 6 A 8 MESES”
- % de madres de niños/as de 6 a < 24 meses que refieren que el personal de salud le brinda consejería sobre alimentación complementaria
- % de madres de niños/as entre 0 a < 24 meses que solicitan en el servicio de salud los micronutrientes espolvoreados (Chispitas o Macro vital) y los agrega en la comida de su niño o niña de la forma correcta (papilla y no en líquidos) y en la frecuencia recomendada
- % de mujeres embarazadas que cuentan con un plan de emergencia para el momento del parto
- % de mujeres embarazadas que su parto es atendido por personal de salud calificado
- % de madres de niños de 0 < 6 meses que tienen una alimentación balanceada
- % de madres de niños/as entre 0 < 24 meses que llevan a su niño/a al servicio de salud para aplicar las vacunas según el esquema a su edad.
- % de madres de niño/a entre 0 < 24 meses que llevan el control de las vacunas recibidas por su niño/a, por medio del carné de vacunación.
- % de madres de niño/a entre 0 < 24 meses que acuden al servicio de salud para la atención de sus hijos e hijas cuando aparecen las señales de alerta de alguna enfermedad.
- % de madres de niños/as entre 0 < 24 meses que conserva la práctica de la misma cantidad de comida a su hijo e hija a pesar de la enfermedad.
- % de madres de niños/as entre 0 < 6 meses que brinda lactancia materna exclusiva a su hijo o hija durante los primeros 6 meses (sin otros líquidos, ni alimentos)
- % de madres que inician la lactancia materna desde la primera hora de nacido su hijo o hija
- % de madres que da pecho a su hijo o hija según la cantidad de veces que lo demande (al menos 8 veces en un lapso de 24 horas).
- % de madres que refieren que el personal de salud les brinda consejería sobre lactancia materna.
- % de madres de niños/as entre 0 a < 24 meses que llevan a sus hijos a control de crecimiento y desarrollo al servicio de salud para monitoreo de crecimiento una vez al mes en los primeros 2 años de vida y cada tres meses a partir de los 24 meses.
- % de madres de niños/as de 6 a < 24 meses que introducen otros alimentos a partir de los 6 meses en la dieta de su hijo/a
- % de mujeres embarazadas que tienen una alimentación balanceada
- % de mujeres embarazadas que realizan al menos 4 controles por personal calificado durante su embarazo
- % de mujeres embarazadas que consumen los suplementos de hierro y ácido fólico
- % de mujeres embarazadas que revisa esquema de inmunizaciones
- % de madres de niños/as entre 0 a < 24 meses que cumplen con la administración de vitaminas y minerales cuando se las entregan en el servicio de salud
- % Madres de niños/as entre 0 a < 5 años que realizan la planificación familiar

1.2 Llevar a cabo las acciones de cuidado cariñoso y sensible.

TEMA	PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO	CONOCIMIENTOS ESPERADOS	ACTITUDES ESPERADAS	PRÁCTICAS ESPERADAS
<p>1.2.1 Cuidado cariñoso y sensible</p> <p>OBJETIVOS DE COMUNICACIÓN:</p> <p>CUIDADO CARIÑOSO Y SENSIBLE:</p> <ul style="list-style-type: none"> Las madres, padres y/o tutores/as de niños y niñas menores de 5 años establecen un entorno familiar atento a las necesidades de sus hijos e hijas incluyendo vinculación afectiva temprana, apego, confianza y comunicación sensible. <p>PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> Las madres, padres y tutores/as de niños y niñas menores de 5 años protegen a sus hijos e hijas de cualquier tipo de violencia especialmente dentro del ámbito del hogar (violencia física, trato negligente, violencia sexual, prácticas tradicionales perjudiciales y violencia psicológica). <p>ESTIMULACIÓN OPORTUNA:</p> <ul style="list-style-type: none"> Las mujeres embarazadas, sus parejas, las madres, padres y tutores/as de niños y niñas menores de 5 años se sensibilizan, conocen y desarrollan actividades de aprendizaje con sus hijos, para potenciar su desarrollo de manera integral (físico, afectivo, 	<p>INDIVIDUAL: Mujeres embarazadas, madres, padres y/o tutores/as de niños y niñas menores de 5 años.</p>	<p>CUIDADO CARIÑOSO Y SENSIBLE:</p> <ul style="list-style-type: none"> Conoce el concepto básico de cuidado cariñoso y sensible y su importancia y ventajas para la salud y desarrollo de su hijo/hija. Conoce la importancia de crear ambientes favorables para sus hijo/a y el efecto que tiene en el efecto positivo que genera para el desarrollo de su hijo/a. Reconoce que su hijo/a es un ser humano que necesita de la interacción afectiva positiva con sus padres y/o tutores/as. Identifica los factores que facilitan el desarrollo pleno de su hijo/a. Conoce que niños y niñas tienen los mismos derechos y deben recibir los mismos cuidados y apoyo sin diferencia de género. <p>PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifica las diferentes manifestaciones de la violencia dentro del hogar. Conoce que los niños y las niñas tienen derecho de no ser objeto de cualquier forma de negligencia, discriminación, marginación, explotación, violencia, crueldad y opresión. Conoce los efectos de ejercer cualquier tipo de violencia sobre los niños y niñas desde sus primeros años. Conoce que existen 	<p>CUIDADO CARIÑOSO Y SENSIBLE:</p> <ul style="list-style-type: none"> Está motivado/a a interactuar de manera afectuosa con su hijo/a. Reconoce la importancia de participar de espacios y procesos de diálogo y escucha para interactuar/vincularse mejor a su hijo/a. Está motivado/a a interactuar de manera afectuosa con su hijo/a. Valora positivamente la importancia de jugar con su hijo/a. Reconocen que el cuidado con cariño y afecto hacia los hijos/as le corresponde tanto al padre como a la madre de familia. Muestra apertura para modificar roles que puedan ser sexistas, sobre todo cuando se atiende con cariño y ternura a niños de manera diferente y discriminatoria respecto de las niñas o viceversa. <p>PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> Rechaza cualquier tipo de violencia hacia niños y niñas. Se interesa en aprender nuevas maneras de educar a sus hijos e hijas sin ejercer la violencia. Tiene disponibilidad de dar un trato igualitario a hijos e hijas (sin distinción de género). Tiene apertura a escuchar a su hijo o hija y establecer un diálogo con él o ella. Rechaza ciertas prácticas que tradicionalmente se 	<p>CUIDADO CARIÑOSO Y SENSIBLE:</p> <ul style="list-style-type: none"> Busca, provoca o atiende grupos o procesos de apoyo emocional para aliviar stress o situaciones complejas relativas a su entorno familiar e hijos/as. Atiende procesos de apoyo para aprender como mejor vincularse/interactuar con su hijo/hija. Atiende las necesidades de salud y nutrición de su hijo/a. Establece un ambiente favorable para su desarrollo. Interactúa activamente / responde a las necesidades de su hijo/a: le habla, le escucha, juega con él, le abraza, le estimula, le muestra afecto, etc. Observa y estimula cuidadosamente el desarrollo de su hijo/a. Es inclusivo/a con niños y niñas con o sin discapacidad y aplica cariño y afecto por igual a niños y niñas. <p>PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> Resuelve los problemas dentro del hogar por medio del diálogo y los acuerdos. Involucra a sus hijos e hijas en las decisiones que se toman en el hogar. Corrige los comportamientos de su hijo e hija por medio de un trato respetuoso. Brinda una atención igual a sus hijos ya sean hombres o mujeres. Dedica tiempo para

TEMA

intelectual, lenguaje y social), durante los diferentes momentos de la vida diaria de sus hijos.

PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO

CONOCIMIENTOS ESPERADOS

leyes que protegen a niños y niñas de la violencia.

ESTIMULACIÓN

OPORTUNA:

- (Embarazada) Conoce las diferentes etapas del proceso de la gestación (biológico, físico y emocional).
- (Embarazada) Conoce que la estimulación prenatal ayuda al niño a potenciar sus capacidades y habilidades desde que se está gestando en el vientre.
- (Embarazada) Conoce diferentes técnicas para potenciar los sentidos en la etapa prenatal: táctil, visual, auditiva y la motora, base de los aprendizajes futuros.
- Conoce el desarrollo y características del niño y niña en sus diferentes etapas del desarrollo.
- Conoce cómo es el proceso del desarrollo físico del niño y su importancia para lograr habilidad motriz y cognitiva en sus diferentes etapas del desarrollo.
- Conoce en cada una de las etapas de vida del niño, cómo se desarrolla el proceso intelectual y del lenguaje, así como su importancia en el desarrollo integral.
- Conoce la importancia del desarrollo afectivo-social del niño y niña y su incidencia en el desarrollo de este.
- Conoce cómo desarrollar actividades de aprendizaje que potencien el desarrollo de su hijo o hija, de acuerdo con

ACTITUDES ESPERADAS

vienen realizando en su contexto y que son violentas hacia los niños y las niñas.

ESTIMULACIÓN

OPORTUNA:

- (Embarazada) Se interesa en aprender cómo fortalecer el vínculo afectivo con su bebé desde el vientre.
- (Embarazada) Valora positivamente la importancia de iniciar la estimulación oportuna temprana desde el embarazo.
- Está motivado/a en desarrollar actividades de estimulación oportuna con su hijo o hija para potenciar su desarrollo.
- Se interesa por buscar más información respecto a la estimulación oportuna y las opciones para aplicarla con su hijo o hija.
- (Embarazada) Tiene disponibilidad y motivación para dedicar tiempo a la realización de ejercicios cuando está embarazada para estimular el desarrollo integral de su hijo/hija.
- Reconoce que la estimulación temprana es una tarea compartida tanto de la madre como del padre.
- Se preocupa por realizar juegos que permitan que su hijo/a piense, relacione, identifique, entre otros, para el desarrollo de habilidades y destrezas.
- Durante el desarrollo de las actividades de aprendizaje le da seguridad y

PRÁCTICAS ESPERADAS

pasarlo haciendo cosas juntos con su hijo o hija (jugar, leer cuentos, pasear, etc.).

- Cumple con facilitarle a su hijo los cuidados necesarios para su crecimiento adecuado y desarrollo integral (salud, educación,

ESTIMULACIÓN

OPORTUNA:

- (Embarazada) Pone en práctica los cuidados y actividades que debe desarrollar según su etapa de embarazo.
- Aplica diferentes técnicas de estimulación prenatal: táctil, visual, auditiva y motora, que enriquezca su desarrollo físico, intelectual, emocional y social
- Prepara y motiva a su hijo o hija para el desarrollo de actividades, que le permitan aprender y fortalecer su vínculo.
- Crea un ambiente enriquecido con materiales adecuados concretos estructurados y no estructurados adecuados para el desarrollo de su aprendizaje.
- Facilita a su hijo/a objetos y juguetes que permitan la exploración, para estimular los diferentes sentidos.
- Incentiva para que su hijo o hija elija ciertas actividades por sí mismo/a.
- Realiza ejercicios que estimulan el desarrollo físico y cognitivo de su hijo o hija de acuerdo con la edad que tiene.
- Realiza actividades de aprendizaje para el desarrollo

TEMA

PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLOGICO

CONOCIMIENTOS ESPERADOS

ACTITUDES ESPERADAS

PRÁCTICAS ESPERADAS

las diferentes áreas.

confianza a su hijo/a para el logro de sus aprendizajes.

de destrezas y habilidades motrices y cognitivas, de acuerdo con su edad y madurez.

- Ejercita actividades de aprendizaje que permitan desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para potenciar el desarrollo del lenguaje, en sus diferentes etapas de desarrollo.

- Desarrolla actividades de aprendizaje que permitan desarrollar o potenciar el pensamiento y percepción de su hijo/a, que favorezca el desarrollo integral.

- Planifica y organiza juegos para potenciar su desarrollo integral.

- Durante las actividades de aprendizaje establece una buena comunicación e interacción que permita a su hijo/a construir sus aprendizajes y formar vínculos afectivos.

- Realiza actividades de aprendizaje que le permitan a su hijo/a desarrollar su autonomía y toma de decisiones.

FAMILIAR: Madres, padres, suegras, abuela/os de madres, padres y/o tutores/as de niños y niñas menores de 5 años.

CUIDADO CARIÑOSO Y SENSIBLE:

- Conoce la importancia de que el niño y la niña crezcan en un ambiente favorable para su desarrollo, especialmente vinculado a una familia.

- Conoce las acciones que pueden potenciar el desarrollo de niños/as pequeños/as.

CUIDADO CARIÑOSO Y SENSIBLE:

- Se siente corresponsable de apoyar a padres, madres y tutores/as de su familia para que desarrollen cuidados sensibles hacia sus hijos/as.

- Se siente motivado/a a realizar acciones cariñosas y sensibles para apoyar al desarrollo de los

CUIDADO CARIÑOSO Y SENSIBLE:

- Apoya a padres, madres y/o tutores/as en su familia para que atiendan las necesidades de sus hijos y establezcan un ambiente favorable para su desarrollo.

- Realizan acciones que estimulan y favorecen el desarrollo de niños/as pequeños.

TEMA

PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLOGICO

CONOCIMIENTOS ESPERADOS

ACTITUDES ESPERADAS

PRÁCTICAS ESPERADAS

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA:

- Conoce los efectos de ejercer cualquier tipo de violencia sobre los niños y niñas desde sus primeros años.
- Conoce que existen leyes que protegen a niños y niñas de la violencia.

ESTIMULACIÓN OPORTUNA:

- Conoce la importancia de participar en acciones que favorezcan el desarrollo infantil temprano de los niños de su círculo familiar.

niños/as pequeños/as.

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA:

- Rechaza cualquier tipo de violencia hacia niños y niñas.
- Rechaza ciertas prácticas que tradicionalmente se vienen realizando en su contexto y que son violentas hacia los niños y las niñas.
- Se siente corresponsable de apoyar a padres, madres y tutores/as de su familia cercana para que ejerzan una crianza sin violencia hacia sus hijos e hijas.

ESTIMULACIÓN OPORTUNA:

- Se preocupa por crear un ambiente afectivo y físico que contribuya al desarrollo integral del niño/a para que adquiera nuevos aprendizajes y fortalezcan sus vínculos emocionales.
- Se siente corresponsable de apoyar a padres, madres y tutores/as de su familia para que lleven a cabo la estimulación oportuna de sus hijos e hijas a través de actividades de aprendizaje que potencien su desarrollo.

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA:

- Apoya a padres, madres y/o tutores/as en su familia para que ejerzan una crianza libre de cualquier tipo de violencia hacia sus hijos e hijas (les orienta, acompaña a procesos formativos, facilita información, etc.).

ESTIMULACIÓN OPORTUNA:

- Apoya a padres, madres y/o tutores/as en su familia para que desarrollen actividades de aprendizaje que contribuyan al desarrollo integral del niño/a.
- Se involucran en las actividades de aprendizaje que desarrollan los padres con sus hijos, para responsabilizarse en su ausencia.
- Realizan acciones de estimulación oportuna hacia los niños/as pequeños con los que están en contacto o quienes están a su cuidado.

COMUNITARIO:
Líderes comunitarios, COCOSAN, comités comunitarios, organizaciones basadas en fe.

CUIDADO CARIÑOSO Y SENSIBLE:

- Conoce la importancia de que el niño y la niña crezcan en un ambiente favorable para su desarrollo, especialmente vinculado a una familia.
- Conoce servicios existentes en su entorno inmediato para proveer de

CUIDADO CARIÑOSO Y SENSIBLE:

- Se siente corresponsable de apoyar a padres, madres y tutores/as de las familias de su comunidad para que desarrollen cuidados sensibles hacia sus hijos/as.
- Manifiesta disponibilidad y apertura para la promoción de

CUIDADO CARIÑOSO Y SENSIBLE:

- Promueve a través de la organización local (COCOSAN, Red Comunitaria de Protección, etc.) que padres, madres y tutores/as en las familias de su comunidad atiendan las necesidades de sus hijos y establezcan un

estimulación y atención oportuna a niños y niñas.

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA:

- Conoce que los niños y las niñas tienen derecho de no ser objeto de cualquier forma de negligencia, discriminación, marginación, explotación, violencia, crueldad y opresión.
- Conoce los efectos de ejercer cualquier tipo de violencia sobre los niños y niñas desde sus primeros años.
- Conoce que existen leyes que protegen a niños y niñas de la violencia.
- Conocen las responsabilidades de los miembros de una comunidad para denunciar casos de violencia en los hogares (por acción y omisión).
- Conoce las instituciones que defienden los derechos de la niñez y con las cuales puede contactar.

ESTIMULACIÓN OPORTUNA:

- Conocen la importancia del involucramiento de la comunidad en la atención integral a la niñez de 0 a 5 años.
- Conocen acerca de cómo trabajar programas para atender a la niñez con participación y protagonismo de las familias de la comunidad.

cuidados cariñosos y sensibles como parte cotidiana de los hábitos comunitarios.

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA:

- Rechaza las prácticas que tradicionalmente se vienen realizando en su contexto y que son violentas hacia los niños y las niñas.
- Se siente corresponsable de apoyar a padres, madres y tutores/as de su comunidad para evitar cualquier forma de violencia hacia sus hijos e hijas.
- Está interesado en promover la igualdad de género en la crianza de los niños y las niñas en los hogares de su comunidad.

ESTIMULACIÓN OPORTUNA:

- Sienten compromiso de promover un desarrollo integral de la niñez en su comunidad, a través de alianzas locales que garanticen un mejor desarrollo.
- Se siente corresponsable de apoyar a padres, madres y tutores/as de su comunidad para que lleven a cabo la estimulación temprana de sus hijos e hijas de manera oportuna.
- Tienen disponibilidad de coordinar y trabajar juntos a favor de la primera infancia.

ambiente favorable para su desarrollo.

- Coordina con las instituciones presentes en el municipio para que se atienda y oriente a padres, madres y/o tutores/as de la comunidad sobre su salud mental, física y nutricional.
- Promueve en su comunidad la participación de las familias en la oferta de aprendizaje y convivencia de estimulación oportuna.

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA:

- Apoya a padres, madres y/o tutores/as en su comunidad para que eviten cualquier forma de violencia hacia sus hijos e hijas.
 - Coordina con diversas instituciones y sectores, acciones para promover cambios en los patrones de crianza violentos que puedan existir en los padres y madres de familia de su comunidad.
 - Participa activamente de campañas dirigidas a prevenir la violencia contra la niñez en su comunidad.
 - Denuncia a las autoridades correspondientes los casos de violencia contra la niñez que son de su conocimiento.
 - Promueve que niños y niñas tengan las mismas oportunidades dentro de su hogar, sin diferencia de género.
- #### ESTIMULACIÓN OPORTUNA:
- Apoyan y facilitan las acciones que favorezcan el desarrollo integral

TEMA**PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO****CONOCIMIENTOS ESPERADOS****ACTITUDES ESPERADAS****PRÁCTICAS ESPERADAS**

de la niñez de 0 a 5 años.

- Plantean/gestionan ante diversas instancias la necesidad de implementar programas con enfoque comunitario e intersectorial que favorezcan la atención integral y el desarrollo de la niñez.
- Coordinan con otros sectores para lograr apoyo en procesos formativos, adquisición de materiales pedagógicos y juegos educativos, para que padres, madres y tutores/as de niños/as menores de 5 años en su comunidad desarrollen actividades de aprendizaje que incidan en el desarrollo integral de la niñez.
- Buscan espacios comunitarios donde padres, madres y tutores/as puedan llevar a sus hijos/as para aprender cómo desarrollar actividades lúdicas de aprendizaje y acorde a sus necesidades que favorezcan su desarrollo integral.
- La comadrona y promotor de salud orienta a la embarazada en relación al cuidado y protección en su proceso de gestación, parto y posparto, para que garantice un mejor desarrollo integral de la niñez.

INSTITUCIONAL:
Integrantes de la COMUSAN, Red Municipal de Protección de la Niñez, OMPNA,

CUIDADO CARIÑOSO Y SENSIBLE:
• Conoce la importancia de que el niño y la niña crezcan en un

CUIDADO CARIÑOSO Y SENSIBLE:
• Tiene disponibilidad para brindar apoyo a las redes locales de protección para

CUIDADO CARIÑOSO Y SENSIBLE:
• Promueve a través de la organización local (COCOSAN, Red Comunitaria

PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLOGICO

MINEDUC, servicios de salud

CONOCIMIENTOS ESPERADOS

ambiente favorable para su desarrollo, especialmente vinculado a una familia.

- Identifica las barreras que no permiten que padres, madres y tutores/as en las comunidades de su municipio puedan brindar el cuidado con cariño y afecto hacia sus hijos/as.

- Conoce cuál es su papel para favorecer el desarrollo infantil integral.

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA:

- Conoce que los niños y las niñas tienen derecho de no ser objeto de cualquier forma de negligencia, discriminación, marginación, explotación, violencia, crueldad y opresión.

- Conoce los efectos de ejercer cualquier tipo de violencia sobre los niños y niñas desde sus primeros años.
- Conoce las leyes que protegen a la niñez contra cualquier tipo de violencia y las instituciones responsables de garantizar su cumplimiento.

- Conoce el papel de la Red Municipal de Protección de la Niñez y la Adolescencia, así como la OMPNA, para prevenir situaciones de desprotección y violencia contra la niñez, pero también en dar el acompañamiento debido a los casos que se presenten.

- Conoce la importancia de trabajar estrategias de prevención de la violencia en las

ACTITUDES ESPERADAS

que promuevan el cuidado con cariño y afecto hacia los niños y niñas de parte de los padres, madres y tutores/as.

- Posee disponibilidad para aumentar su conocimiento respecto a la protección de niños, niñas y sus familias.

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA:

- Rechaza cualquier tipo de violencia hacia niños y niñas.

- Tiene interés en fortalecer la coordinación interinstitucional en su municipio para la prevención de situaciones de desprotección y de violencia contra la niñez.

- Se siente corresponsable de apoyar a padres, madres y tutores/as de las comunidades de su municipio para evitar cualquier forma de violencia hacia sus hijos e hijas.

ESTIMULACIÓN OPORTUNA:

- Tiene disponibilidad para brindar apoyo a las redes locales para que promuevan en sus comunidades programas de desarrollo infantil temprano para la niñez de 0 a 5 años de edad.

- Está a favor de apoyar programas o acciones que contribuyan al desarrollo infantil temprano con la participación directa de las familias e involucramiento de la comunidad.

PRÁCTICAS ESPERADAS

de Protección, etc.) que padres, madres y tutores/as en las familias de las comunidades del municipio atiendan las necesidades de sus hijos y establezcan un ambiente favorable para su desarrollo.

- Desarrolla espacios para el aumento de capacidades del recurso humano, garantizando así un acompañamiento técnico y profesionalizado para el apoyo a las familias.

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA:

- Orienta a líderes comunitarios y redes locales para que promuevan la crianza no violenta en los hogares.

- Desarrollan estrategias de comunicación dirigidas a promover cambios de comportamiento en padres y madres para la prevención de la violencia en el ámbito familiar.

- Trabajan de manera intersectorial e interinstitucional la implementación de sus estrategias.

- Acompaña casos de violencia hacia la niñez ejercida en el ámbito del hogar, para la búsqueda de soluciones donde prive el interés superior del niño/a.

ESTIMULACIÓN OPORTUNA:

- Sensibiliza a las organizaciones locales existentes para que desarrollen o apoyen acciones que favorezcan el desarrollo integral de la niñez de 0 a 5 años.

TEMA

PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO

CONOCIMIENTOS ESPERADOS

ACTITUDES ESPERADAS

PRÁCTICAS ESPERADAS

comunidades de su municipio.

ESTIMULACIÓN OPORTUNA:

- Conoce las razones por las que es necesario invertir en la primera infancia y su incidencia en el futuro del país.
- Conoce el papel de las organizaciones y redes municipales como actores que inciden en el desarrollo y protección del niño/a.
- Conoce acerca de programas para la atención de la niñez, con enfoque comunitario, integral e intersectorial y el rol que asumen las autoridades y organizaciones municipales y locales en su organización e implementación.

- Apoya la apertura de espacios comunitarios donde padres, madres y tutores aprenden cómo atender y educar a sus hijos/as con actividades de aprendizaje que inciden en el desarrollo infantil temprano.
- Participan en acciones de sensibilización en relación a cómo atender integralmente a la niñez de 0 a 5 años y su incidencia en el desarrollo de aprendizajes duraderos y oportunos.

POLÍTICA PÚBLICA:
Gobierno central

- Se conoce la Política de Primera Infancia que favorece la atención integral.

ESTIMULACIÓN OPORTUNA:

- Manifiesta interés y voluntad política para articular esfuerzos intersectoriales a favor de la primera infancia.
- Manifiesta voluntad política para poner en marcha la política de atención integral a la primera infancia.

CUIDADO CARIÑOSO Y SENSIBLE:

- Promueve políticas, planes y estrategias que visibilicen las ventajas de invertir y atender a la primera infancia desde un enfoque de cuidado cariñoso y afectivo, con enfoque inclusivo e integral.

ESTIMULACIÓN OPORTUNA:

- Analiza lo determinante de implementar la política de primera infancia a partir de las necesidades de atención integral a la infancia.
- Analiza la política de atención integral de la primera infancia para su fortalecimiento.
- Implementa una política pública a favor de la primera infancia en los diferentes niveles y sectores.

INDICADOR INCLUIDO EN LA LÍNEA BASE

- % de mujeres embarazadas que estimulan al bebé durante la gestación.
- % de madres de niños/niñas de 0 < 24 meses que aplican diferentes técnicas de estimulación: táctil, visual, auditiva y motora, que enriquezca el desarrollo físico, intelectual, emocional y social de su hijo/a.

1.3 Hacer uso de los servicios de atención primaria en salud (APSA).

TEMA	PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO	CONOCIMIENTOS ESPERADOS	ACTITUDES ESPERADAS	PRÁCTICAS ESPERADAS
<p>1.3.1 Uso de los servicios de atención primaria en salud (APSA)</p> <p>OBJETIVO DE COMUNICACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de salud atienden con calidad, calidez y pertinencia cultural a las personas que asisten a ellos. 	<p>INDIVIDUAL: Madres, padres y/o tutores/as de niños y niñas menores de 5 años.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce la oferta de programas integrales de salud que existen de parte de los servicios de salud. • Conocen las formas de organización comunitaria que existen en su territorio o comunidad. • Conoce la oferta de servicios integrales de salud disponibles para ella, sus niños/as y la familia y sabe los beneficios para la salud familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se siente motivada de usar los servicios integrales de salud disponibles para ella y sus niños/a, aún en tiempos de pandemia COVID-19. • Se sienten satisfechos/as por la atención que reciben en los servicios de salud. • Se siente motivada a participar en comités comunitarios para mejorar la salud y nutrición de su familia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acude y usa los servicios integrales de salud disponibles en la comunidad, aún en tiempos de pandemia COVID-19 • Participa activamente en comités donde aprende, contribuye y apoya a mejorar los servicios de salud y nutrición de su comunidad
	<p>FAMILIAR: Madres, padres, suegras, abuela/os de madres, padres y/o tutores/as de niños y niñas menores de 5 años.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce la oferta de servicios integrales de salud disponibles para la madre embarazada y/o parturienta, sus niños/as y la familia y sabe los beneficios para la salud familiar. • Conoce las formas de organización comunitaria que existen en su territorio o comunidad. • Sabe que existen grupos organizados para padres donde puede aprender sobre salud sexual y reproductiva, masculinidades positivas, y prevención de la violencia en el hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sienten confianza en que su familia acuda a los servicios de salud. • Se siente motivado/a de usar los servicios integrales de salud disponibles para la embarazada y/o parturiente, los niños/a, y la familia, aún en tiempos de pandemia COVID-19. • A la pareja le interesa participar en grupos organizados para padres donde pueden aprender sobre salud sexual y reproductiva, masculinidades positivas, y prevención de la violencia en el hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyan a padres y madres para que acudan con sus hijos/as a los servicios de salud. • Motiva a la madre a participar en comités comunitarios para mejorar la salud y nutrición de su familia. • Participa activamente, junto con la madre, en comités donde aprende, contribuye y apoya a mejorar los servicios de salud y nutrición de su comunidad. • Promueve el uso de los servicios integrales de salud disponibles en la comunidad, aún en tiempos de pandemia COVID-19. • Participa y asiste regularmente a grupos organizados para padres donde

TEMA	PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLOGICO	CONOCIMIENTOS ESPERADOS	ACTITUDES ESPERADAS	PRÁCTICAS ESPERADAS
	<p>COMUNITARIO: Líderes comunitarios, COCOSAN, comités comunitarios, organizaciones basadas en fe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los líderes comunitarios y comadronas conocen la oferta de servicios integrales de salud disponibles para madres, embarazadas, sus niños/as, adolescentes y la familia y sabe los beneficios para la salud familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Siente confianza en coordinar con el personal de los servicios de salud. • Se sienten motivados/as a promover que las familias de su comunidad asistan a los servicios de salud. 	<p>aprenden sobre salud sexual y reproductiva, masculinidades positivas, y prevención de la violencia en el hogar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promueve la organización comunitaria para acudir y usar los servicios integrales de salud disponibles en la comunidad, aún en tiempos de pandemia COVID-19. • Promueve que las familias de su comunidad asistan a los servicios de salud. • Facilita los espacios para organizar comités de mejora de la calidad del servicio de salud, y otras formas de organización para acceder y mejorar servicios de salud y nutrición en la comunidad. • Promueve que madres y padres participen en comités existentes en su territorio o comunidad. • Gestiona y participa activamente en comités de mejora de la calidad de los servicios de salud y nutrición de su comunidad. • Los líderes y autoridades comunitarias identifican y gestionan alternativas a las barreras de distancia que separan a la población de los servicios de salud, y proponen planes de mejora de la calidad para acceso/uso de los servicios de salud, conjuntamente con proveedores y autoridades del servicio de salud.

TEMA**PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLOGICO****CONOCIMIENTOS ESPERADOS****ACTITUDES ESPERADAS****PRÁCTICAS ESPERADAS**

- Los líderes y autoridades comunitarias organizan comités locales y proponen alternativas, conjuntamente con personal del servicio, para mejorar barreras de uso y acceso al servicio de salud.
- Los líderes comunitarios promueven acciones y la elaboración de planes de mejora de la calidad para el uso y acceso a los servicios de salud, con participación de miembros de la comunidad (madres, esposos, líderes, comadronas, proveedores del servicio).

INSTITUCIONAL:
Servicios de salud

- Conoce la importancia de una efectiva comunicación para la promoción de cambios en las personas.
- Conocen las formas de organización comunitaria que existen en su territorio.
- Conocen la oferta programática integral de salud disponible.
- Identifican alternativas a las barreras de distancia que separan a la población de los servicios de salud.

- Valora la importancia del uso de los idiomas locales para la atención de las personas.
- Sienten interés en capacitarse en el manejo de la comunicación efectiva para la promoción de cambios de comportamiento.

- Promueve, activamente y apropiadamente, la oferta de servicios integrales de salud disponibles, y culturalmente apropiados, para madres embarazadas, sus niños/as, adolescentes y la familia y sabe los beneficios para la salud familiar.
- Promueve que madres, padres y cuidadores/as participen en comités existentes en su territorio o comunidad.
- Promueve que las personas acudan y usen los servicios integrales de salud disponibles en la comunidad, aún en tiempos de pandemia COVID-19.
- Atiende con calidad, calidez y pertinencia cultural a las personas que asisten al servicio de salud.

TEMA	PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLOGICO	CONOCIMIENTOS ESPERADOS	ACTITUDES ESPERADAS	PRÁCTICAS ESPERADAS
	POLÍTICA PÚBLICA: Gobierno central	<ul style="list-style-type: none"> • Conocen las necesidades de recursos de las áreas y distritos de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sienten compromiso en fortalecer las competencias del recurso humano de los servicios de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participan, junto con la COMUSAN, en el diseño e implementación de estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento. • Coordinan con las comadronas y otros terapeutas tradicionales locales para ampliar la cobertura e influencia de los servicios de salud. • Trabaja conjuntamente con líderes comunitarios para identificar alternativas a las barreras de distancia que separan a la población de los servicios de salud, y proponen conjuntamente planes de mejora de la calidad para acceso/uso de los servicios de salud, con participación de miembros de la comunidad (madres, esposos, líderes, comadronas, proveedores del servicio). • Se destinan recursos necesarios para contar con el recurso humano necesario para promover la oferta programática en los servicios de salud. • Se destinan recursos necesarios para contar con equipo y material educativo necesario en los servicios de salud. • Se agilizan los procesos para facilitar el diseño e implementación de acciones de comunicación descentralizadas

2. LÍNEA DE ACCIÓN 2:

Disponibilidad y acceso a una alimentación saludable

Resultado al que contribuye

Incremento en cantidad y calidad de alimentos en la dieta de las familias rurales, mediante el apoyo a los medios de subsistencia, la seguridad alimentaria, la calidad alimentaria y el empoderamiento de la mujer.

2.1 Producción de diferentes grupos de alimentos para consumo en el hogar

TEMA	PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO	CONOCIMIENTOS ESPERADOS	ACTITUDES ESPERADAS	PRÁCTICAS ESPERADAS
<p>2.1 Producción de diferentes grupos de alimentos para el consumo en el hogar OBJETIVO DE COMUNICACIÓN.</p> <p>Las madres, padres y cuidadores/as de niños y niñas menores de 5 años rurales producen alimentos sanos y nutritivos para ser consumidos en su hogar.</p>	<p>INDIVIDUAL: Madres, padres y/o cuidadores/as rurales de niños y niñas menores de 5 años.</p> <p>Jóvenes (futuras madres y padres de niños/as menores de 5 años).</p> <p>Madres y padres de familia en edad reproductiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce la importancia de producir alimentos desde el hogar. • Conoce la técnica de producción de un huerto familiar. • Conoce la técnica de maximizar la producción de maíz de calidad dentro de la parcela propia. • Conoce técnicas orgánicas para minimizar las plagas. • Conoce la importancia de preservar las semillas nativas. • Conoce técnicas adecuadas para el almacenamiento de maíz pos cosecha. • Conoce la técnica para la producción de fertilizante orgánico. • Posee conocimientos de producción animal (sanidad animal, nutrición, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Se siente motivados/as e interesados/as en producir sus propios alimentos desde el hogar. • Se siente capaces de poner en prácticas las diversas técnicas de preparación del suelo, producción de alimentos, producción de fertilizante orgánico, manejo de semillas, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Produce alimentos diversificados a través de huertos familiares • Produce alimentos de origen animal • Almacena el maíz en silos y utilizan las técnicas adecuadas para su conservación. • Produce abono orgánico • La mujer agricultora demanda su participación en los procesos con agricultores y productores de la comunidad.
	<p>FAMILIAR: Madres, padres, suegras, abuela/os de madres, padres y/o cuidadores/as rurales de niños y niñas menores de 5 años.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce la importancia de producir alimentos para el consumo en el hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se siente motivados/as e interesados/as en apoyar la producción de sus propios alimentos desde el hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se involucra en la producción de los alimentos desde el hogar.

TEMA	PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO	CONOCIMIENTOS ESPERADOS	ACTITUDES ESPERADAS	PRÁCTICAS ESPERADAS
	<p>COMUNITARIO: Líderes comunitarios, COCOSAN, comités comunitarios, organizaciones basadas en fe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce la importancia de producir alimentos para el consumo en el hogar en sus comunidades. • Conoce las instituciones que brindan asesoría técnica e insumos para la producción de los alimentos desde el hogar 	<ul style="list-style-type: none"> • Se sienten motivados/as e interesados/as en apoyar la producción de alimentos desde los hogares de su comunidad. • Tiene apertura para coordinar con las instituciones que brindan asesoría técnica e insumos para la producción de alimentos en el hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Respalda la producción de alimentos desde los hogares de su comunidad. • Coordina con las instituciones que brindan asesoría técnica e insumos para la producción de alimentos en el hogar, para facilitar su trabajo en la comunidad. • Gestiona apoyo a las familias de la comunidad para la producción de alimentos para el consumo en los hogares.
	<p>INSTITUCIONAL: MAGA/VISAN/DICORER, Municipalidades, COMUSAN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce el perfil de los hogares que necesitan apoyo técnico e insumos para la producción de alimentos para consumo en el hogar. • Conoce las organizaciones locales con las que pueden coordinar en la comunidad. • Conoce la agricultura sostenible y tecnológicamente apropiada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene interés en involucrar a las familias en la producción de alimentos para el consumo en el hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilita el acceso a la semilla a los agricultores familiares. • Conoce y promueve la agricultura sostenible y tecnológicamente apropiada. • Brinda capacitación y transferencia de tecnología a nivel individual. • Proporciona capacitación en cosecha de agua de lluvia y conservación de suelo y agua.
	<p>POLÍTICA PÚBLICA: Gobierno central</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce la importancia de la disponibilidad de agua para la producción de alimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene interés de promover el acceso a sistemas de agua para los procesos de agricultura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilita el presupuesto para contar con los insumos necesarios para que las familias puedan producir alimentos para consumo en el hogar. • Gestiona el abastecimiento de agua para la producción de alimentos.

INDICADOR INCLUIDO EN LA LÍNEA BASE

- % de madres de niños/niñas entre 0 a < 5 años que crean su propio huerto familiar o produce alimentos en su terreno para el consumo en el hogar.

2.2 Acceder a alimentos sanos y nutritivos.

TEMA	PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO	CONOCIMIENTOS ESPERADOS	ACTITUDES ESPERADAS	PRÁCTICAS ESPERADAS
<p>2.2 Acceder a alimentos sanos y nutritivos</p> <p>OBJETIVO DE COMUNICACIÓN.</p> <p>Las madres, padres y cuidadores/as de niños y niñas rurales menores de 5 años adquieren alimentos sanos y nutritivos para ser consumidos en su hogar.</p>	<p>INDIVIDUAL: Madres, padres y/o cuidadores/as rurales de niños y niñas menores de 5 años. Jóvenes (futuras madres y padres de niños/as menores de 5 años). Madres y padres de familia en edad reproductiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce los tipos de alimentos nutritivos y saludables que necesitan sus hijos/as. • Conoce los beneficios de los alimentos nutritivos que se pueden adquirir en la comunidad o municipio. • Conoce como administrar el presupuesto familiar para invertir en alimentos nutritivos para su consumo en el hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prefiere alimentos nutritivos y sanos frente a la comida chatarra. • Siente que pueden hacer un presupuesto para la adquisición de alimentos sanos y nutritivos para el consumo en el hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> • (Según el caso) Recibe la asistencia alimentaria que brinda el MAGA a familias en inSAN. • (Según el caso) Recibe la asistencia a familias con niños desnutridos agudos, a familias afectadas por las emergencias y familias en medidas cautelares. • Con los recursos económicos que posee, compran alimentos sano y nutritivos para el consumo en el hogar. • Organiza bien los recursos económicos que poseen para invertir en la compra de alimentos sanos y nutritivos para el consumo en el hogar.
	<p>FAMILIAR: Madres, padres, suegras, abuela/os de madres, padres y/o cuidadores/as rurales de niños y niñas menores de 5 años.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce los beneficios de los alimentos nutritivos que se pueden adquirir en la comunidad o municipio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sienten que pueden apoyar a padre y madre para distribuir bien los ingresos del hogar para la compra de alimentos sanos y nutritivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoya a padre y madre para distribuir bien los ingresos del hogar para la compra de alimentos sanos y nutritivos.
	<p>COMUNITARIO: Líderes comunitarios, COCOSAN, comités comunitarios, organizaciones basadas en fe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce los beneficios de los alimentos nutritivos que se pueden adquirir en la comunidad o municipio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sienten compromiso por promover que padres y madres de su comunidad adquieran alimentos sanos y nutritivos para el consumo en el hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinan con las instituciones responsables para que las familias en inSAN de su comunidad reciban la asistencia alimentaria. • Promueven la compra de alimentos sanos y nutritivos disponibles en la comunidad.
	<p>INSTITUCIONAL: MAGA/VISAN, MSPAS, MIDES, Municipalidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identifican las familias que están en inSAN en los municipios de intervención. • Identifican la disponibilidad de alimentos sanos y nutritivos que se pueden adquirir en 	<ul style="list-style-type: none"> • Sienten interés por trabajar de manera coordinada con las organizaciones comunitarias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de raciones de alimentos por el programa temporal alimentario para las familias que viven en condición de pobreza y pobreza extrema (con base en listado de personas que se encuentran en InSAN).

		las comunidades y su precio.		<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de otras asistencias que tienen a cargo: a familias con niños desnutridos agudos, a familias afectadas por las emergencias y familias en medidas cautelares. • Orienta y brinda consejería para la elaboración de presupuesto familiar para la compra de alimentos sanos y nutritivos, así como para la selección de los mismos.
	POLÍTICA PÚBLICA: Gobierno central			

2.3 Venta de excedentes para compra de otros alimentos

TEMA	PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO	CONOCIMIENTOS ESPERADOS	ACTITUDES ESPERADAS	PRÁCTICAS ESPERADAS
<p>2.3 Venta de excedentes para comprar otros alimentos.</p> <p>OBJETIVO DE COMUNICACIÓN.</p> <p>Agricultores/as familiares venden los excedentes de lo producido para comprar otros alimentos necesarios a ser consumidos en su hogar y ayudan a proveer de alimentos saludables a la comunidad.</p>	<p>INDIVIDUAL: Agricultores/as familiares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce la importancia de la venta de excedentes para contar con recursos para adquirir otros alimentos para consumo en el hogar. • Conoce las técnicas necesarias para lograr la producción de excedentes. • Conoce la administración de los productos excedentes para generar ingresos. • Conoce diferentes organizaciones que pueden brindarle asesoría técnica o acceso a servicios de crédito (seguro agropecuario). 	<ul style="list-style-type: none"> • Se siente motivado/a para generar excedentes en la producción agrícola que le sirvan para la compra de otros alimentos para consumo en el hogar. • Se siente capaz de desarrollar las competencias necesarias para una buena administración de los excedentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementa el rendimiento de su parcela, de tal manera que les permite satisfacer la demanda familiar y tienen un excedente para la venta. • Se convierte en proveedores para la alimentación escolar. • Realiza trabajo asociativo para suplir la demanda local: Conforman grupos de productores/as (familias infra-subsistencia, subsistencia y excedentarias). • Gestiona el acceso a seguro agropecuario básico.
	<p>FAMILIAR: Madres, padres, suegras, abuela/os de agricultores/as familiares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce la importancia de la venta de excedentes producidos por su familia para contar con recursos para adquirir otros alimentos para consumo en el hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se siente motivado/a para apoyar a padre y madre en el incremento del rendimiento de su parcela y la venta de excedentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoya a padres y madres en el incremento del rendimiento de su parcela y la venta de excedentes.

TEMA

PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO

CONOCIMIENTOS ESPERADOS

ACTITUDES ESPERADAS

PRÁCTICAS ESPERADAS

COMUNITARIO:
Líderes comunitarios, COCOSAN, comités comunitarios, organizaciones basadas en fe.

- Conoce la importancia de la venta de excedentes producidos por las familias de su comunidad para contar con recursos para adquirir otros alimentos para consumo en el hogar.
- Conoce las organizaciones que brindan asesoría técnica o acceso a servicios de crédito a las familias agricultoras de su comunidad.
- Conoce la importancia de promover el trabajo asociativo entre los pequeños/as productores/as de su comunidad y sabe cómo apoyarles.

- Se siente motivado/a para apoyar a pequeños productores familiares de su comunidad para que puedan incrementar el rendimiento de su parcela y vender los excedentes.
- Se siente motivado/a para promover el trabajo asociativo entre los pequeños productores de su comunidad.

- Coordina con las organizaciones que brindan asesoría técnica o servicios de crédito para garantizar el acceso a éstos en condiciones favorables.
- Conforman y se capacitan por parte del MAGA los grupos de promotoras/a en la comunidad.
- Promueve el trabajo asociativo entre pequeños/as productores/as de su comunidad.

INSTITUCIONAL:
MAGA, MINEDUC, Municipalidades

- Conocen las organizaciones locales con las que pueden coordinar en la comunidad y los grupos de pequeños/as productores/as.
- Conocen la agricultura sostenible y tecnológicamente apropiada.

- Tienen interés en promover el incremento del rendimiento de las parcelas de los pequeños/as productores/as para generar venta de excedentes.

- MAGA brinda asesoría técnica e insumos a productores/as para el incremento del rendimiento de las parcelas de pequeños/as productores: facilita semilla, pie de cría, insumos, etc.
- Funcionan las Agencias Municipales de Extensión Rural (AMER) en los municipios priorizados.
- Promueve el trabajo asociativo con los pequeños/as productores: promueve emprendimientos.
- Desarrolla planes de negocio y apoyo para la gestión de financiamiento de grupos formalizados (proveedores de la Ley de Alimentación Escolar).
- MINEDUC/MAGA: apoyan a los grupos de productores para la venta de excedentes como proveedores para la alimentación escolar.

TEMA	PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO	CONOCIMIENTOS ESPERADOS	ACTITUDES ESPERADAS	PRÁCTICAS ESPERADAS
				<ul style="list-style-type: none"> • Dota de seguro agropecuario para cubrir los gastos.
	POLÍTICA PÚBLICA: Gobierno central			<ul style="list-style-type: none"> • Facilitan el presupuesto para contar con los insumos necesarios para que las familias puedan producir alimentos para consumo en el hogar. • MAGA fortalece el Sistema de Información, Planificación, Seguimiento y evaluación (SIPSE) de MAGA. • Alianza entre el MAGA y MINECO para promover emprendimientos.

3. LÍNEA DE ACCIÓN 3: Protección social

Resultado al que contribuye

Promover el acceso de la población guatemalteca a oportunidades económicas y sociales para mejorar su capital humano y prevenir la malnutrición en todas sus expresiones

3.1 Acceder a los servicios sociales (salud y educación).

TEMA	PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO	CONOCIMIENTOS ESPERADOS	ACTITUDES ESPERADAS	PRÁCTICAS ESPERADAS
<p>3.1 Acceder a los servicios sociales (salud y educación)</p> <p>OBJETIVO DE COMUNICACIÓN.</p> <p>Las madres, padres y tutores/as de niños y niñas menores de 5 años, que reciben la TMC, cumplen con su corresponsabilidad de llevar a sus hijos/as a control pediátrico al servicio de salud y con matricular y enviar a sus hijos/as a los establecimientos educativos.</p>	<p>INDIVIDUAL: Madres, padres y/o tutores/as rurales de niños y niñas menores de 5 años en pobreza y pobreza extrema.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce la importancia de inscribir a su hijo o hija en el RENAP en los primeros 60 días de nacido/a para que tenga derecho a la salud, educación, protección especial y otro tipo de servicios. • Conoce la importancia de atender las necesidades básicas de salud y educación de sus hijos/as. • Si vive en situación de pobreza, valora la importancia de las TMC para apoyar la atención de las necesidades básicas de salud y educación de sus hijos/as. 	<ul style="list-style-type: none"> • Está motivado/a a llevar a su hijo/a a inscribir al RENAP en los primeros 60 días de nacido/a. • Valora la importancia de llevar a sus hijos a los servicios de salud y educación para su desarrollo integral. • Siente confianza de acudir a las instituciones de salud y educación. • Se siente motivada y capaz de cumplir con sus corresponsabilidades al recibir la TMC. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reúne los requisitos y lleva a inscribir a su hijo/a al RENAP durante los primeros 60 días de nacido/a. • Asisten con sus hijos/as en el nivel comunitario para recibir orientación, mejorar su vínculo y estimular el uso de los servicios vinculados a educación y salud. • Gestiona ante las instituciones responsables (MIDES) el acceso de su familia a la TMC. • Cumplen sus corresponsabilidades como familias

TEMA

PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLOGICO

CONOCIMIENTOS ESPERADOS

ACTITUDES ESPERADAS

PRÁCTICAS ESPERADAS

- Conoce la importancia de la TMC para atender las necesidades básicas de salud y educación de su hijo/a cuando se vive en situación de pobreza o pobreza extrema.
- Conoce los criterios para inclusión en programas de protección social.
- Conoce las corresponsabilidades que asume al recibir la TMC tanto en educación como en salud.
- Conoce el procedimiento para poder recibir la TMC: cuenta bancaria para recibir el depósito

beneficiarias de la TMC: lleva a sus hijos/as a control pediátrico en el servicio de salud conforme corresponde a la edad y les matricula en el establecimiento educativo.

FAMILIAR: Madres, padres, suegras, abuela/os de madres, padres y/o tutores/as rurales de niños y niñas menores de 5 años en pobreza y pobreza extrema.

- Conoce la importancia de brindar apoyo para atender las necesidades básicas de cuidados, alimentación, salud, educación y seguridad (protección social del niño).
- Conoce la importancia de la TMC para que padre, madre y tutor/a de su familia cercana atienda las necesidades básicas de salud y educación de su hijo/a.
- Conoce los criterios y la responsabilidad para la inclusión en programas de protección social.

• Se siente motivado/a en apoyar a padres, madres y tutores/as de su familia cercana en la protección social del niño/a (cuidados, alimentación, etc.).

• Apoya a padres, madres y/o tutores/as en su familia en el cuidado de los/as niños/as en el cumplimiento de las corresponsabilidades que asumen al recibir la TMC.

COMUNITARIO: Líderes comunitarios, COCOSAN, comités comunitarios, organizaciones basadas en fe.

- Conoce la importancia y los mecanismos a través de los cuales la protección social puede impactar la malnutrición y SAN infantil.
- Conoce los mecanismos para que las familias en pobreza y pobreza extrema de su

• Se siente comprometido/a a apoyar a padres, madres y tutores/as de su comunidad que viven en situación de pobreza, para que accedan a los programas de TMC.
• Se siente comprometido/a a apoyar a padres, madres y tutores/

• Facilita el acceso a los programas sociales a las familias que cumplen con los criterios de inclusión, velando por la transparencia de dicho proceso (es decir, que no se usa como una herramienta para obtener votos, dinero, etc.).

TEMA

PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO

CONOCIMIENTOS ESPERADOS

ACTITUDES ESPERADAS

PRÁCTICAS ESPERADAS

comunidad puedan tener acceso a la TMC.

- Conoce la disponibilidad y oferta de los servicios de salud y educación disponibles en su comunidad.
- Conoce la importancia de la TMC para que padre, madre y tutor/a de su comunidad, y que vive en situación de pobreza, atienda las necesidades básicas de salud y educación de su hijo/a.
- Conoce el papel de líderes y organizaciones comunitarias para favorecer que las familias que reciben la TMC cumplan con las corresponsabilidades que asumen.

as de su comunidad que viven en situación de pobreza, para cumplan las corresponsabilidades que asumen al recibir la TMC.

- Demanda la disponibilidad y oferta de servicios de salud y educación en su comunidad.
- Apoya a padres, madres y/o tutores/as en su familia para que cumplan con sus corresponsabilidades en salud y educación, que asumen al recibir la TMC.
- Facilitan espacios para la orientación y acompañamiento institucional a las familias que reciben la TMC.

INSTITUCIONAL: MIDES

- Comprenden el concepto de protección social desde el contexto guatemalteco y el papel vital que desempeña para el fortalecimiento de la resiliencia de los niños/as, las familias y las comunidades y su apoyo al desarrollo humano y económico.
- Conocen mecanismos efectivos para garantizar la comunicación con beneficiarios/as de la TMC, sus familias y sus comunidades.
- Conocen, (usan y manejan) los sistemas de información para registrar los datos sobre las TMC y la corresponsabilidad de las acciones.

- Demuestra interés en fortalecer la institucionalidad del MIDES para brindar una mejor cobertura hacia las familias que viven en pobreza en las comunidades.
- Tiene interés en involucrar a las comunidades de las familias que reciben las TMC para que apoyen en el cumplimiento de las corresponsabilidades de las familias beneficiadas.

- Realiza TMC a hogares en situación de pobreza para protegerlos de los impactos de la situación de pobreza y pobreza extrema y respaldar la acumulación de activos humanos, productivos y financieros.
- Facilita el acceso a los programas sociales a las familias que cumplen con los criterios de inclusión, velando por la transparencia de dicho proceso (es decir, que no se usa como una herramienta para obtener votos, dinero, etc.).
- Tiene una red de comunicación efectiva a nivel municipal que facilita el acceso a la información y resolución de dudas

TEMA	PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLOGICO	CONOCIMIENTOS ESPERADOS	ACTITUDES ESPERADAS	PRÁCTICAS ESPERADAS
				<p>por parte de las familias beneficiadas por la TMC.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realiza un efectivo monitoreo del cumplimiento de las corresponsabilidades de las familias beneficiadas por la TMC. • Fortalecen redes comunitarias de acompañamiento a las familias que reciben TMC (antes madres consejeras). • Contempla entre los criterios para la entrega de beneficios la situación de vulnerabilidad especial que presentan los niños, niñas y adolescentes integrantes de las familias.
	POLÍTICA PÚBLICA: Gobierno central			<ul style="list-style-type: none"> • Destinan presupuestos suficiente para contar con recurso humano a nivel municipal que pueda dar acompañamiento técnico a la implementación de las TMC. • Especifica los indicadores de M y E. • Utiliza los datos de M y E como evidencia para revisar y mejorar los programas. • Respeta los compromisos de Estado adquiridos, relacionados a los programas de protección social. • Faciliten el trabajo de las instituciones, tomadores de decisión municipales y comunitarios involucradas en la protección social.

INDICADOR INCLUIDO EN LA LÍNEA BASE

• % de madres de niños/as entre 0 a < 6 meses que reúne los requisitos y llevan a inscribir a sus hijos/as al RENAP durante los primeros 60 días de nacido/a.

3.2 Realizar acciones para una buena alimentación e higiene.

TEMA	PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO	CONOCIMIENTOS ESPERADOS	ACTITUDES ESPERADAS	PRÁCTICAS ESPERADAS
<p>3.2 Realizar acciones para una buena alimentación e higiene</p> <p>OBJETIVO DE COMUNICACIÓN.</p> <p>Las madres, padres y tutores/as de niños y niñas menores de 5 años, que reciben la TMC, eligen/compran alimentos nutritivos para sus hijos/as.</p> <p>Las madres, padres y tutores/as de niños y niñas menores de 5 años, que reciben la TMC, realizan prácticas de higiene personal y de la vivienda.</p>	<p>INDIVIDUAL: Madres, padres y/o tutores/as rurales de niños y niñas menores de 5 años en pobreza y pobreza extrema.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce la importancia de la variedad de dieta nutritiva, incluyendo el consumo de proteína animal. • Conoce la importancia de usar la TMC en beneficio de la salud y nutrición. • Conoce los alimentos disponibles en su comunidad y que son nutritivos. • Conoce que la comida chatarra no brinda beneficio a su hijo/a. • Conoce dónde comprar alimentos nutritivos en su comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prefiere los alimentos nutritivos y saludables a la comida chatarra (saturados de azúcar, grasas, sal, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Invierte la TMC en la compra de alimentos nutritivos y saludables para su hijo/a. • Distribuye los alimentos nutritivos de manera adecuada en la familia, priorizando a los niños pequeños y en crecimiento y la mujer embarazada/lactancia. • Invierte la TMC no solo en alimentos nutritivos sino en mecanismos de producción en el hogar de alimentos nutritivos y que fortalecen los medios de vida (gallinas ponedoras, cabras lecheras, semillas para huertos, tilapia, etc.), así como en insumos para la higiene personal y del hogar, incluyendo el tratamiento de agua para consumo (cloro, jabón, arena, etc.).
	<p>FAMILIAR: Madres, padres, suegras, abuela/os de madres, padres y/o tutores/as rurales de niños y niñas menores de 5 años en pobreza y pobreza extrema.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce los alimentos disponibles en su comunidad y que son nutritivos. • Conoce y valora usar agua segura y la protege. • Conoce la importancia de invertir en mejoras en el hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se interesa en promover que el niño/a reciba alimentos sanos y nutritivos en el hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoya/orienta al padre y madre para que invierta la TMC en la compra de alimentos nutritivos y saludables para su hijo/a. • Invierte en métodos de purificación de agua.
	<p>COMUNITARIO: Líderes comunitarios, COCOSAN, comités comunitarios, organizaciones basadas en fe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce los alimentos disponibles en su comunidad y que son nutritivos. • Conoce el papel de líderes y organizaciones comunitarias para favorecer que las 	<ul style="list-style-type: none"> • Se interesa en promover que los/as niños/as en los hogares de su comunidad reciban alimentos sanos y nutritivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoya/orienta al padre y madre para que invierta la TMC en la compra de alimentos nutritivos y saludables para su hijo/a. • Sensibiliza sobre la importancia de usar la transferencia

TEMA	PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO	CONOCIMIENTOS ESPERADOS	ACTITUDES ESPERADAS	PRÁCTICAS ESPERADAS
		familias que reciben la TMC inviertan bien el dinero en la compra de alimentos nutritivos y sanos.		a la compra de productos y alimentos.
	INSTITUCIONAL: MIDES	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce mecanismos efectivos para garantizar la comunicación con beneficiarios/as de la TMC, sus familias y sus comunidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene interés en involucrar a las comunidades de las familias que reciben las TMC para que apoyen en la compra de alimentos nutritivos y sanos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recertificado del padrón de beneficiarios en municipios priorizados. • Brinda orientación al padre y madre para que invierta la TMC en la compra de alimentos nutritivos y saludables para su hijo/a. • Fortalecen redes comunitarias de acompañamiento a las familias que reciben TMC (antes madres consejeras). • Tiene una red de comunicación efectiva a nivel municipal que facilita el acceso a la información y resolución de dudas por parte de las familias beneficiadas por la TMC. • Sistema de monitoreo de TMC implementado con líderes comunitarios.
	POLÍTICA PÚBLICA: Gobierno central			

INDICADOR INCLUIDO EN LA LÍNEA BASE

- % de madres de niños/as entre 0 a < 5 años que hayan recibido transferencia condicionada o que tenga autoproducción de alimentos, y que compren alimentos nutritivos para el consumo en el hogar.
- % de madres de niños/as entre 0 a < 5 años que hayan recibido transferencia condicionada o que tenga autoproducción de alimentos, que compren alimentos nutritivos para el consumo en el hogar según el tipo de alimento.

4. LÍNEA DE ACCIÓN 4: Agua segura, saneamiento e higiene

Resultado al que contribuye

Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua, el saneamiento e higiene para todos a nivel individual, familiar y comunitario.

4.1 Prácticas de higiene

TEMA	PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO	CONOCIMIENTOS ESPERADOS	ACTITUDES ESPERADAS	PRÁCTICAS ESPERADAS
<p>4.1 Prácticas de higiene</p> <p>OBJETIVO DE COMUNICACIÓN.</p> <p>Padres, madres y tutores/as de niños y niñas menores de 5 años mantienen un ambiente higiénico y saludable en su hogar, tienen letrina o servicio sanitario en buen estado, realizan y promueven en sus hijos/as el hábito del lavado correcto de las manos.</p>	<p>INDIVIDUAL: Madres, padres y/o tutores/as rurales de niños y niñas menores de 5 años.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce los beneficios de la higiene en la salud de niños y niñas, así como las consecuencias de la falta de esta. • Conoce los momentos en los que debe lavarse las manos (antes de preparar la comida, antes de alimentar a los niños/as, antes de manipular alimentos, antes de comer, después de ir a la letrina o inodoro, después de limpiar o cambiar pañales a los niños/as). • Conoce la manera correcta de lavarse las manos /usa agua corrida, usa jabón o ceniza (en algunas comunidades se utiliza hierbas que producen espuma), se frota la palma y el dorso de las manos, se frota los dedos, se seca con una toalla o paño limpio) o la airea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se siente motivado/a a lavarse las manos. • Se siente motivado/a para mantener su hogar con higiene. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza un correcto lavado de manos con agua y jabón en los momentos recomendados. • Tiene en su hogar o incorpora una letrina o inodoro y lo mantiene en buen estado. • Mantienen a los animales fuera del hogar. • Da un tratamiento adecuado a los desechos sólidos generados en el hogar (por medio de tren de aseo, reúso, etc.) • Cuenta en su vivienda con insumos para el adecuado lavado de manos. • Tiene un hogar limpio y ordenado (cocina con trastos limpios y tapados, alimentos tapados y en un lugar seguro, camas tendidas, ausencia de basura en el suelo, etc.). • Tiene a los animales afuera de la casa y encorralados.
	<p>FAMILIAR: Madres, padres, suegras, abuela/os de madres, padres y/o tutores/as rurales de niños y niñas menores de 5 años.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce los beneficios de la higiene en la salud de niños y niñas, así como las consecuencias de la falta de esta. • Conoce la 	<ul style="list-style-type: none"> • Se siente corresponsable de mantener la higiene en el hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoya a padres y madre en el correcto lavado de las manos de niños/as en el hogar. • Apoya a padres y madres en el mantenimiento de la

TEMA	PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLOGICO	CONOCIMIENTOS ESPERADOS	ACTITUDES ESPERADAS	PRÁCTICAS ESPERADAS
	<p>COMUNITARIO: Líderes comunitarios, COCOSAN, comités comunitarios, organizaciones basadas en fe.</p>	<p>importancia de lavarse las manos en los momentos recomendados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conoce los beneficios de la higiene en la salud de niños y niñas, así como las consecuencias de la falta de esta. • Conoce la importancia de lavarse las manos en los momentos recomendados. • Conoce alternativas para la elaboración de letrinas en el hogar. • Conocen mecanismos de coordinación con las instituciones gubernamentales y no gubernamentales para contar con apoyo en la gestión de la higiene en los hogares de la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Siente compromiso por garantizar que los hogares de su comunidad cuenten con condiciones de higiene básicas. • Rechaza el mal manejo de la basura y los excrementos y la contaminación que genera en la comunidad. 	<p>higiene dentro del hogar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoya a padres y madres en el mantenimiento de la higiene dentro y fuera de los hogares de su comunidad. • Aconseja y señala las consecuencias del mal manejo de la basura. • Participa en acciones que eviten la generación de basureros no autorizados. • Promueven que los hogares de su comunidad den un tratamiento adecuado a la basura (entregándola a un recolector, produciendo abono o energía, quemándola o enterrándola). • Promueven que todos los hogares en su comunidad cuenten con letrina. • Coordina con las instituciones responsables, respuestas a las necesidades de la comunidad para mejorar la higiene de los hogares.
	<p>INSTITUCIONAL: MSPAS (ISAS, TSR), Municipalidades, COMUSAN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica las principales barreras y oportunidades en los comportamientos de padres y madres de niños y niñas para contar con hogares higiénicos. • Conoce el plan de fortalecimiento municipal en SAN. • Conoce alternativas para la elaboración de letrinas en el hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene disponibilidad para trabajar de manera intersectorial para garantizar la higiene y el saneamiento ambiental básico en las comunidades. • Se siente motivado/a para gestionar soluciones a los problemas de higiene, saneamiento ambiental y manejo de la basura con las comunidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orienta a padres y madres de familia sobre las medidas de higiene en el hogar. • Acompaña de forma técnica a las organizaciones comunitarias en la búsqueda de soluciones a los problemas de higiene, saneamiento ambiental y manejo de la basura. • Apoya técnicamente a las comunidades en la construcción de sus letrinas.

TEMA	PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLÓGICO	CONOCIMIENTOS ESPERADOS	ACTITUDES ESPERADAS	PRÁCTICAS ESPERADAS
	POLÍTICA PÚBLICA: Gobierno central		<ul style="list-style-type: none"> • Tiene disponibilidad para actualizar la política pública de manera intersectorial. • Tiene voluntad política para gestionar soluciones a los problemas de higiene, saneamiento y basura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementan sistemas de drenajes y alcantarillas en las comunidades. • Implementan sistemas de recolección y manejo de los desechos sólidos de las comunidades. • Incluye presupuesto suficiente para implementar las acciones de higiene en los hogares. • Da seguimiento a los compromisos asumidos: ejecución de planes y proyectos. • Revisa e incorpora acciones innovadoras de agua y saneamiento en el código municipal. • Revisa y actualiza la política nacional. • Orienta los programas y proyectos para la búsqueda de soluciones a los problemas de higiene en los hogares.

INDICADOR INCLUIDO EN LA LÍNEA BASE

- % de madres de niños/as entre 0 a < 5 años que realizan un correcto lavado de manos con agua y jabón en los momentos recomendados.
- % de madres de niños/as entre 0 a < 5 años que tienen en su hogar una letrina o inodoro y lo mantiene en buen estado.
- % de madres de niños/as entre 0 a < 5 años que dan un tratamiento adecuado a los desechos sólidos generados en el hogar (por medio de tren de aseo, reusó, etc.).

4.2 Consumo de agua segura

TEMA	PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLOGICO	CONOCIMIENTOS ESPERADOS	ACTITUDES ESPERADAS	PRÁCTICAS ESPERADAS
<p>4.2 Consumo de agua segura</p> <p>OBJETIVO DE COMUNICACIÓN:</p> <p>Padres, madres y tutores/as de niños y niñas menores de 5 años consumen agua segura, porque utilizan algún método de desinfección efectivo (cloración en el sistema de agua comunitario; clorar, hervir o filtrar el agua en el hogar) y conservan el agua en recipientes limpios.</p>	<p>INDIVIDUAL: Madres, padres y/o tutores/as rurales de niños y niñas menores de 5 años.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce que el agua (río, lago, manantial, pozo) sin tratamiento está contaminada por microbios y que éstos provocan enfermedades como la diarrea. • Conoce que la diarrea afecta a los niños/as en su adecuado crecimiento. • Conoce los métodos de desinfección del agua en el hogar: hervir, clorar, filtrar, SODIS o compra de agua embotellada. • Conoce el costo económico del acceso al agua en su comunidad. • Conoce cómo se produce el agua que llega a su comunidad. • Conoce que para mantener el acceso al agua en la comunidad es necesario llevar a cabo acciones para un manejo adecuado de la cuenca. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le preocupa que sus hijos/as consuman agua sin desinfectar. • Se interesa por participar en las organizaciones locales de gestión de agua y saneamiento. • Se interesa en conocer más sobre el funcionamiento de los sistemas de agua potable en su comunidad. • Valora y apoya la cloración del agua en los sistemas de agua potable de su comunidad. • Dispone de tiempo necesario para generar las prácticas de consumo de agua segura. <ul style="list-style-type: none"> • Está motivado/a a mantener los sistemas comunitarios de agua funcionando correctamente. • Valora la conservación de las fuentes de agua de la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza uno o varios métodos para desinfectar el agua que consumen en su hogar (hervir, clorar, SODIS o compra de agua embotellada). • Mantienen tapada el agua que ha sido desinfectada, la colocan en un lugar seguro y cuando sacan agua de ésta, utilizan un recipiente limpio. • Realiza el lavado constante de los utensilios receptores de agua.
	<p>FAMILIAR: Madres, padres, suegras, abuela/os de madres, padres y/o tutores/as rurales de niños y niñas menores de 5 años.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce que el agua (río, lago, manantial, pozo) sin tratamiento está contaminada por microbios y que éstos provocan enfermedades como la diarrea. • Conoce que la diarrea afecta a los niños/as en su adecuado crecimiento. • Conoce los métodos de desinfección del agua en el hogar: hervir, clorar, filtrar, SODIS o compra de agua embotellada. • Conoce el costo 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene disponibilidad de apoyar en la desinfección del agua que se consume en el hogar. • Tiene interés en vigilar que el agua desinfectada se conserve en lugares limpios y seguros para que no se vuelva a contaminar. • Está motivado/a a mantener los sistemas comunitarios de agua funcionando correctamente. • Valora la conservación de las 	<ul style="list-style-type: none"> • Participa en la desinfección del agua que consumen en su hogar (hervir, clorar, SODIS o compra de agua embotellada) y en la conservación del agua en recipientes limpios y tapados.

TEMA**PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLOGICO****CONOCIMIENTOS ESPERADOS****ACTITUDES ESPERADAS****PRÁCTICAS ESPERADAS**

económico del acceso al agua en su comunidad.

- Conoce cómo se produce el agua que llega a su comunidad.
- Conoce que para mantener el acceso al agua en la comunidad es necesario llevar a cabo acciones para un manejo adecuado de la cuenca.

fuentes de agua de la comunidad.

- Tiene disponibilidad y está de acuerdo en apoyar la desinfección del agua que se consume en el hogar.

COMUNITARIO:
Líderes comunitarios, COCOSAN, comités comunitarios, organizaciones basadas en fe.

- Conoce que el agua (río, lago, manantial, pozo) sin tratamiento está contaminada por microbios y que éstos provocan enfermedades como la diarrea.
- Conoce que la diarrea afecta a los niños/as en su adecuado crecimiento.
- Conoce la importancia que se clora el agua de los sistemas de distribución en la comunidad.
- El Comité de Agua conoce cómo analizar el costo económico del acceso al agua en la comunidad.
- Conoce cómo se produce el agua que llega a la comunidad.
- Conoce que para mantener el acceso al agua en la comunidad es necesario llevar a cabo acciones para un manejo adecuado de la cuenca.

- Están de acuerdo con que se aplique la cloración según la norma establecida, en los sistemas comunitarios de agua.
- Están de acuerdo con que se lleve a cabo monitoreos de la calidad del cloro en los sistemas de agua, de forma periódica.
- Están motivados a mantener los sistemas comunitarios de agua funcionando correctamente.
- Valora la conservación de las fuentes de agua de la comunidad.

- Participa en la gestión de sistemas comunitarios de agua para que sea de acceso a todos los hogares de su comunidad.
- Participa en la gestión de infraestructura básica para garantizar el acceso de los hogares al agua para consumo humano.
- Aplica la cloración del agua, según las normas recomendadas, en el sistema comunitario de agua, con acompañamiento de las instituciones responsables (MSPAS y municipalidad).
- Lleva a cabo el monitoreo de la calidad del cloro de forma periódica para garantizar que se aplique la cantidad recomendada en las normas.
- El Comité de Agua acompaña al personal institucional de MSPAS y municipalidad para monitorear los sistemas de agua comunitario.
- Realiza acciones de protección de

TEMA	PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLOGICO	CONOCIMIENTOS ESPERADOS	ACTITUDES ESPERADAS	PRÁCTICAS ESPERADAS
	INSTITUCIONAL: MSPAS (ISAS y TSR), municipalidades, COMUSAN, COMUDE, CODEDE	<ul style="list-style-type: none"> Identifica las principales barreras y oportunidades relacionadas a que los hogares de las comunidades que atiende tengan acceso a agua segura. ISA: Conoce y actualiza la información sobre las fuentes de agua a las que tiene acceso la comunidad. ISA y TSR conoce los procedimientos y protocolos para el monitoreo de la calidad del agua en los sistemas comunitarios. Municipalidad reconoce su obligación y responsabilidad en el suministro de agua para consumo humano a las comunidades. 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilidad para trabajar de manera intersectorial para garantizar el acceso a agua en las comunidades. Disponibilidad de escuchar a las comunidades sobre sus problemas de agua y saneamiento ambiental y las soluciones que proponen. Disponibilidad de priorizar el recurso económico para problemas de agua y saneamiento a nivel rural y no solo a nivel urbano. 	las fuentes de agua y manejo ordenado de la cuenca. <ul style="list-style-type: none"> Promueve el análisis de los problemas de agua y saneamiento ambiental desde las comunidades. Acompaña a las organizaciones comunitarias en la búsqueda de soluciones a los problemas de agua. ISA: realiza de manera correcta el monitoreo de la calidad del agua en las comunidades. Municipalidad: cuenta con la Oficina Municipal de Agua y Saneamiento (OMA). Municipalidad: brinda el servicio de agua para consumo humano a las diferentes comunidades. COMUDE: prioriza proyectos para el acceso a agua para consumo humano en las comunidades. MSPAS: Tiene mayor control sobre la calidad del agua embotellada que se ofrece en las comunidades.
	POLÍTICA PÚBLICA: Gobierno central		<ul style="list-style-type: none"> Muestra interés en establecer una legislación de agua y saneamiento ambiental de manera intersectorial y en su aplicación. Muestra interés en dotar con los recursos necesarios a las instituciones encargadas de operativizar el acceso a agua para consumo humano de las comunidades. Muestra voluntad política en establecer una actualización 	<ul style="list-style-type: none"> Reforzamiento del MSPAS como ente rector: creación de la Dirección de Agua y Saneamiento. Definición del plan de reforma del sector, consensuado, lanzamiento de plan de potabilización a nivel comunitario, construcción de modelos piloto de instalaciones de agua y saneamiento en servicios de salud. Asignación de recursos (humanos,

TEMA	PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLOGICO	CONOCIMIENTOS ESPERADOS	ACTITUDES ESPERADAS	PRÁCTICAS ESPERADAS
			de la legislación en saneamiento ambiental.	materiales, transporte, etc.) para que MSPAS pueda cumplir su responsabilidad de monitorear la calidad del agua de los sistemas comunitarios. • Impulsa la legislación de agua potable y saneamiento de forma intersectorial.

INDICADOR INCLUIDO EN LA LÍNEA BASE

- % de madres de niños/as entre 0 a < 5 años que utilizan un método para desinfectar el agua que consumen en su hogar (hervir, clorar o SODIS).

4.3 Prácticas de saneamiento básico

TEMA	PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLOGICO	CONOCIMIENTOS ESPERADOS	ACTITUDES ESPERADAS	PRÁCTICAS ESPERADAS
<p>4.3 Prácticas de saneamiento básico</p> <p>OBJETIVO DE COMUNICACIÓN.</p> <p>Las madres, padres y tutores/as de niños y niñas menores de 5 años, utilizan tecnologías sencillas para el manejo de las aguas grises y aguas negras.</p>	<p>INDIVIDUAL: Madres, padres y/o tutores/as rurales de niños y niñas menores de 5 años.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce la importancia del saneamiento básico para evitar enfermedades en niños/as. • Conoce que una de las enfermedades que provoca la falta de saneamiento básico es la diarrea y que ésta afecta el adecuado crecimiento de los niños/as. • Conoce tecnologías sencillas que puede utilizar para el manejo de aguas grises y aguas negras de su hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Siente que es capaz de poner en práctica las tecnologías sencillas para el manejo de aguas grises y negras en su hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Posee, al menos, sumideros para el manejo de aguas grises (y evitar que se quede estancada en el suelo). • En el mejor de los casos, su vivienda está conectada a un sistema de captación de desagües. • Posee fosas, aun artesanales, para el manejo de las aguas negras. • Implementa fosas o drenajes para tratamiento de las aguas grises y negras que se generan en su hogar.
	<p>FAMILIAR: Madres, padres, suegras, abuela/os de madres, padres y/o tutores/as rurales de niños y niñas menores de 5 años.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce la importancia del saneamiento básico para evitar enfermedades en niños/as. • Conoce que una de las enfermedades que provoca la falta de saneamiento básico es la diarrea y que ésta afecta el adecuado crecimiento de los niños/as. 	<ul style="list-style-type: none"> • Siente corresponsabilidad en mejorar los sistemas de manejo de aguas grises y aguas negras en el hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoya a padre y madres en mejorar los sistemas de manejo de aguas grises y aguas negras en el hogar utilizando tecnologías sencillas.

TEMA	PARTICIPANTE DE NIVEL DEL MODELO SOCIOECOLOGICO	CONOCIMIENTOS ESPERADOS	ACTITUDES ESPERADAS	PRÁCTICAS ESPERADAS
	<p>COMUNITARIO: Líderes comunitarios, COCOSAN, comités comunitarios, organizaciones basadas en fe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce la importancia del saneamiento básico para evitar enfermedades en niños/as. • Conoce que una de las enfermedades que provoca la falta de saneamiento básico es la diarrea y que ésta afecta el adecuado crecimiento de los niños/as. • Conoce tecnologías sencillas que puede utilizar para el manejo de aguas grises y aguas negras de su hogar. • Conoce las instituciones responsables del saneamiento ambiental en el municipio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se siente motivado/a a promover que todos los hogares de la comunidad cuenten con sistemas de tecnología sencilla para el manejo de aguas grises y aguas negras. • Tiene interés en coordinar con las instituciones responsables del saneamiento ambiental en el municipio, la implementación de tecnologías sencillas para el manejo de aguas grises y aguas negras en los hogares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordina con las instituciones responsables del saneamiento ambiental en el municipio, la implementación de tecnologías sencillas para el manejo de aguas grises y aguas negras en los hogares.
	<p>INSTITUCIONAL: Municipalidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conocen la importancia del saneamiento básico para evitar enfermedades en niños/as. • Conocen su responsabilidad con respecto al manejo de drenajes y alcantarillado de las comunidades de su municipio. • Conocen las tecnologías sencillas que pueden ayudar al manejo de las aguas grises y aguas negras en los hogares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sienten compromiso con las comunidades para garantizar un adecuado manejo de las aguas grises y aguas negras que salen de los hogares. 	<ul style="list-style-type: none"> • La municipalidad ofrece un sistema de captación de desagües y drenajes municipal. • La municipalidad promueve en los hogares la incorporación de tecnología sencilla para el manejo de aguas grises y aguas negras. • Articula con las instituciones de saneamiento ambiental en el municipio y a nivel nacional (INFOM, COPRESAM).
	<p>POLÍTICA PÚBLICA: Gobierno central</p>			<ul style="list-style-type: none"> • Impulsar legislación de agua potable y saneamiento. • Estrategia nacional pro del saneamiento básico y fin de la defecación al aire libre. • Institucionaliza prácticas sostenibles de saneamiento básico y fin de la defecación al aire libre.

INDICADOR INCLUIDO EN LA LÍNEA BASE

- % de madres de niños/as entre 0 a < 5 años que implementan fosas o drenajes para tratamiento de las aguas grises y negras que se generan en su hogar.

Referencias Bibliográficas

- Revista Signo y Pensamiento No. 58 (2011). Una mirada a las raíces de la comunicación para el desarrollo. Entrevista con Luis Ramiro Beltrán Salmón. Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.
- Beltrán, Luis Ramiro (2000) Comunicación para el Desarrollo en Latinoamérica. Una evaluación sucinta al cabo de 40 años.
- Beltrán, L. y otros (2008). La Comunicación antes de Colón. Tipos y formas en Mésoamérica y los Andes. Bolivia: Centro Interdisciplinario Boliviano de Estudios de la Comunicación (IBEC).
- Oliva, René (2013). La Comunicación en los Modelos de Desarrollo. Aspectos históricos... ante un imperativo actual para el desarrollo. Guatemala: Sincronía S.A.
- UNICEF (2020). www.unicef.org/cbsc/files/C4D-Position-Paper.doc.
- UNICEF (2020). Comunicación para el Desarrollo en Seguridad Alimentaria y Nutricional. Guatemala: UNICEF.
- C-Change (Communication for Change). 2011. C-Modules: A Learning Package for Social and Behavior Change Communication. Modulo 2. Washington, DC: FHI 360/C-Change.
- UNINORTE (2020). Módulo 2, Apéndice 1: Tabla de Aplicación potencial de teorías, modelos y enfoques. Colombia: Universidad del Norte (UNINORTE).
- <https://www.comminit.com/la/content/c-change-communication-change-0>
- UNICEF: Suruchi Sood, Carmen Cronin, Ami Sengupta, Sarah Stevens, Michelle Gordon, Nina Figueroa y Dawn Thomas (2018). Guía de programas de C4D que abordan la violencia contra niños. Estados Unidos: Universidad de Drexel, Filadelfia, PA
- Prieto, Daniel (1991). Discurso Autoritario y Comunicación Alternativa. Quinta Edición. México: Premio Editora.
- Kaplún, Mario (1990). Comunicación entre Grupos. El Método del Cassette-Foro. Buenos Aires, Argentina: Editorial Hvmánitas.
- Waisbord, Silvio (s/f). Árbol Genealógico de Teorías, Metodologías y Estrategias de la Comunicación para el Desarrollo. Fundación Rockefeller.
- Figueroa, ME., Khan, S., Berman, A., Klein, K. (2016). Análisis de Audiencia. Revisión de literatura sobre salud, nutrición, higiene y producción de alimentos. Health Communication Capacity Collaborative (HC3). Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs.
- Saenz de Tejada, Sandra; Figueroa, Maria Elena (2017). "Abriendo la Mentalidad": Investigación Formativa sobre Aspiraciones y Dinámica Familiar en Relación a la Higiene y Nutrición. Health Communication Capacity Collaborative (HC3). Guatemala.
- Sáenz de Tejada, S., Figueroa M., M.E., Sohail, S. (2017). El niño y su entorno: una mirada al interior del hogar. Health Communication Capacity Collaborative (HC3), Guatemala.
- Saenz de Tejada, Sandra (2013). Análisis de la Situación. Revisión bibliográfica de 18 comportamientos prioritarios. Guatemala: Manoff y Nutrisalud.
- UNICEF, Matute, J. (2015). Conocimientos y prácticas sobre agua y saneamiento ambiental en 15 municipios. Línea Basal. Guatemala: UNICEF.
- UNICEF, Matute, J y Gamarro, H. (2015). Estudio de línea de base para el Componente de Nutrición, Programa de País, UNICEF 2015-2019". Guatemala: UNICEF.
- ENSMI 2014-2015.
- ENMICRON 2009-2010.
- Mesa Técnica Nacional PLANEA/UNICEF/CID Gallup (2019). Construyendo vidas plenas. Análisis de comportamientos individuales y sociales para construir estrategias de prevención de los embarazos en adolescentes y la violencia sexual en Alta Verapaz (Línea Basal). Guatemala: UNICEF.
- Gobierno de Guatemala (2012). "Cuellos de Botella"/Barreras relacionados a la reducción de la Desnutrición Crónica". Informe Final de la Línea de Base realizada en los primeros ocho municipios priorizados por el Plan Hambre Cero. Guatemala: UNICEF, USAID, PMA, Plan, CONCYT.
- MAGA (2020). Memoria de Labores 2020-2021. 1er. Año de Gobierno. Guatemala: MAGA.
- UNICEF, JMatute y Ciencia (2019). Diagnóstico de normas sociales con adultos, sobre los derechos de

la niñez; estudio CAP en niñas, niños y adolescentes sobre formas de autoprotección contra la violencia, y diseño de sistema de monitoreo comunitario. Línea Basal. Guatemala: UNICEF.

- Ramos, José Manuel / Cultural Survival (2020). Voces Indígenas ¿Están siendo escuchadas? Estudio sobre el estado de la radiodifusión comunitaria Indígena en 19 países. Canadá: Cultural Survival/WACC
- International Food Policy Research Institute (IFPRI) (2016). Informe final de evaluación de impacto del Plan del Pacto Hambre Cero. Guatemala: IFPRI.
- UNICEF; Cabrera, Diani (2020). Alimentación complementaria y desnutrición crónica. El huevo como posibilidad. Análisis antropológico-cualitativo. Guatemala: UNICEF.
- Rivera, J; Hurtado, E, y Santizo, M. (1998). Diseño y evaluación de un programa educativo para mejorar las prácticas de alimentación en niños de 6 a 24 meses en comunidades rurales de Guatemala. Guatemala: Organización Panamericana de la Salud/ Programa de Alimentación y Nutrición.



GOBIERNO *de*
GUATEMALA
DR. ALEJANDRO GIAMMATTEI



GRAN CRUZADA
NACIONAL
POR LA
NUTRICIÓN