



PLAN NACIONAL DE CONTINGENCIA contra la pandemia y el hambre

Actualizado al 30/09/2020.

I. Presentación.

Como el resto del mundo, Guatemala enfrenta la peor pandemia de su historia, con un Sistema Nacional de Salud en condiciones desastrosas. El presupuesto es totalmente insuficiente, la infraestructura es obsoleta o está inconclusa; el desabasto de equipo, insumos y medicamentos es constante; el personal médico y paramédico trabaja en pésimas condiciones físicas, psico-profilácticas, laborales y contractuales; la corrupción campea por doquier; y la población está sumida en la pobreza, la desnutrición y muere por enfermedades básicas y curables.

La pandemia y las necesarias medidas de confinamiento provocaron una crisis económica y social mundial, que supera a la Gran Depresión de 1929. En Guatemala se perderán más de 700 mil puestos de trabajo, formales e informales, miles de empresas han quebrado, se interrumpieron las cadenas de suministro y exportación, etc. situación que está provocando un aumento exponencial de la pobreza y del hambre

Ante el desalentador panorama descrito, y considerando que las acciones de Gobierno para enfrentar la actual pandemia COVID-19 no ha sido eficaces, y han dejado muchas dudas en la ciudadanía referente a la veracidad de las estadísticas, inversiones y gastos, las y los ciudadanos, proponemos impulsar un proceso de concertación nacional para enfrentar la crisis, comenzando con la formulación e impulso de un **Plan Nacional de Contingencia contra la Pandemia y el Hambre**, en la perspectiva de alcanzar la unidad de acción de todas las fuerzas sociales del país, pues la historia patria nos ha enseñado que las grandes transformaciones sociales son resultado de la toma de consciencia, la organización y la participación activa de la sociedad por sus derechos.

II. Objetivo.

Impulsar una estrategia de incidencia socio-política para promover políticas públicas, programas y planes gubernamentales, e impulsar acciones sociales efectivas, para contener la pandemia y reducir el hambre.

III. Estrategias.

1. Presentar y difundir a la nación, las propuestas y demandas ciudadanas para formular e impulsar un Plan Nacional de Contingencia contra la Pandemia y el Hambre, con la participación de la sociedad¹, las Municipalidades y el Estado, con el concurso de la Cooperación Internacional.
2. Fiscalización social de los programas de gobierno, para:
 - Ajustarlos a las necesidades comunitarias y darles pertinencia cultural, de género y etaria (edad).
 - Establecer mecanismos de participación social.
 - Enfrentar y denunciar la corrupción.
 - Reducir burocracia y lograr eficiencia.
3. Definir concertadamente y ejecutar acciones sociales para contener la pandemia y el hambre en las comunidades, municipios y regiones.

IV. Demandas ciudadanas en materia de salud pública.

A. El derecho humano a la salud.

La Constitución Política de la República de Guatemala, en sus artículos 93 y 94, reconoce la salud como un derecho; complementariamente, el Código de Salud (Decreto 90-97 del Congreso de la República), establece las normas y mecanismos para hacer efectivo este derecho, principalmente en su Capítulo II, artículos del 8 al 11.

El artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos consagra el derecho a la salud en los siguientes términos: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, **la asistencia médica** y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.”

¹ Pueblos indígenas, organizaciones de mujeres, de campesinos, de estudiantes, sindicatos, etc.

La materialización de este derecho humano quedó normada en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)² y su Protocolo Facultativo, ambos instrumentos internacionales de cumplimiento obligatorio para los Estados suscriptores. Guatemala accedió al Pacto en mayo de 1988.

En el artículo 12 del PIDESC se consagra el derecho humano al más alto nivel posible de salud. Establece la obligación de adoptar medidas para reducir la mortalidad y la mortalidad infantil; asegurar el sano desarrollo de los niños; mejorar la higiene del trabajo y del medio ambiente; prevenir y tratar enfermedades epidémicas, endémicas y profesionales, así como asegurar la asistencia médica a todos.

A pesar de que en la Ley se reconoce a la salud como uno de los pilares fundamentales para el desarrollo individual, familiar y social, es muy poco lo que el Estado ha hecho para resolver los principales problemas en este campo. En esto tiene mucho que ver la situación política del país, determinada por gobiernos represivos y autoritarios, al servicio de los grupos económicos dominantes. Aún a la fecha, después de 23 años de la firma de los Acuerdos de Paz, el proceso de democratización sufre retrocesos, y otros problemas, tales como el aumento de la violencia, la inseguridad, la cooptación del Estado, la corrupción e impunidad, por lo que el apareamiento de nuevas enfermedades, como la Pandemia COVID-19, han venido a agravar mucho más la situación de salud en el país.

Son muchos los problemas de salud que padece la población guatemalteca, especialmente las poblaciones y comunidades de las áreas rurales, principalmente mayas, garífunas, xinkas y urbanas marginales, por lo que solo mencionamos algunos de los datos más importantes que revelan esta realidad:

1. La desnutrición crónica afecta a casi siete de cada 10 niños y niñas en condición de pobreza, quien sufre más por este mal es la población indígena (FAO, 2017).
2. Mortalidad de niños y niñas: 44 casos por cada 1,000 nacidos vivos mueren por enfermedades prevenibles diarreicas o respiratorias.
3. Mortalidad materna de 95 por cada 100,000.00 niños nacidos vivos, de las cuales el 62% son mujeres indígenas mayas.
4. El gasto del Estado de Guatemala en salud es uno de los más bajos del mundo y de Latinoamérica. Guatemala sólo destina el 1.3% del PIB, mientras Costa Rica invirtió el 8% y Uruguay 9.5%, siendo países con similar número de población.
5. Un 50% de mujeres embarazadas o parturientas indígenas, y un 30% de mujeres mestizas, no reciben atención adecuada durante la gestación, el parto y el puerperio.
6. Las enfermedades que causan más muertes en la población siguen siendo las infecciones respiratorias y gastrointestinales, por falta de prevención y tratamiento.
7. En promedio, un 92% de la población indígena y un 85% de la población mestiza no cuentan con servicios adecuados de salud.

² El Pacto fue aprobado mediante la resolución 2200 A (XXI), del 16 de diciembre de 1966, por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), de manera conjunta con la aprobación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP). Ambos tratados desarrollan el contenido de la Declaración Universal de Derechos Humanos y son obligatorios para los Estados que han manifestado su consentimiento de quedar vinculados a ellos, como es el caso de Guatemala.

8. La mayoría de la población guatemalteca no cuenta con servicio de agua potable, ni servicios de saneamiento en sus viviendas o comunidades.
9. A todo esto se agrega el incremento de muertes por violencia, accidentes y suicidios en los últimos años, principalmente en la población joven del país.

Las condiciones de salud, previas a la pandemia COVID-19 en Guatemala, ya eran críticas, principalmente en materia de servicios de salud, que nos situaba en una condición de vulneración excesivamente alta, especialmente frente a epidemias endémicas como la malaria y el dengue.

La Organización Mundial de la Salud estima que los Estados deben contar con no menos de 23 trabajadores de la salud (médicos, enfermeras y parteras solamente) por cada 10,000 habitantes, para alcanzar a cubrir las necesidades de atención primaria. En Guatemala hay 4.2, en Costa Rica 10, en El Salvador 20, en Uruguay 50 y en Cuba 80.

Así mismo, la Organización Panamericana de la Salud estima que un 30% de la población de la región no tiene acceso a atención de salud debido a razones económicas; esto es relevante en el caso de la pandemia COVID-19, porque si la gente no va a tratarse, porque no tiene las condiciones económicas, las posibilidades de contagio se multiplican. De igual forma, es importante tomar en cuenta que la capacidad en cuanto a camas de hospital por cada 10,000 habitantes es insuficiente; en Guatemala hay 6 camas, en Honduras 7, en Nicaragua 9, El Salvador 13, en México 15, en Costa Rica 16, en Chile 22, en Uruguay 28, en Argentina 50 y en Cuba 52.

La pandemia está sacando a la luz el vacío estructural histórico; es hasta este momento que los funcionarios aceptan que la Salud Pública y la Atención Primaria en Salud (APS), deberían ser renglones prioritarios en el país. Recordemos que, en recién pasado gobierno de Jimmy Morales, la Dra. Lucrecia Hernández Mack (como Ministra de Salud), quiso poner en práctica un Modelo Incluyente de Salud (MIS), basado en la colaboración y reconocimiento de los trabajadores comunitarios de salud: comadronas, promotores, hueseros, curanderos entre otros; pero las mafias enquistadas en el Ministerio y sus sindicatos, echaron para atrás la propuesta, e impidieron que se realizaran cambios, pues representaban obstáculos para sus negocios turbios.

En una entrevista con *Plaza Pública*, Zulma Calderón, Defensora de Salud de la Procuraduría de los Derechos Humanos de Guatemala, describe como “un caos” la respuesta a la pandemia en los diversos hospitales del país. Los hospitales temporales acusan una serie de problemas de falta de suministros médicos, y de elementos de protección para personal de salud, falta de contratos transparentes y de pagos de salarios laborados.

Asimismo una trabajadora recién contratada en el Ministerio de salud denunció que la responsable de RRHH le pidió la mitad de su sueldo, y en ese momento se informó que eso era muy común y otras personas también lo denunciaron.

Ante el desalentador panorama descrito, y considerando que el Plan de Gobierno para enfrentar la actual Pandemia COVID-19 no ha sido eficaz, y ha dejado muchas dudas en la

ciudadanía referente a la veracidad de las estadísticas, inversiones y gastos, las y los ciudadanos,

B. Demandamos:

1. Efectiva ejecución y rendición de cuentas claras de los fondos millonarios destinados a enfrentar la actual pandemia, pues necesitamos saber ¿Dónde está el dinero?
2. Contratación de más personal médico y paramédico, asignación de su equipo personal de protección, pago puntual de salarios dignos, incluyendo seguro de vida, así como el reconocimiento y dignificación del gremio que combate la pandemia en primera línea.
3. Incremento y disponibilidad gratuita de pruebas COVID-19 a nivel nacional.
4. Mantener los servicios públicos de salud operando, para atender a la población que los demande.
5. Disponibilidad plena y gratuita de la vacuna contra el COVID-19, para toda la población, siendo voluntaria su aplicación.

C. Reforma y democratización del Sistema Nacional de Salud.

Considerando que el actual Sistema de Salud ha demostrado profundas insuficiencias para atender la salud de la población, así como enfrentar crisis sanitarias como la del COVID-19 y otras que nos afectarán en un futuro próximo, es necesario que el Sistema Nacional de Salud sea reformado y democratizado para el fortalecimiento del nivel de Atención Primaria en Salud (APS), sustentado en cinco pilares básicos:

1. **La salud como un Derecho Humano efectivo:** servicio al que todos y todas debemos tener acceso, sin exclusión, gratuito y de calidad, garantizando la cobertura para la tercera edad, mujeres, niñez y juventud, así como la población con capacidades especiales.
2. **Pertinencia cultural e interculturalidad:** es el reconocimiento, respeto y promoción³ de las formas de vida de los diferentes Pueblos que constituyen la nación guatemalteca, compuestas por valores, conocimientos y prácticas adquiridos a través de muchas generaciones, que deben ser tomados en cuenta para impulsar cualquier programa de salud.
3. **Perspectiva de género:** hombres, mujeres y miembros de la diversidad sexual cuentan con los mismos derechos y obligaciones, implementando programas que tomen en cuenta las especificidades, necesidades y riesgos de cada grupo.
4. **Fortalecimiento de la APS,** incentivando la participación comunitaria y su empoderamiento, para que las personas y grupos que históricamente han sido excluidos, adquieran capacidad de decisión y control sobre los asuntos que afectan su vida cotidiana, incluyendo los servicios públicos de salud.
5. **Fortalecimiento de la participación** de los Gobiernos Municipales, los Consejos Comunitarios de Desarrollo (COCODE), de primero y segundo nivel, así como los

³ Como consagra el Artículo 66 constitucional.

Consejos Municipales de Desarrollo (COMUDE), para asumir la responsabilidad que les corresponde en lo relativo a la salud comunitaria.

Al incluir estos aspectos en el Sistema de Salud Pública, se le estaría dando un carácter **inclusivo y democrático**, poniéndolo al servicio de toda la población, sin fines electoreros.

En el citado proceso de reforma y democratización hay que impulsar prioritariamente:

1. **La participación comunitaria** en la atención del primer nivel de salud, debiendo incorporar a todos los actores que trabajan por la salud comunitaria: comadronas, promotores, curanderos, herbolarios, guías espirituales entre otros.
2. **Atención materno-infantil:** incluye los controles prenatales, asistencia adecuada del parto y del puerperio, control del crecimiento y desarrollo de niños y niñas, así como la atención preventiva y curativa del COVID-19.
3. **Atender de urgencia el problema de la desnutrición infantil**, lo que previene muertes y baja calidad de vida, poniendo especial énfasis en las comunidades indígenas, mayas, garífunas y xinkas.
4. **Inmunizaciones:** vacunaciones voluntarias que deben realizarse para prevenir las enfermedades transmisibles más frecuentes en la infancia, tales como el sarampión, tétanos, rubéola, poliomielitis, paperas, tos ferina, difteria, tuberculosis, COVID-19.
5. **Programas de medicina tradicional**, en particular herbolaria, incluyendo la construcción de huertos para plantas curativas y elaboración de medicamentos derivados para las enfermedades en general, y específicamente para COVID-19.
6. **Educación en salud**, principalmente salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos para hombres y mujeres, y enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el programa relacionado con VIH-SIDA y COVID-19.
7. **Implementación de proyectos de infraestructura en agua y saneamiento**, principalmente de los servicios de agua potable, letrinas, disposición de excretas y desechos sólidos, control de vectores, principalmente los relacionados con la Malaria en zonas endémicas.
8. **Implementar y fortalecer acciones del cuidado del medio ambiente**, relacionados con el agua, bosques, suelos y aire.
9. **Atención a problemáticas psicosociales** que afectan a toda la población, principalmente a mujeres, jóvenes y niñez.
10. **Programas de prevención y tratamiento de las enfermedades buco-dentales**, a través de actividades educativas, atención clínica y profilaxis.

Este proceso de reforma y democratización debe considerar la Atención Primaria en Salud como algo fundamental y prioritario, el cual debe contar con recursos, tales como centros de salud, personal, equipo e insumos suficientes para atender las necesidades de la población.

Cuando los problemas de salud que se presentan rebasan las capacidades y recursos de este primer nivel, corresponde referir los casos o problemas a un segundo nivel de atención, el cual debiera estar equipado con infraestructura, equipo, insumos y personal médico y paramédico.

Seguidamente estaría un tercer nivel de referencia, con Hospitales regionales, departamentales o nacionales, con atención de distinto tipo, tanto general como especializada.

D. Demandas inmediatas al Estado.

1. Inmediata convocatoria a los sectores competentes en el tema de Salud, para diseñar e impulsar la reforma y democratización al Sector Salud: Colegio de Médicos, organizaciones de comadronas y promotores, enfermeras y enfermeros, universidades e institutos, organizaciones de Sociedad Civil, etc.
2. Incremento al presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a un 8% del PIB, ya que el Estado tiene la responsabilidad y obligación de crear e implementar políticas de salud adecuadas a las necesidades de toda la población.
3. Construcción de la infraestructura necesaria (centros de salud, hospitales) con el personal y equipamiento idóneo, medicamentos e insumos.
4. Inmediato abastecimiento de medicamentos esenciales a Centros de Salud y hospitales, tanto urbanos como de los departamentos de la República.
5. El debido apoyo de las autoridades, a nivel municipal y nacional, para la solución de los problemas de salud más urgentes en las comunidades rurales.

E. Convocamos a la sociedad civil.

Tomando en cuenta que la salud es un Derecho Humano individual y colectivo, es responsabilidad de cada uno y todos los habitantes de nuestra sociedad, velar por su conservación y contribuir a su fortalecimiento, por lo que llamamos a:

1. Declararnos en Asamblea Permanente, para organizar nuestros recursos comunitarios en salud, y para preservar y defender la vida.
2. Integrar nuestras Comisiones de Auditoría Social a nivel municipal, para fiscalizar la ejecución de los fondos públicos destinados a la Salud.
3. Fortalecer nuestros programas de Salud Comunitaria y Seguridad-Soberanía Alimentaria.
4. Mantener la vigilancia y la auditoría social a los programas que se impulsen.

V. Demandas ciudadanas para atender el Derecho Humano a la alimentación.

A. Contexto:

Se entiende por Derecho Humano a la alimentación, tal y como reconoció el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité de DESC) en su Comentario General 12:

“El derecho a la alimentación adecuada se ejerce cuando todo hombre, mujer o niño, ya sea solo o en común con otros, tiene acceso físico y económico, en todo momento, a una alimentación adecuada o a medios para obtenerla.”

Para el Relator Especial, Olivier De Schutter, el derecho a la alimentación es:

“El derecho a tener acceso, de manera regular, permanente y libre, sea directamente, sea mediante compra por dinero, a una alimentación cuantitativa y cualitativamente adecuada y suficiente, que corresponda a las tradiciones culturales de la población a la que pertenece el consumidor y garantice una vida psíquica y física, individual y colectiva, libre de angustias, satisfactoria y digna.

La propuesta y apuesta es que el abordaje sea desde un enfoque de Derechos, para alcanzar la Soberanía Alimentaria en el país, para lo cual es necesario el abordaje de otros derechos humanos, ya que estos son integrales, indivisibles y complementarios. Garantizar la alimentación no puede disociarse del derecho humano al agua y al saneamiento, a la salud, la educación, la vivienda digna, el trabajo decente, etc.

La soberanía alimentaria puede ser entendida -en su aspecto más general- como el derecho, la libertad y la capacidad de una sociedad para tomar sus propias decisiones y acciones en materia alimentaria, sin imposición externa. Se trata de un concepto con enfoque ecológico, económico, político y cultural, desde la perspectiva del ejercicio del poder soberano y la libre determinación del Pueblo.

El Decreto número 32-2005, Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, establece que “El Estado de Guatemala define soberanamente la modalidad, época, tipo y calidad de la producción alimentaria, en forma sostenida y con el menor costo ambiental y garantiza la seguridad alimentaria y nutricional de la población guatemalteca”⁴.

Tanto la citada ley, como la Política Nacional Alimentaria y Nutricional, establecen diez Principios Rectores, de obligatorio cumplimiento, que deben ser observados al formular políticas públicas, programas y proyectos en materia alimentaria y nutricional, a saber: solidaridad, transparencia, soberanía alimentaria, tutelaridad, equidad, integralidad, sostenibilidad, precaución, descentralización y participación ciudadana.

El principio de Precaución establece que “La importación de alimentos genéticamente modificados -materia prima y terminados- están sujetos al etiquetado respectivo y a las regulaciones que las leyes específicas establecen, garantizando su trazabilidad e inocuidad. Al importador le corresponde comprobar, ante las entidades públicas correspondientes, dicha trazabilidad e inocuidad”. (Resaltado propio)⁵.

Para proteger el germoplasma nativo, se regula la importación, experimentación y cultivo de semillas genéticamente modificadas, mediante la emisión de las leyes respectivas, en concordancia con los convenios y protocolos que el Estado de Guatemala es signatario”.

Por consiguiente, la soberanía alimentaria se basa en diversos principios éticos, agro-ambientales y políticos, entre otros. Por otro lado, existen dos perspectivas diferentes -

⁴ Artículo 4, literal c.

⁵ Artículo 4, literal h. La carga de la prueba recae en el importador, quien no podrá introducir OGMs al país, hasta que no compruebe su origen e inocuidad, ante el órgano competente, ni este podrá autorizar la importación, hasta que estos requerimientos sean cumplimentados.

pero no opuestas- sobre la soberanía alimentaria. A la primera le llamaremos "nacional" - por centrarse en el nivel de los países o Estados nación- y a la segunda, "comunal", dado que su énfasis está en la autonomía política, económica y alimentaria de las comunidades y Pueblos, con o sin el apoyo las políticas públicas, o incluso contra las mismas.

La perspectiva nacional de la soberanía alimentaria ha sido impulsada, entre otros organismos, por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura -FAO-, por sus siglas en inglés-. La perspectiva comunal fue introducida con mayor relevancia por el movimiento mundial La Vía Campesina, a partir de la Cumbre Mundial de la Alimentación de la FAO (Roma, 1996).⁶

En Guatemala, la perspectiva comunal está tutelada en el Artículo 4, literal j, de la Ley del Sistema Nacional de Seguridad alimentaria: “**Participación ciudadana.** El Estado promueve la participación articulada de la población en la formulación, ejecución y seguimiento de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional y las políticas sectoriales que de ella se deriven”.

Tal perspectiva, también está protegida en el Artículo 5, de la citada Ley: “**Participación.** El Gobierno de Guatemala promoverá un proceso de consulta con la sociedad civil organizada para proponer soluciones y definir estrategias orientadas a garantizar la Seguridad Alimentaria y Nutricional -SAN- en productos tradicionales como maíz y frijón en las tierras aptas para dichos cultivos, lo que debe reflejarse en planes operativos y estratégicos”.

La perspectiva comunal está contenida en documentos del movimiento campesino mundial, que definen la soberanía alimentaria desde los derechos colectivos a la "tierra, agua y territorio" y a "la libre determinación" (Declaración de Atitlán, 2002), o bien de tácticas y acciones sostenibles de producción, distribución y consumo comunitario de alimentos (Declaración Nyéléni, 2007).⁷

A nuestro juicio, no se trata de elegir cuál de las dos perspectivas sobre la soberanía alimentaria -la comunal o la nacional- es la mejor. En todo caso, deben verse como complementarias, dado que la perspectiva comunal puede perder de vista estrategias en los niveles nacional e internacional, y la perspectiva nacional, prestar poca o ninguna atención a las tácticas y acciones comunitarias.

El citado Decreto 32-2005, en su primer artículo, establece que “Para los efectos de la presente Ley, la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional establece como Seguridad Alimentaria y Nutricional “el derecho de toda persona a tener acceso físico, económico y social, oportuna y permanentemente, a una alimentación adecuada en cantidad y calidad, con pertinencia cultural, preferiblemente de origen nacional, así como a su adecuado aprovechamiento biológico, para mantener una vida saludable y activa”.

En ese sentido, la soberanía alimentaria es más abarcadora que la seguridad alimentaria, ya

⁶ Previamente, la FAO había dado impulso al enfoque de seguridad alimentaria; por esa razón, su enfoque de la soberanía alimentaria se centra en el plano nacional y de las políticas públicas.

⁷ Alonso (2007); ISFEL (2010 b).

que mientras esta última solo se centra en la disponibilidad de alimentos en el mercado, aquella incluye criterios sobre la forma y el lugar en que los alimentos fueron producidos, sobre la tierra y el territorio, la biodiversidad, la autonomía, la cooperación, la salud y formas alternativas de intercambio, entre varios otros.

En cuanto al derecho a la alimentación, el mismo está contenidos en diversos instrumentos legales internacionales, entre los que se cuentan: la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Artículo 25), el Pacto sobre Derechos Civiles y Políticos, el Pacto sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Artículo 11), la Declaración de las Naciones Unidas sobre Derechos de los Pueblos Indígenas (Artículo 3), y la Declaración Americana sobre Derechos de los Pueblos Indígenas (Artículo 29).

Los 8 componentes o elementos básicos necesarios para el pleno cumplimiento del derecho a la alimentación, son enumerados en la Observación General 12, del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En síntesis, son la suficiencia, la adecuación, la sostenibilidad, la inocuidad, el respeto a las culturas, la disponibilidad, la accesibilidad económica y la accesibilidad física.⁸

El derecho humano a la alimentación tiene además dos dimensiones distintas pero relacionadas. La primera (nacional) se refiere a la obligación estatal de proteger, respetar y facilitar, el acceso de los pobladores a una alimentación adecuada. La dimensión internacional de este derecho, se refiere a la obligación estatal de no impedir el cumplimiento de dicho derecho en otros países⁹, y de impedir que terceros Estados o empresas transnacionales violen el derecho humano a la alimentación de los/las guatemaltecos.

B. El Derecho Humano a la alimentación y a la soberanía alimentaria.

Previo a la situación de crisis provocada por la pandemia COVID-19, ya se reconocía que Guatemala ocupaba el primer lugar del continente americano en cuanto a desnutrición crónica, y el tercero a nivel mundial, con la mitad de su población infantil en esta situación.

La Desnutrición Crónica es el resultado de prolongados estados de alimentación insuficiente, no temporales ni por “situaciones especiales”, sino como resultado de una situación de pobreza que implica insuficiente consumo de alimentos adecuados; en el caso de Guatemala afecta a la mitad de la población. Es un signo de las desigualdades histórico-estructurales en el acceso a satisfactores básicos para la población (vivienda digna, agua potable, drenajes, saneamiento ambiental, energía eléctrica, cobertura educativa y de servicios de salud, entre otros). Es también resultado de la aplicación de un modelo económico basado en la creación y acumulación de riqueza, que arrincona al 71% de la población a la informalidad en el empleo, confina al 59 % a la pobreza general y al 23.4% a la pobreza extrema¹⁰.

⁸ Alonso (2007).

⁹ Alonso (2007).

¹⁰ Datos del Instituto Nacional de Estadística (INE): pobreza año 2014, empleo año 2018.

Las débiles y erráticas iniciativas generadas para el abordaje del hambre en Guatemala, no coadyuvaron a que la situación se mejorara sensiblemente durante una década y media de contar con un Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Decreto 32-2005). En este tiempo, el Estado de Guatemala no generó capacidades que fortalecieran el Sistema Alimentario y las acciones implementadas se orientaron fundamentalmente a “aliviar” la desnutrición aguda, manteniendo la situación de vulnerabilidad alimentaria invariable y orillando a que las respuestas fueran generalmente de asistencia alimentaria, provocando nuevas dependencias y acciones emergentes, como los tratamientos de “recuperación nutricional” en niñez al borde de la muerte, extremo al que nunca debieron llegar los infantes.

El sistema alimentario nacional entró en crisis apenas a los dos meses que se declaró el “estado de calamidad pública”, por la emergencia del COVID-19. La improvisación y ausencia de un análisis integral de las características de la sociedad guatemalteca, llevaron a implementar acciones que no solamente no llevaron a “contener” la propagación del virus, sino que aún mantienen profundos efectos negativos en toda la población, especialmente la más vulnerable.

Las “acciones emergentes” del COVID-19, si bien replican acciones implementadas en otros países, no atendieron los múltiples impactos sociales, económicos y políticos que las mismas medidas implican para una población culturalmente tan diversa como la guatemalteca. Esto llevó a que el Estado de Emergencia se concentrara en restricciones del libre tránsito, así como la restricción de actividades regulares a horarios mínimos. (Decretos 5-2020, 6-2020 y 7-2020), cuyo efecto inmediato implicó el cierre temporal de las pequeñas y medianas empresas, así como del empleo informal, que sustenta a dos terceras partes de la Población Económicamente Activa, llevando a que se perdieran al menos 90 mil empleos formales en apenas el primer mes de la crisis, aunque se estima que podrían llegar a 500 mil empleos¹¹.

Las restricciones obstaculizaron el pequeño comercio, especialmente agrícola, llevando a que miles de productores perdieran sus cosechas y no lograran completar sus ciclos productivos. Entre otros efectos, miles de familias se han quedado insolventes para responder a sus créditos, alquiler de vivienda o servicios básicos. Al mes de junio, el costo de la Canasta Básica Alimentaria se ubicó en Q 3,669.00, incrementándose Q 108.00 desde enero, mientras la Canasta Básica Ampliada se ubicó en Q8,471.00, incrementándose Q248.00 en este mismo periodo.¹²

Si bien aún no hay datos actualizados sobre los efectos de la crisis, evidentemente la situación de pobreza, hambre y desnutrición se agravó considerablemente, con graves consecuencias en el mediano y largo plazo. Un análisis comparativo de la situación de la Desnutrición Aguda grafica esta situación. En 2019 se registró un total de 15,395 casos de Desnutrición Aguda, en 2018 se registró un total de 12,597; en 2017 se registró 12,626. Mientras que, en 2020, apenas a la semana epidemiológica 23 (al 6 de junio) ya se reportan 15,580 casos, una cifra similar a lo acumulado en los años completos anteriores, y

¹¹ Según estimaciones de ICEFI.

¹² Instituto Nacional de Estadística (INE), en www.ine.gob.gt

prácticamente el triple que en la misma semana de años anteriores (7,030 en 2019; 5,634 en 2018)¹³.

Otro aspecto nodal es que en Guatemala, a pesar de no reconocerse su importancia, la agricultura familiar campesina produce el 70% de los alimentos que llegan a la mesa, ocupa al 38% de la PEA (1.9 millones de personas); 1,299,377 familias rurales dependen de la actividad agropecuaria; 890,000 hectáreas se utilizan en cultivos anuales (maíz, frijol, arroz) y aproximadamente 5 millones de personas se benefician directamente de esta actividad, que contribuye con un 14% a la conformación del PIB nacional, representa la inversión nacional más importante, dinamiza el comercio local, regional e internacional, y al practicarse de forma sustentable favorece el medio ambiente.

Sin embargo, actualmente no existen condiciones favorables para la promoción de la agricultura familiar campesina, porque en los últimos 20 años se ha desbaratado el marco institucional dirigido a la agricultura, se han limitado los créditos, disminuido las inversiones públicas y se consolidó una política asistencialista que mina prácticas sustentables y soberanas. No se reconoce el papel determinante de la agricultura y prevalecen imaginarios sociales que menosprecian su valor real.

Por otra parte, según la FAO, la agricultura familiar en Guatemala ocupa un tercio de la superficie cultivable del país, y produce la mayor cantidad de alimentos que llenan nuestras mesas. Se estima que entre el 60 y 70% de alimentos que consumimos provienen de las y los agricultores familiares. A pesar de esto, ellos y ellas afrontan una de las paradojas de la modernidad: son las manos que producen alimentos y a la vez son el segmento de la población más vulnerable al hambre y la pobreza.

Un elemento que agrava la situación de hambre es que la emergencia del COVID-19 coincide con el período de hambre estacional en Guatemala, que conlleva disminución de reservas de granos básicos y reducción de ingresos de los hogares de los agricultores, situación a la que se suman los efectos del cambio climático y la migración de productores.

La ejecución del presupuesto destinado a la agricultura familiar es un poco más del 3%, a la fecha, lo cual es inadmisiblemente bajo, tomando en cuenta las grandes necesidades de las familias campesinas e indígenas. La ayuda no llega o arriba tarde, carece de pertinencia cultural, o está plagada de clientelismo y corrupción.

En ese sentido, se hace necesario desarrollar **un nuevo marco regulatorio e institucional**, que promueva los siguientes elementos¹⁴:

- Inmediata implementación de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (2005).
- Ejecución urgente de la Política Nacional de Desarrollo Rural (Acuerdo Gubernativo 196-2009)¹⁵.

¹³ Semana epidemiológica 23. SEMEPI, MSPAS, departamento de Epidemiología. Boletín Semana 23-2019.

¹⁴ Formulados a partir de la Declaración de Nyéleni (2007) y las Resoluciones del III Congreso Nacional Campesino de Guatemala (2006).

¹⁵ La PNDRI fue formulada con la participación de la mayoría de organizaciones del movimiento indígena y campesino.

- Implementación apremiante de la Estrategia Nacional para el Desarrollo de la Producción Orgánica y Agroecológica de la República de Guatemala, 2013-2023.
- Impulso de un modelo productivo sostenible para alcanzar la Soberanía Alimentaria, que incluya el acceso a la tierra, sistemas agro-alimentarios, pecuarios y pesqueros bajo control de productoras y productores locales, así como el derecho humano al agua y al saneamiento.
- Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Campesinos y de Otras Personas que Trabajan en las Zonas Rurales.
- Políticas de promoción y protección de la agricultura familiar campesina.
- Políticas de recuperación de conocimientos y prácticas indígenas ancestrales, en la perspectiva de alcanzar relaciones sociales de producción libres de opresión, desigualdad y explotación.
- Políticas de apoyo a los esfuerzos comunitarios para recuperación de suelos y producción de abonos orgánicos.
- Creación y fomento de mercados campesinos y otras formas de intercambios locales y nacionales.
- Compromiso gubernamental de no criminalizar luchas sociales por la tierra.

C. Objetivo de las demandas ciudadanas:

Impulsar una estrategia de incidencia socio-política para promover políticas públicas, programas y planes gubernamentales, e impulsar acciones sociales efectivas, para reducir el hambre.

Uno de los problemas que ha enfrentado Guatemala ha sido que las políticas y programas que realizan son de gobierno y no de Estado, cada uno presenta sus propuestas pero en el fondo solo hay cambio de nombre, porque las estrategias y acciones de atención siguen siendo las mismas; ejemplo de ello es la bolsa de alimentos, la cual no ha sido sostenible y no ha contribuido a resolver el problema del hambre en el país.

Actualmente, han aprobado presupuesto para atender la situación en el marco de la pandemia, según se analiza a continuación:

D. Falencias de los programas gubernamentales frente a la pandemia.

Como respuesta a la crisis se impulsó el Decreto 12-2020 “*Ley de Emergencia para proteger a los guatemaltecos de los efectos causados por la Pandemia Coronavirus COVID-19*”, para ampliar el Presupuesto Estatal para el año 2020 en Q 3,667.5 millones, el cual se financiará con endeudamiento.

Sin embargo, esta iniciativa asume de forma marginal a la población más empobrecida, que sufre con mayor ímpetu los impactos de la pandemia. Se reconoce que, de la cifra total, Q 1,417.5 millones no tiene relación directa con la emergencia, y más bien se enfocan a responder a compromisos de pactos colectivos suscritos por el gobierno.

De los Q 2,250 millones que sí tienen relación con la pandemia, solamente Q 700 millones (Q 350 millones para el MIDES y Q350 millones para el MAGA) se orientan a apoyo alimentario, mientras que Q 50 millones se orientarán para el Programa del Adulto Mayor del MINTRAB, y otros Q 50 millones para el Programa de Agricultura Campesina del MAGA. Es decir que solamente el 21.8% del monto se orientará a la población más vulnerable.

Por su parte, el Decreto 13-2020 “*Ley de rescate económico a las familias por los efectos causados por el COVID-19*”, publicado una semana después, implica un nuevo aporte de Q11 mil millones, financiado también por endeudamiento, de los cuales se definen Q 6 mil millones para el denominado Bono Familia Pandemia COVID-19 y Q 2 mil millones para un Fondo de Protección del Empleo.

Estimaciones basadas en el último censo calculan en al menos 1.53 millones los hogares rurales; de éstos, unos 1.17 millones de hogares están en situación de pobreza, y 540 mil familias en situación de pobreza extrema. Por lo que el alcance de los apoyos -en el caso de que se orienten adecuadamente- lograrían aportar unos Q 6,800 por familia. Si bien ambas leyes plantean acciones fundamentales para la población más empobrecida, su diseño carece de un análisis más profundo de la realidad en la que se desenvuelve la población más pobre y sus propias vulnerabilidades, así como sobre la incierta temporalidad que podría durar la pandemia. Además, la inconsistencia de las bases de datos donde se registran las familias pobres y vulnerables, y en especial la población campesina, abre la posibilidad de que una parte importante de la población no logrará acceder a estos apoyos.

E. Demandas inmediatas y propuestas ciudadanas.¹⁶

1. El Estado debe cumplir con su obligación de proteger, respetar y facilitar el acceso de la población a una alimentación adecuada, sin transgénicos ni agrotóxicos, mediante políticas públicas, programas y proyectos, que contemplen la consulta y participación ciudadana, y propicien la recuperación y el fortalecimiento de prácticas y conocimientos agro-ambientales ancestrales y generar nuevos.
2. Aumentar las asignaciones presupuestarias a los Ministerios que corresponda, para atender, mediante Planes Nacionales de Emergencia, los altos índices de hambre y desnutrición de las comunidades más vulnerables, incrementándolos progresivamente, según demanden los efectos negativos de la pandemia, incluyendo inversión para reactivar y fortalecer el extensionismo agro-alimentario¹⁷, orientado a la formación, capacitación y organización comunitaria para la producción y la comercialización de alimentos, garantizando el derecho humano al agua y al saneamiento.
3. Fortalecer la economía familiar campesina, garantizando el acceso a tierra y a crédito en condiciones favorables, para la producción de alimentos, priorizando

¹⁶ Construcción a partir de propuesta de organizaciones sociales en Guatemala.

¹⁷ En coordinación con organizaciones que fomenten la Agricultura Familiar Campesina.

a las mujeres, que carecen de tierra y tienen la capacidad de trabajarla y aportar a la economía familiar y a la alimentación sana, propiciando que en las comunidades existan silos, huertos, reservorios de agua y bancos de semillas nativas para garantizar el acceso a la alimentación.

4. Establecer un programa permanente, con medidas emergentes, para recuperar la capacidad estatal de abastecimiento de alimentos, procurando que los apoyos alimentarios que se implementarán se sostengan con la producción local. Esto implica la activación de mecanismos para la producción, compra y distribución de alimentos, así como la conformación de “mercados sostenibles” que garanticen la disponibilidad de alimentos de bajo costo, especialmente para los trabajadores de la economía informal.
5. Promover que en la cadena para la alimentación escolar sea incluidos grupos de producción agroecológica, para favorecer la economía comunitaria y el consumo de alimentos sanos, inocuos y de mayor valor nutritivo.
6. Garantizar que los registros de familias vulnerables por desnutrición sean transparentes, motivando que las Comisiones de Seguridad Alimentaria a nivel comunitario y municipal participen activamente en su elaboración, para que intereses personales y partidarios no afecten la designación de los listados.
7. Generación de fuentes de empleo digno, que permitan a la población urbana alimentarse por medio de la compra de alimentos.
8. Monitoreo y control sobre los precios de los productos de la Canasta Básica, en el área urbana y rural, garantizando las líneas de suministro, y evitando el acaparamiento y la especulación.

F. Llamamos a la ciudadanía guatemalteca a la más amplia unidad de acción.

Comencemos con la formulación e impulso de un **Plan Nacional de Contingencia contra la Pandemia y el Hambre**, en la perspectiva de alcanzar la unidad de acción de todas las fuerzas sociales del país, pues la historia patria nos ha enseñado que las grandes transformaciones sociales son resultado de la toma de consciencia, la organización y la participación activa de la sociedad por sus derechos.

30 de septiembre de 2020.