

AMÉRICA LATINA

ACCESO A LA SALUD - BOLETÍN TEMÁTICO

NOVIEMBRE 2024



 ACCIÓN
CONTRA EL
HAMBRE

FECHA DE PUBLICACIÓN: 07/11/2024

CONTENIDO

1. SISTEMAS DE SALUD FRÁGILES E INEQUIDAD SOCIAL SON MALAS COMPAÑÍAS	03
2. ANÁLISIS DE NECESIDADES	05
LA SITUACIÓN EN LOS TERRITORIOS DONDE TRABAJAMOS	05
• PERSONAS MIGRANTES	06
• COLOMBIA: EL DESAFÍO EN LAS ZONAS RURALES Y DE DIFÍCIL ACCESO	08
• CENTROAMÉRICA: LA SALUD CUESTA MUCHO	09
BARRERAS Y ELEMENTOS COMUNES	10
3. POSIBLES SOLUCIONES Y PRIORIDADES	11
NUESTRO ENFOQUE	11
PRIORIDADES	19
4. NUESTRO ALCANCE REGIONAL	20
5. ALIADOS ESTRATÉGICOS	21

1. SISTEMAS DE SALUD FRÁGILES E INEQUIDAD SOCIAL SON MALAS COMPAÑÍAS

Presentamos esta publicación con el propósito de compartir una perspectiva sobre el acceso a la salud en América Latina desde el enfoque de Acción contra el Hambre. Como organización, concebimos la salud como un derecho fundamental y nos dedicamos a reducir las desigualdades en el acceso a servicios y oportunidades de salud. Nuestro objetivo principal es contribuir de manera colaborativa a la consecución de la cobertura universal en salud¹. En esta publicación, expondremos nuestra posición y propondremos soluciones basadas en datos recopilados de los **análisis más recientes** en nuestras áreas de intervención. Además, presentaremos conclusiones derivadas de procesos de reflexión conjunta con las **administraciones locales** responsables de proporcionar servicios básicos de salud a la población. A través de este medio, buscamos fomentar un diálogo constructivo sobre los desafíos y oportunidades para mejorar el acceso a la salud en la región, respaldando nuestras propuestas con evidencia sólida y experiencias prácticas en el terreno.

Los avances en salud de la región de América han sido remarcables en los últimos años². Pero estos logros se han venido desmoronando en la última década, situación que se ha visto acelerada por el efecto de la pandemia de la COVID-19 en prácticamente todos los países, volviendo a situaciones en algunos lugares consideradas de emergencia. En 2023 en América Latina y el Caribe se produjo un retroceso de un 32% de las metas de los Objetivos de la Agenda 2030, relacionadas con ámbitos como la salud, la pobreza, la desigualdad, la educación, el trabajo y la nutrición, con lo que la región llegó a consolidarse como la más afectada por la triple crisis generada por la pandemia. De mantenerse las tendencias actuales, solo un 15% de las metas se habrán cumplido en 2030³.

En los países donde trabajamos desde Acción contra el Hambre la esperanza media de vida se ha reducido en los últimos años.

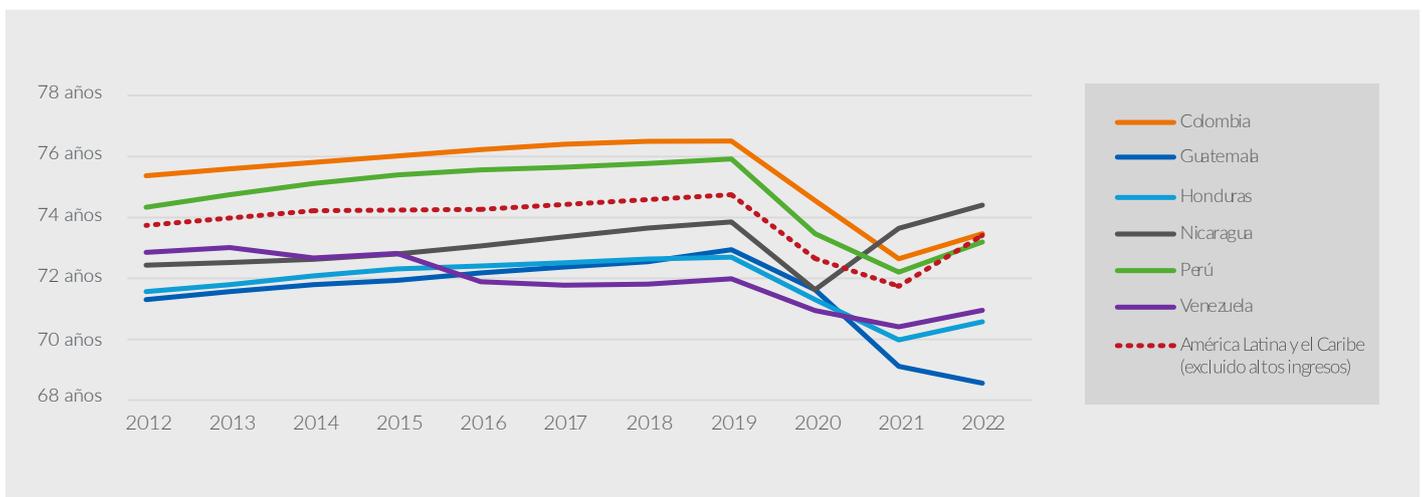


Gráfico 1: Evolución de la esperanza media de vida en los últimos 10 años en países de intervención de Acción contra el Hambre en América Latina y Caribe. Elaboración propia, fuente: Banco Mundial; [Esperanza de vida al nacer, total \(años\) | Data](#)

El reciente retroceso en los indicadores de salud ha puesto de manifiesto la fragilidad y la limitada capacidad de resiliencia de los sistemas sanitarios en América Latina frente a eventos catastróficos. Estos sistemas han demostrado ser incapaces de garantizar una atención equitativa y de calidad para toda la población, evidenciando una pérdida de eficiencia en el uso de recursos y sensibilidad ante las necesidades diversas⁴. La estructura y financiación actuales no logran proporcionar servicios asequibles para los distintos grupos poblacionales, exacerbando las desigualdades existentes⁵. La gravedad de esta situación se hizo patente durante la reciente pandemia de COVID-19, cuando la región registró tasas de mortalidad significativamente superiores a la media global. A pesar de representar solo el 8,4% de la población mundial, América Latina acumuló el 32,1% del total de defunciones por COVID-19 reportadas hasta el 31 de agosto de 2021⁶.

¹ Se entiende por cobertura sanitaria universal que todas las personas tengan acceso al conjunto de servicios de salud de calidad que necesiten en el momento y el lugar adecuados y sin sufrir dificultades económicas por ello. Es un concepto que abarca toda la gama de servicios de salud esenciales, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos a lo largo del curso de la vida. OMS; [Cobertura sanitaria universal \(CSU\)](#)

² Por ejemplo, la mortalidad infantil disminuyó un 35% y la mortalidad de menores de 5 años disminuyó un 46% entre 2000 y 2017. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020, <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>

³ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), América Latina y el Caribe en la mitad del camino hacia 2030: avances y propuestas de aceleración (LC/FDS.6/3/Rev.1), Santiago, 2023.

⁴ Según OMS: la medida en la cual los servicios de cuidados de la salud provistos a individuos y poblaciones mejoran los resultados de salud deseados. Para ello se requiere que éstos sean seguros, efectivos, oportunos, eficientes, equitativos y centrados en la persona.

⁵ Fuente: oms, Monitoring the Building Blocks of Health Systems, op. cit., p. vii.

⁶ Mortalidad por COVID-19 y las desigualdades por nivel socioeconómico y por territorio | CEPAL

Este desproporcionado impacto no solo refleja las debilidades estructurales de los sistemas de salud, sino que también subraya la persistente desigualdad social que mantiene a una gran parte de la población en situación de pobreza, limitando sus oportunidades de desarrollo y bienestar.

Uno de los indicadores que mejor acreditan esta situación de desigualdad y el riesgo de continuarse el ciclo de la pobreza por atender la salud, es el porcentaje de **gasto de bolsillo** de las familias. Este indicador mide qué proporción del gasto total en salud que se realiza en un país (incluyendo inversión pública) es cubierta por las familias con pagos directos. Un valor alto refleja debilidades en la cobertura y la equidad del sistema de salud.

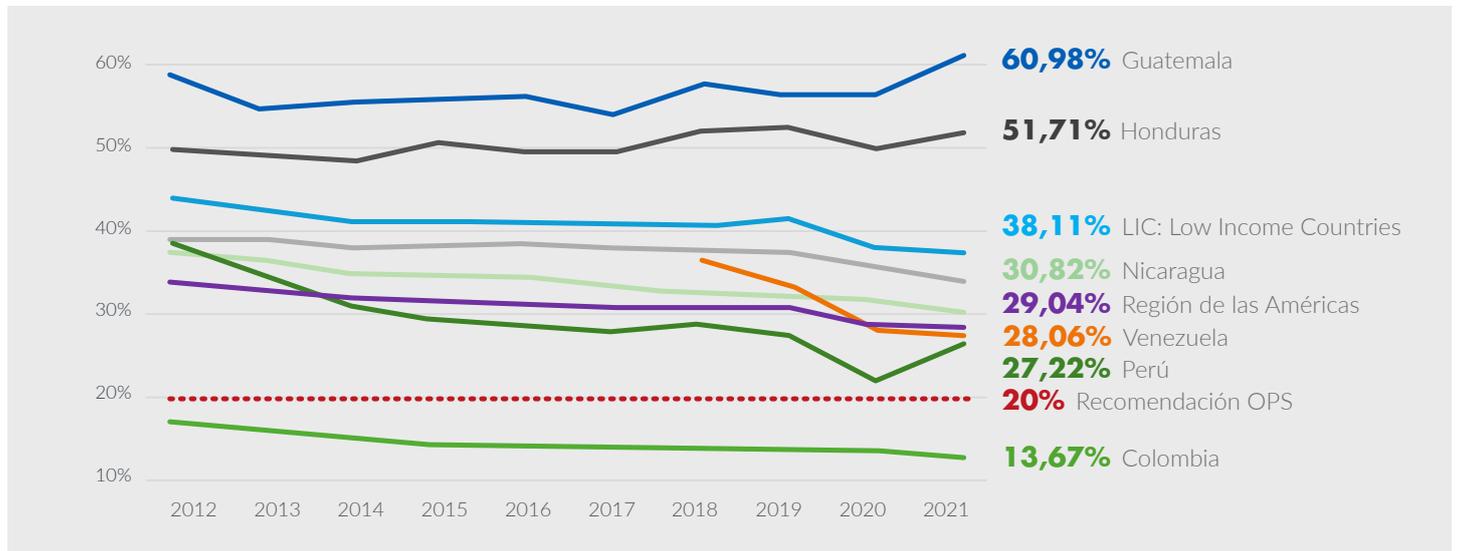


Gráfico 2: Elaboración propia, Gasto de Bolsillo como % del total del gasto en salud. Fuente: **WHO**. Out-of-pocket expenditure as percentage of current health expenditure (CHE) (%). Global Health Observatory data repository. [Online] 12 05, 2023. <https://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDOOPSCHESHA2011?lang=en>

Persisten importantes desafíos en el acceso a la atención sanitaria. Aproximadamente el 29,3% de la población no busca atención médica cuando la necesita debido a diversas barreras. Las principales dificultades incluyen barreras organizativas (17,2%), como largos tiempos de espera; barreras financieras (15,1%); falta de recursos (8,4%); barreras de aceptabilidad (8,0%), como problemas lingüísticos y desconfianza en el personal médico; y barreras geográficas (5,4%). Estas dificultades afectan especialmente a los grupos más vulnerables, exacerbando las desigualdades en salud⁷.

La salud de la población es un pilar fundamental para el desarrollo sostenible tanto económico y social de cualquier nación. La falta de inversión responsable en salud condena a una sociedad a un ciclo de subdesarrollo difícil de superar a corto plazo. Esta negligencia debilita tanto a los individuos como a los sistemas, perpetuando un círculo vicioso de pobreza y enfermedad. Los efectos más severos de una salud deficiente se concentran en los sectores más vulnerables de la sociedad: aquellos con menores ingresos, niveles educativos más bajos, condiciones laborales precarias y acceso limitado a servicios de salud, vivienda digna y servicios básicos. Esta disparidad

no solo afecta el bienestar individual, sino que también obstaculiza el progreso colectivo, subrayando la urgente necesidad de priorizar la inversión en salud como estrategia clave para el desarrollo integral y equitativo de los países.

En América Latina, se están proponiendo soluciones integrales para reformar los sistemas de salud, que abarcan desde la reestructuración de su financiamiento hasta la incorporación del potencial comunitario en la prestación de servicios. Aunque estas propuestas se basan en fórmulas validadas y recomendadas, existe una necesidad creciente de enfatizar dos aspectos fundamentales: la facilitación de la multisectorialidad y el desarrollo de modelos que trasciendan los servicios tradicionales del sistema de salud. En particular, se destaca la importancia de fomentar sinergias con otros sistemas, como el de protección social en salud. Este enfoque más amplio y colaborativo promete abordar de manera más efectiva los desafíos de salud en la región, aprovechando recursos y capacidades de diversos sectores para lograr un impacto más significativo y sostenible en el bienestar de la población.^{8,9,10}

⁷ Rev Panam Salud Publica 44, 2020 | <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52572/v44e1002020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁸ Estudio comparativo de los sistemas de salud en América Latina, Mariela Sánchez-Belmont Montiel. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. ISBN: 978-607-8088-95-9.

⁹ M. L. Marinho, A. Dahuabe y A. Arenas de Mesa, "Salud y desigualdad en América Latina y el Caribe: La centralidad de la salud para el desarrollo social inclusivo y sostenible", serie Políticas Sociales, N° 244 (LC/TS.2023/115), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2023.

¹⁰ Según OPS sistema de protección social en salud es: la garantía que la sociedad otorga, por medio de los poderes públicos, para que un individuo o un grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo¹⁰



2. ANÁLISIS DE NECESIDADES

En la “**crisis a cámara lenta**” que afecta la región, garantizar el acceso a la salud se vuelve un desafío y una prioridad. Según el recién publicado informe de la CEPAL¹¹, el gasto público en salud ha aumentado en la región en el periodo 2020-2021, llegando al 4,5% del PIB, pero esto se debe principalmente a la inversión extraordinaria realizada durante la pandemia, y se espera “una desaceleración a partir de 2022”. De la misma manera ha disminuido en promedio el gasto de bolsillo en salud y el gasto catastrófico¹², pero la cobertura de los servicios queda estancada en promedio en el 80% y con enormes diferencias entre territorios y colectivos. De hecho “**alrededor de 295 millones de personas tenían necesidades de atención médica no satisfechas en 2022 y 79 millones incurrieron en gastos catastróficos**”.

Los colectivos más vulnerables y las mujeres son los que presentan peores resultados en salud: “*el quintil de menores ingresos presenta una mortalidad materna equivalente a más de siete veces la del quintil de mayores ingresos. Lo mismo ocurre con la mortalidad de niñas y niños menores de 5 años; el grupo con más desventaja en términos de ingresos tiene alrededor de 4,5 veces más riesgo de morir en comparación con el grupo más aventajado económicamente. [...] Lo mismo se repite en el caso de las enfermedades no transmisibles crónicas: el grupo más desaventajado tiene un riesgo un 46% mayor de morir entre los 30 y los 69 años por estas enfermedades en comparación con el grupo más aventajado. Por último, datos de 2019 indican que la tasa de mortalidad atribuida al agua insalubre, el saneamiento deficiente y la falta de*

higiene es casi seis veces mayor en el quintil de menores ingresos, lo que deja en evidencia el efecto de las condiciones de vida en la salud de las personas”. Las **mujeres**, enfrentan barreras específicas, como “las dificultades económicas (56,7%), seguidas por la distancia a los establecimientos de salud (36,6%), la reticencia a ir solas (29,7%) y la necesidad de obtener permiso del jefe de hogar para acudir al servicio (13,5%)”.

LA SITUACIÓN EN LOS TERRITORIOS DONDE TRABAJAMOS

Esta situación regional se manifiesta de manera especialmente aguda en algunos de los territorios donde trabajamos, afectando particularmente a ciertos grupos de población. En octubre de este año, realizamos un **análisis de necesidades** en territorios prioritarios para evaluar el acceso a la salud. En este análisis, recopilamos la información sobre **205 centros de salud** en Perú (170, Lima Metropolitana); Colombia (6, Putumayo); otros países (22) y Centroamérica (7, El Paraíso, Honduras). Además, entrevistamos a 54 informantes clave, y llevamos a cabo 17 grupos focales, 25 entrevistas y 94 encuestas a miembros de las comunidades.

Para fortalecer nuestro análisis, que presentamos a continuación, también recopilamos información de un análisis multisectorial de Perú y encuestas previas realizadas a personas migrantes y de la población local en Honduras y Guatemala.

¹¹ La urgencia de invertir en los sistemas de salud en América Latina y el Caribe para reducir la desigualdad y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible - Octubre 2024

¹² Aquel gasto de bolsillo en salud que supera el umbral del 10% o del 25% de los ingresos del hogar

PERSONAS MIGRANTES



La región del Darién, en la frontera entre **COLOMBIA** y Panamá, ha experimentado un aumento sin precedentes en el flujo migratorio mixto. La experiencia migratoria en el Darién está profundamente influenciada por el estado de salud de las personas, además de los factores económicos. Los largos trayectos a pie, la variabilidad climática, el terreno irregular, la inseguridad alimentaria, la exposición a condiciones insalubres y riesgos de protección, los problemas para mantener la higiene personal y la exposición a vectores son algunos de los desafíos de salud que enfrentan las personas migrantes.

Los niños y niñas migrantes son especialmente vulnerables, a medida que las familias atraviesan las duras condiciones del trayecto, los/las menores se exponen a numerosos riesgos sanitarios. La falta de acceso a agua potable, el costo para acceder a la misma y el saneamiento adecuado contribuyen significativamente a la prevalencia de diarrea y otras enfermedades gastrointestinales. De acuerdo con UNICEF, en los primeros 7 meses de este año, más de 46.500 niños, niñas y adolescentes han cruzado la selva del Darién.

Como parte de la respuesta humanitaria a esta emergencia, hemos implementado diversas estrategias para atender estas necesidades urgentes de salud infantil, proporcionando atención médica directa y distribuyendo medicamentos esenciales. Las evaluaciones realizadas, revelaron que cerca del **12% de los niños y niñas se encontró con desnutrición infantil, o en riesgo de desnutrición**. El 49% de los niños entre 0 y 5 años presentó retraso en talla y el 26% presentó un peso inadecuado. Estos datos subrayan la urgencia de intervenciones de salud y nutricional para reducir los riesgos en su tránsito por la selva del Darién.

Las principales brechas que encontramos incluyen la falta de espacios protectores para niños y niñas en los campamentos de entrada al Darién, el acceso limitado a alimentos de fácil transporte para la ruta y la carencia de puntos de hidratación en lugares estratégicos de la selva. Esta última es crucial para reducir el consumo de agua insegura y las enfermedades de origen hídrico, que sumadas a factores como la deshidratación por el clima en la selva del Darién es causante de innumerables afectaciones graves a la salud.

El siguiente punto de atención en esta ruta en el cual operamos, es la frontera de ingreso a **HONDURAS**, por donde han entrado 286.000 personas en los primeros 8 meses del año. “Al salir de la selva del Darién, la policía de Panamá tiró a la basura mis medicinas. Les rogué que no lo hicieran, pero no me permitieron cruzar la frontera con tratamientos médicos”. Rosa, 39 años, es migrante y toma olanzapina para lidiar con el trastorno bipolar que le diagnosticaron hace años. En junio, vendió su casa y todas sus pertenencias, por un total de 4.500 dólares, para viajar con su esposo e hijos hacia los Estados Unidos, en busca de un trabajo que le permita costear el tratamiento que ya no puede conseguir en su país. “Una caja de genérico cuesta alrededor de 12 dólares, mientras que el original llega a 38 dólares. Y en mi país ganamos unos cinco dólares mensuales”, explica.

Rosa está sentada en un pequeño consultorio médico, al fondo del centro de descanso temporal de migrantes Alivio del Sufrimiento, en el departamento hondureño de El Paraíso, a 11 kilómetros de la frontera con Nicaragua. Lleva días sin tomar su tratamiento y siente un gran alivio al recibir un bono para comprar dos cajas de pastillas de manos de las doctoras que la atendieron. Testimonios como este hay muchos, donde las personas narran desde sus experiencias y vivencias, como su salud ha empeorado durante el viaje. Entre las personas en tránsito que solicitan atención médica, identificamos numerosas enfermedades crónicas, como cáncer, leucemia, diabetes, problemas cardiovasculares, problemas respiratorios, Discapacidades motoras, hernias, Problemas psiquiátricos como depresión y bipolaridad, Personas con Necesidades especiales como autismo en los niños, Lesiones por accidentes, contusiones, Enfermedades infecciosas; Malaria, Dengue, Chikungunya, gripes y problemas gastrointestinales. Aproximadamente el 8,5% de los niños atendidos está en riesgo de desnutrición debido a una travesía que económicamente no permite ingerir alimentos ni en cantidad ni de calidad.



En octubre de 2024, realizamos una encuesta a personas en tránsito en El Paraíso, Honduras, para identificar sus necesidades principales. Recabamos 277 respuestas, en las que la mayoría indicó como urgencias la alimentación, alojamiento y transporte para continuar su ruta hacia Estados Unidos y Canadá. Un 8% expresó necesidad de atención médica, porcentaje que aumenta a 9% cuando se pregunta si alguien en su grupo está enfermo o lesionado, predominando problemas estomacales o intestinales. Además, casi un tercio de los encuestados (29%), ha tenido que hacer algún gasto en salud (entre 20 y 30 dólares) durante el viaje. Aunque el 48% reportó acceso a tratamiento, **el 40% manifestó que no se detendría para recibirlo**, destacando la importancia de contar con puntos de atención sanitaria a lo largo de la ruta migratoria. Más del 50% de los encuestados reportó afectaciones en su **salud mental y bienestar psicosocial**, con síntomas de tristeza (57%), desesperanza (35%) y culpa (14%). La necesidad de contar con un servicio de acompañamiento para este tipo de problemas de salud es clara, pero las estructuras y sistemas de salud no cuentan con la capacidad para prestar este servicio en los lugares de tránsito de esta población.

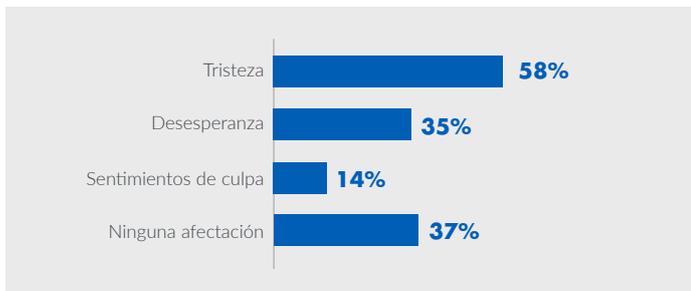


Gráfico 3: Principales afectaciones en salud mental y psicosocial de la población en tránsito (n=277, El Paraíso, Honduras)

Como parte de la coordinación con la Secretaría de Salud (SESAL) de Honduras, entrevistamos a personal de los Centros de Salud en la ruta migratoria en El Paraíso, quienes señalaron dificultades de acceso a la atención médica debido a la rapidez del tránsito de los migrantes. Las referencias y derivaciones necesarias complican el tratamiento adecuado, además de la falta de medicamentos y las **barreras idiomáticas**. Las principales atenciones en estos centros se relacionan con emergencias básicas y a programas de salud sexual y reproductiva. Es marcada la carencia en relación a servicios de salud mental y apoyo psicosocial, pues solamente 2 de los 7 centros encuestados contaban con un mínimo servicio.

Las barreras de acceso a los servicios son importantes también en los lugares de llegada, como en **PERÚ**. La evaluación de necesidades que acabamos de realizar en Lima Metropolitana (octubre 2024), muestra, por ejemplo, que el 72% de las personas migrantes con **enfermedades crónicas** (hipertensión, diabetes, asma, entre otras) no recibe atención ni tratamiento específico durante largos períodos, estando más en riesgo el 80% que no tiene el Seguro Integral de Salud - SIS.

En salud sexual y reproductiva y en salud mental, el 85% y 72,7%, respectivamente, manifestó barreras para ser atendidos, como falta de información, de personal para atención y dificultades para

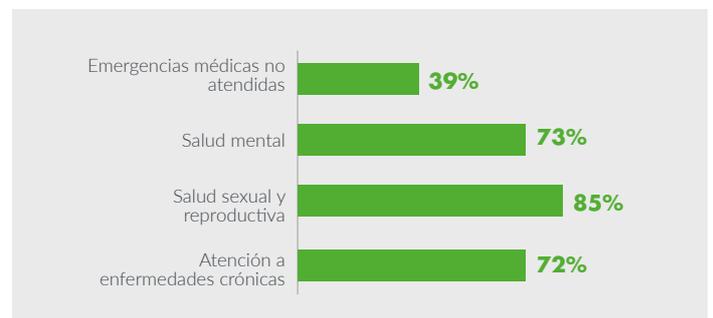


Gráfico 4: Brechas de atención en salud de migrantes. Lima Metropolitana

obtener citas.

Las emergencias médicas no atendidas por falta de recursos y documentación son alarmantes. Además, un 39% de las personas encuestadas manifestó discriminación en el acceso, principalmente por mala atención y negación de citas. Recibimos muchas expresiones de falta de acceso vital a los establecimientos¹³.

Las barreras más importantes son la falta del SIS¹⁴, de información, de recursos económicos, de pertinencia cultural del sistema, entre otros; con el agravante de la falta de red familiar de apoyo para no arriesgar el trabajo, o desatender los hijos.

También hemos detectado la falta de sensibilidad hacia mujeres migrantes con trabajos precarizados de calle y necesidades de atención para sus hijos/as, y para las personas en tránsito esas barreras son exacerbadas por limitaciones de permanencia y la urgencia de los casos.

¹³ Manifestaciones como: "A mi hijo lo llevé con fiebre y convulsiones, pero no me atendieron por falta de dinero para la consulta"; "Se incendió mi departamento,[...] no querían atender mis 2 niños [...], no podía pagar la hospitalización, [...] no tenía el SIS"

¹⁴ El personal médico no atiende o evita atender a migrantes sin SIS porque no puede registrarlos como consultas efectivas, y es sobre esta base que se les paga su salario.

COLOMBIA: EL DESAFÍO EN LAS ZONAS DE DIFÍCIL ACCESO

Además de la situación de migración y/o desplazamiento, la vulnerabilidad social es otro determinante importante en la salud, lo que en América Latina es especialmente evidente en las zonas rurales, dispersa o de difícil acceso.

Las evaluaciones de necesidades realizadas en Colombia en los municipios de Puerto Asís y Puerto Guzmán (**Putumayo**), y Manaure y Uribia (**La Guajira**), en colaboración con centros de salud, alcaldías municipales y representantes comunitarios¹⁵, revelan las limitaciones de acceso a la salud que enfrentan estos territorios.

En Putumayo, se identificó que, en lo corrido del año 2024 se han presentado 5 muertes en menores de 5 años asociadas a Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y desnutrición aguda, y 163 casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años, principalmente en Puerto Asís (27% de los casos del departamento). En cuanto a enfermedades transmisibles, el departamento ha reportado 4.219 casos de Dengue, lo que representa un incremento del 275%, en comparación con el año anterior, siendo Puerto Asís y Puerto Guzmán algunos de los municipios con el mayor aumento.

CASOS DE DENGUE REPORTADOS EN PUTUMAYO OCTUBRE 2024		
Municipio	Casos	% Aumento
Puerto Asís	504	1838%
Orito	410	900%
Villagarzón	561	835%
Mocoa	1.174	410%
Puerto Guzmán	594	175%
Puerto Caicedo	108	157%
San Miguel	271	115%
Valle del Guamuez	415	82%
Puerto Leguizamo	182	17%
Total departamental	4.219	275%

Fuente: Instituto Nacional de Salud (INS). Boletín epidemiológico, octubre 2024

El acceso a los servicios de salud es limitado debido a las restricciones de movilidad y el confinamiento impuestos por los grupos armados no estatales. En las zonas rurales de Puerto Asís y Puerto Guzmán, algunos centros de salud operan en promedio solo 10 horas diarias debido a las condiciones de seguridad y a carencias estructurales, como la falta de personal médico y de insumos. Aproximadamente el **38% de los hogares está a más de una hora del centro de salud** más cercano y la red de salud únicamente ofrece atención de baja complejidad.

Los servicios de salud ofertados son medicina general, salud infantil, salud materna y neonatal, planificación familiar, prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades no transmisibles, aunque de manera insuficiente. En cuanto a los servicios no ofertados, se encuentran medicina especializada, cirugía básica y tratamiento de la tuberculosis y la malaria.

Se evidencia que la constante exposición a la violencia y las barreras de acceso a servicios **básicos han elevado los niveles de estrés y**

afectado la salud mental de la población, sin embargo, el acceso a los servicios de atención mental es limitado por parte de los planes de atención básicos en las zonas rurales.

Frente a la seguridad alimentaria y los impactos en la nutrición se identificó que en los municipios de Puerto Asís y Puerto Guzmán, el 29% de los hogares presenta inseguridad alimentaria, y en el caso de las comunidades indígenas el 57% de los hogares presenta graves brechas en su consumo de alimentos y el acceso a agua potable es precario. El **83% de los hogares rurales en estos municipios, depende de fuentes de agua superficiales.**

En La Guajira, vemos que la situación de salud y nutrición sigue siendo crítica, especialmente para las comunidades indígenas Wayuú, debido a su aislamiento geográfico y dificultades para acceder a servicios básicos. Es el departamento con el mayor número de muertes confirmadas (31 casos) por desnutrición aguda en menores de 5 años en el país.

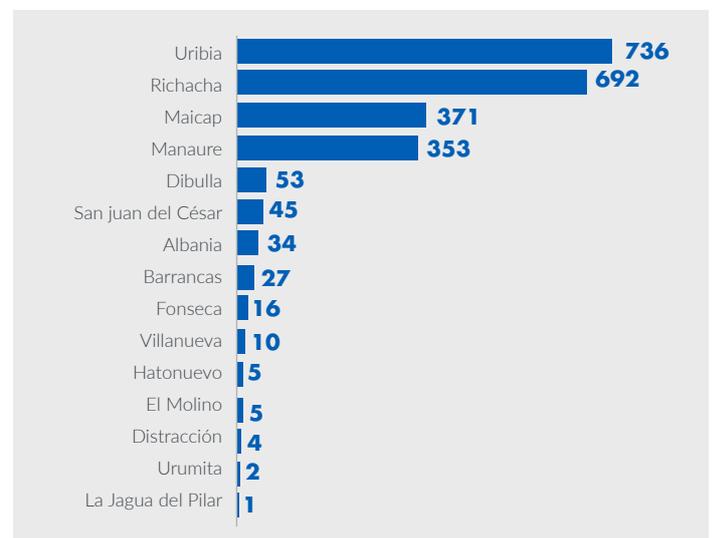


Gráfico 5: Desnutrición aguda en menores de 5 años - La Guajira. Fuente: Instituto Nacional de Salud (INS). Boletín epidemiológico, octubre 2024

Durante el 2024 se han presentado 2.345 casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años, de los cuales el 76% pertenece a comunidades Wayuú. Además, de acuerdo con los datos recolectados por nuestros equipos en las atenciones realizadas en los municipios de Manaure, Riohacha, Uribia y Maicao, del total 389 niños y niñas atendidos por Acción contra el Hambre, un 35%¹⁶ está en riesgo de desnutrición aguda y un 9% presenta desnutrición aguda moderada.

Los resultados de la evaluación que hemos llevado a cabo muestran la ausencia de centros de salud y de insumos médicos en las zonas rurales dispersas del departamento, situación que obliga a las personas a desplazarse a centros poblados para recibir atención, generando **costos adicionales** en transporte y manutención que representan una carga económica considerable. Además, deben cubrir total o parcialmente el costo de medicamentos, que pueden alcanzar hasta 200.000 COP¹⁷ (45 dólares), lo que lleva a muchos a recurrir a la medicina tradicional o a la automedicación.

¹⁵ Se recolectaron 23 instrumentos cualitativos: 10 entrevistas a centros de salud, 5 entrevistas a secretarías municipales de salud y 7 entrevistas a líderes/líderesas comunitarios. También se recolectó información epidemiológica de los 5 municipios priorizados.

¹⁶ Consolidado de bases de datos Acción contra el Hambre, Misión Colombia.

¹⁷ Entrevista con actor comunitario en Sarutsirra, Uribia. Las familias Wayuú que trabajan en actividades informales como la venta de productos artesanales (por ejemplo, mochilas tejidas) o alimentos pueden ganar entre 200.000 y 300.000 COP al mes.



CENTROAMÉRICA: LA SALUD CUESTA MUCHO

El **gasto de bolsillo** en salud es un indicador de inequidad, exclusión y empobrecimiento de los hogares más desfavorecidos, por ser quienes enfrentan mayores barreras para acceder a los servicios de salud. Como hemos visto, el porcentaje de gasto de bolsillo en salud en **Guatemala** (61%) es el más alto de la región y triplica el umbral máximo recomendado por la Organización Panamericana de la Salud (20%). Los valores de **Honduras** (51,7%) y **Nicaragua** (30,8%) también están muy por encima de lo recomendado.

Entre septiembre y octubre de 2024, hemos realizado un levantamiento de información en Honduras y Guatemala, encuestando a 2.882 personas en áreas rurales y urbanas. En Guatemala, el 19% de los hogares encuestados tiene al menos un miembro que padece una enfermedad crónica, principalmente hipertensión arterial y diabetes. En Honduras, este porcentaje asciende al 25%. Además, más del 20% de los encuestados en ambos países reporta **no poder acceder a servicios médicos**, y un alto porcentaje de quienes padecen enfermedades crónicas debe costear sus propios medicamentos; menos de la mitad recibe atención de los centros de salud.

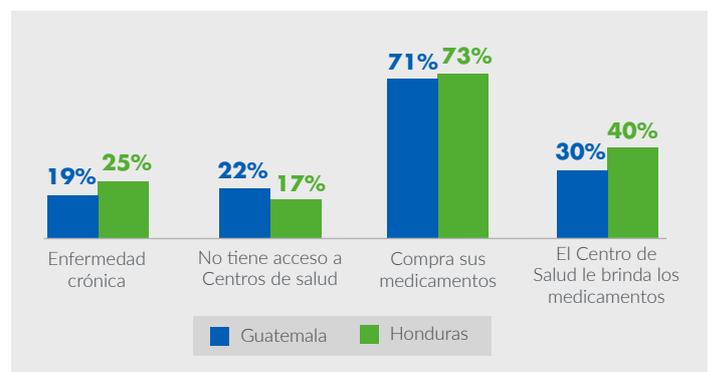


Gráfico 6: Acceso a atención sanitaria a población en Honduras y Guatemala

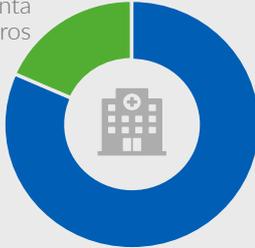
Ante esta situación, el 64% de los hogares encuestados manifestó que no puede cubrir sus necesidades básicas, y un 15% indicó que no puede afrontar sus necesidades médicas. Asimismo, más del 76% del ingreso familiar se destina a la compra de alimentos, lo que limita la capacidad de las familias para adquirir otros insumos esenciales.

BARRERAS Y ELEMENTOS COMUNES

CAPACIDADES DE LA ESTRUCTURA

- Establecimiento de salud con **suministros adecuados para las precauciones universales** (medidas implementadas en el ámbito de la atención médica para evitar la transmisión del VIH).

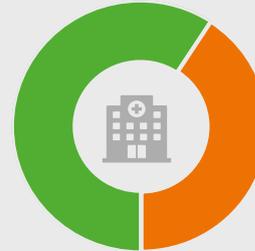
21,46% no cuenta con los suministros



78,54%
cuenta con los suministros

- Disponibilidad de **tratamiento clínico de las supervivientes de violación**.

58,05%
cuenta con tratamiento



40%
no cuenta con tratamiento

CAPACIDADES DE LOS RECURSOS HUMANOS



El **78,05%** de las unidades de salud valoradas cuentan con al menos un **proveedor capacitado para atender y derivar a sobrevivientes de violencia sexual y de género**.



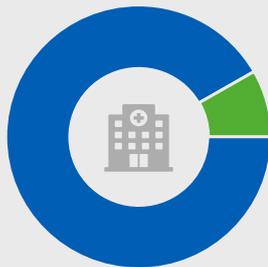
Por otro lado, solo el **10,24%** de los establecimientos de salud evaluados cuenta con **personal médico y de enfermería, o parteras**, disponible en turnos para asegurar atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



Solo el **77,56%** de establecimientos sanitarios valorados cuenta con **personal capacitado para identificar trastornos mentales** y apoyar a personas con problemas psicosociales y de salud mental.

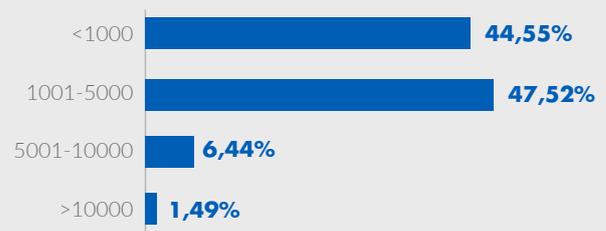
TIPO DE ESTRUCTURA

91,71% de establecimientos evaluados están en **zona urbana**



8,29% de establecimientos evaluados están en **zona rural**

RANGOS DE COBERTURA MENSUAL DE LAS ESTRUCTURAS DE SALUD POR ATENCIONES EN SALUD PRIMARIA



BARRERAS COMUNES EN LOS PAÍSES DONDE TRABAJAMOS

- Costos por servicios, medicamentos y/o transporte
- Discriminación/ barreras idiomáticas y culturales
- Carencias en infraestructura, servicios y recursos
- Difícil acceso geográfico
- Problemas de seguridad
- Rapidez en los tránsitos migratorios
- Falta de acceso a información
- Falta de enfoque de género



BARRERAS PARA LA POBLACIÓN MIGRANTE

- Discriminación/ barreras idiomáticas y culturales
- Rapidez en los tránsitos migratorios
- Falta de acceso a información

➤ VISITA NUESTRO DASHBOARD INTERACTIVO Y CONOCE LOS DETALLES ✎





3. QUÉ ESTAMOS HACIENDO

NUESTRO ENFOQUE

Nuestro trabajo en América Latina se ha enfocado durante muchos años en la detección y tratamiento de la desnutrición infantil, pero en los últimos 5 años hemos ampliado los servicios de salud que prestamos debido principalmente a: las necesidades urgentes de la población en movimiento que atendemos, la situación de necesidades en las comunidades donde trabajamos, y la interrupción de servicios clave para mujeres y niños/as en todos los países durante y después de la pandemia. Ante esta situación, los servicios básicos en salud que hemos priorizado son los que cuentan con evidencia de un claro impacto en la reducción de la malnutrición: los servicios propios de nutrición, los relacionados con el acceso a agua y saneamiento, los relacionados con la salud materno-infantil, los dedicados a la salud mental y psicosocial, y los servicios relacionados con el derecho a la salud sexual y reproductiva.



Figura 1: Tipos de servicios dentro del paquete básico para Acción contra el Hambre.

Por otro lado, hemos definido nuestro marco de trabajo y los efectos que queremos provocar en base a esta Teoría del Cambio¹⁸:

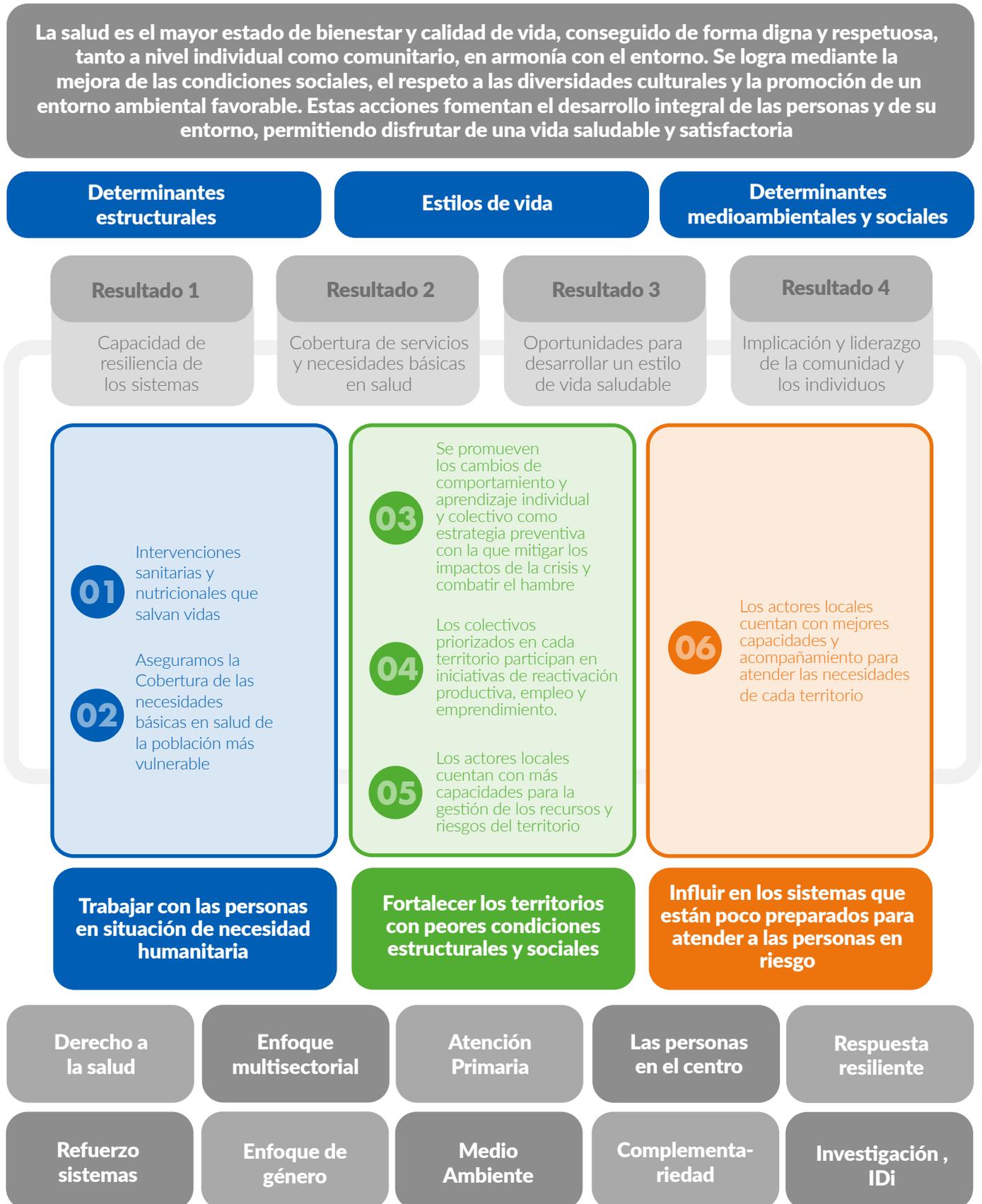


Figura 2: Teoría del cambio, acción en salud en América Latina para Acción contra el Hambre 2024.

¹⁸ Marco de trabajo en salud para el contexto de América Latina



Para medir los avances a la hora de proveer y promover la salud para la población más vulnerable, hemos definido cuatro resultados clave, que presentamos a continuación con algún ejemplo del trabajo realizado hasta ahora.

RESULTADO 1

Mejorada la **capacidad de resiliencia de los sistemas** responsables de proveer los servicios básicos de salud. Mejorar su capacidad de anticipación, adaptación y de absorción de los eventos que impactan en su desarrollo y responsabilidad de prestar servicios de calidad a la población.

En **COLOMBIA**, nuestras acciones en salud se articulan con las instituciones de salud a través de convenios operativos en todo el territorio nacional y especialmente en las regiones con mayores tasas de prevalencia e incidencia de mortalidad y morbilidad. Esta coordinación mejora y aumenta la calidad de la prestación de los servicios de salud en zonas dispersas con mayores necesidades.

En el departamento de la Guajira desarrollamos un modelo operativo implicando a las personas y comunidades y fortaleciendo a los sistemas a través de la atención en salud con modalidad extramural, coordinado con entes territoriales y la red prestadora de salud (ESES hospitales). El trabajo se centra en gestión del riesgo en salud, apoyo en la adherencia a guías y protocolos de atención, fortalecimiento de la red de “vigías” comunitarios como componente esencial de la estrategia de vigilancia comunitaria, y en el restablecimiento de los servicios de salud. Este modelo de trabajo permite al sistema de salud acceder y mantener asistencia a nivel rural, resultando en una mejora en la capacidad del sistema de prestar servicios cualitativos y anticipando posibles efectos negativos en la salud, que se agudizan por los cambios contextuales generado en las diferentes regiones, como eventos climáticos extremos (sequía-lluvias) y hechos victimizantes por conflicto armado (confinamientos-desplazamientos).

Observamos que las acciones articuladas y el fortalecimiento institucional ha representado una **disminución en tasas de mortalidad**, especialmente en casos de desnutrición, gracias a la búsqueda activa de los equipos extramurales coordinados, evidenciándose en las cifras del último boletín epidemiológico de la Guajira. A la semana epidemiológica 40 de 2024, se reporta disminución de 4,1% de los casos de desnutrición en menores de cinco años frente a los casos reportados para el mismo periodo en 2023. En cuanto a la mortalidad por EDA (Enfermedad Diarreica Aguda) IRA (Infección Respiratoria Aguda) y DNT (Desnutrición), el 2024 registra una disminución de 27% frente a las muertes reportadas en 2023.

A nivel de las comunidades se desarrolló una estrategia con enfoque étnico, favoreciendo mecanismos de adaptación, enfocándose en prevención y promoción de prácticas saludables, y absorción de eventos en clave de salud pública, desde la comunidad, y en apoyo al sistema de salud como la **Vigilancia Basada en Comunidad (VBC)**,

denominada SUPÜLA ANAÑ; fortaleciendo la base comunitaria con formación de líderes y lideresas como “vigías” comunitarios. Esto ha mejorado la fluidez y eficacia de rutas de atención promoviendo una gestión en salud comunitaria. Durante el 2023 y 2024, más de 300 líderes han sido capacitados por nuestros equipos de salud en coordinación con las secretarías de salud en los municipios de Riohacha, Maicao, Uribia y Manaure.

Para el **fortalecimiento institucional** nuestros equipos han formado (en articulación con la institucionalidad) más de 400 profesionales de las secretarías de salud y hospitales de los municipios priorizados, en temas como: AIEPI (Atención integral de enfermedades prevalentes en infancia), Resolución 2.350 de atención integral de la desnutrición, relación entre violencia basada en género y desnutrición, primeros auxilios psicológicos, salud sexual y reproductiva, salud materna y lactancia. Estas capacitaciones garantizan la adherencia a guías y protocolos de atención establecidos, mejorando los indicadores de calidad en salud.

En Centroamérica la mejora de la capacidad de resiliencia implica situar al personal sanitario en el centro de nuestras acciones, apoyándolos y coordinando esfuerzos para garantizar que la atención en las comunidades sea de calidad. En Chiquimula, **GUATEMALA**, hemos formado a 53 consejeros comunitarios, principalmente jóvenes, para impulsar el cambio social y de comportamiento. Además, hemos proporcionado a los puestos de salud, kits de evaluación nutricional y tratamientos para la desnutrición aguda. También hemos trabajado en la mejora del acceso al agua potable en escuelas y centros de salud, incluido el refuerzo de la vigilancia y el control de la calidad del agua por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

En **HONDURAS**, hemos capacitado a 1.600 personas en ocho regiones sanitarias de la Secretaría de Salud (SESAL). Esta formación se basa en la nutrición comunitaria y sigue los protocolos internacionales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Gracias a estas capacitaciones, hemos podido replicar el conocimiento en distintos centros de salud, alcanzando a más de 25.000 personas formadas. También hemos suministrado cintas MUAC y alimentos terapéuticos para niños y niñas evaluados con desnutrición aguda.

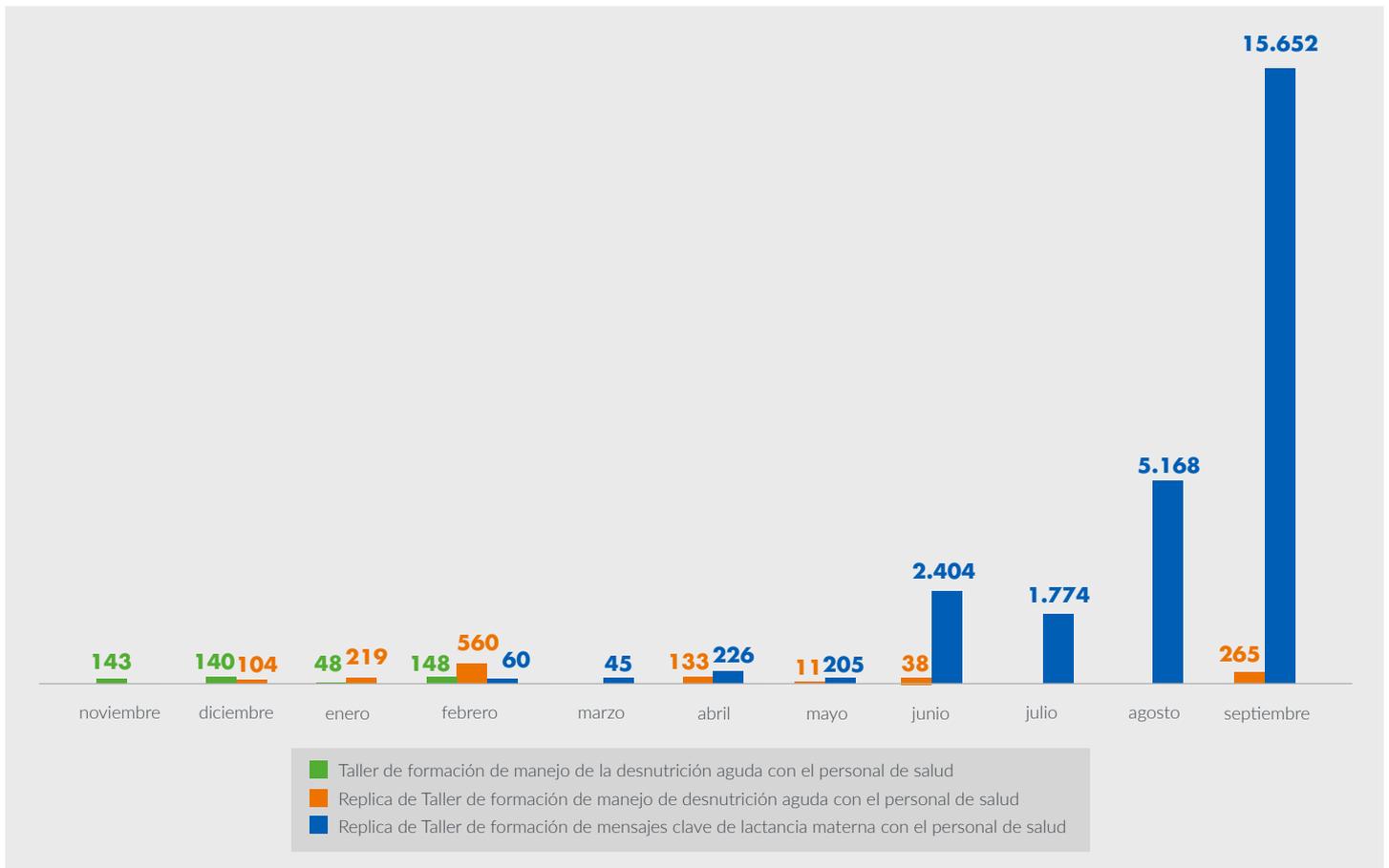


Gráfico 7: Alcance de las actividades de formación a Centros de Salud en Honduras

El proceso de fortalecimiento de capacidades ha permitido evaluar a más de 69.000 niños y niñas hasta el 30 de septiembre. Para reforzar los sistemas de salud locales y mejorar su capacidad, es esencial que cuenten con los insumos y equipos necesarios para atender a la población. Por ello, hemos realizado donaciones de equipos médicos y suministros para atención primaria, así como para la respuesta de emergencia ante el dengue en establecimientos de salud a lo largo de la ruta migratoria, tanto en Guatemala como en Honduras. Estas acciones se han coordinado con las autoridades de los ministerios y secretarías de salud, atendiendo las brechas identificadas por el personal sanitario.

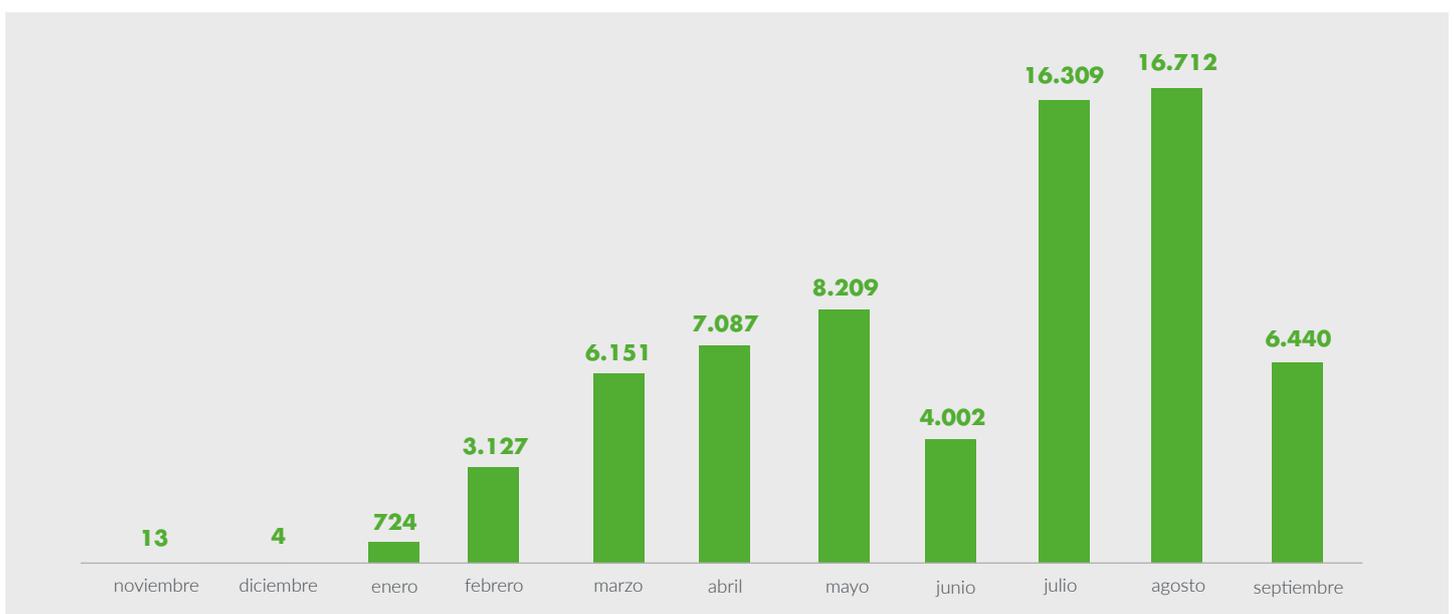


Gráfico 8: Evaluación nutricional a niñas y niños menores de 5 años en ocho departamentos de Honduras



RESULTADO 2

Mejorada la **cobertura de servicios y necesidades básicas en salud** incluidos entre ellos los de nutrición y los relacionados con el agua y el saneamiento. Favorecer un acceso equitativo a servicios de calidad priorizando nuestras poblaciones dianas. Perseguimos el objetivo de una cobertura universal en salud para toda la población.

En **PERÚ**, desde antes de la pandemia, hemos venido atendiendo la situación de salud y nutrición de las personas migrantes que llegan al país. Uno de los disparadores de la migración, después de la inseguridad alimentaria, es la falta de acceso a la salud; por ello, cuando llegan a Perú muchas personas arrastran las secuelas de una atención deficiente antes de su salida.

Como ya hemos mencionado, las personas migrantes necesitan acceder al Seguro Integral de Salud (SIS) y disponer de medios económicos para cubrir las urgencias, pruebas complementarias, tratamientos y la medicación. Para enfrentar esta situación, hemos implementado un esquema de apoyo económico a través de **distribuciones de dinero en efectivo** para la población migrante establecida en Lima Metropolitana, en tránsito y refugiada. Coordinamos con el Ministerio de Salud (MINSa) para analizar los casos de salud graves de migrantes sin SIS y necesidades de atención prioritaria o urgente. Los diagnósticos se agrupan en enfermedades agudas, enfermedades crónicas y discapacidad¹⁹ y se comprueban con diagnósticos nacionales o del extranjero, de especialista de salud. El dinero en efectivo se distribuye mediante transferencias bancarias, tarjetas en puntos de ventas (POS, ej. farmacias y laboratorios) o cheques. También realizamos dos visitas de acompañamiento para evaluar la evolución del caso, la satisfacción de las personas participantes y brindar soporte emocional.

A la fecha el efectivo distribuido fue dedicado en un 52% a atenciones de enfermedades agudas, 42% para enfermedades

crónicas y 6% a discapacidad. Entre los beneficios destacan la obtención de exámenes médicos y diagnósticos para acceder a tratamientos (especialmente para enfermedades crónicas), la reincorporación a actividades laborales o estudios, la reducción del estrés familiar y la compra de equipos para mejorar la calidad de vida de personas con necesidades especiales, como audífonos, sillas de rueda, glucómetros, entre otros.

En el caso de **GUATEMALA y HONDURAS**, en lo que va de año hemos llevado a cabo 13.300 atenciones en salud y nutrición en los principales puntos de tránsito de migrantes. De estas, aproximadamente 8.800 se han enfocado en nutrición, dirigidas a niñas y niños menores de 5 años, así como a mujeres embarazadas y lactantes. Sin embargo, en la frontera de Guatemala, nuestras brigadas móviles están ofreciendo servicios de nutrición a personas de todas las edades. A pesar de nuestros esfuerzos, hemos observado que el porcentaje de niños y niñas con algún grado de desnutrición aguda se mantiene en torno al 3% del total evaluado, con un 7 a 10% en riesgo de desnutrición.

Hasta septiembre, hemos realizado 4.383 consultas médicas, mayormente relacionadas con patologías infecciosas y problemas dermatológicos. De estas consultas, más de 300 han abordado temas de salud sexual y reproductiva, como la prevención del VIH y la atención ginecológica por infecciones vaginales. Hemos trabajado en estrecha colaboración con actores locales en nuestra área de cobertura, lo que ha permitido una respuesta más integral.

¹⁹ Las condiciones de salud observadas abarcan un amplio espectro de enfermedades agudas y crónicas, así como discapacidades. Entre las enfermedades agudas se encuentran infecciones como bronquitis y gastroenteritis, trastornos gastrointestinales como gastritis, trastornos endocrinos y metabólicos como anemia, y problemas genitourinarios como cálculos renales. Las enfermedades crónicas incluyen condiciones respiratorias como asma, enfermedades endocrinas y metabólicas como diabetes e hipotiroidismo, enfermedades cardiovasculares como hipertensión, enfermedades renales como insuficiencia renal, enfermedades neurológicas como epilepsia, y varias formas de cáncer. Además, se observan discapacidades que abarcan problemas sensoriales como hipoacusia neurosensorial severa, discapacidades neurológicas como accidente cerebrovascular, problemas musculoesqueléticos como displasia de cadera, y trastornos del neurodesarrollo como autismo. Esta diversidad de condiciones subraya la complejidad de las necesidades de salud de la población en cuestión.



Adicionalmente, hemos implementado intervenciones en **salud mental**, tanto de manera individual como colectiva. Durante estas intervenciones, hemos identificado principalmente síntomas de ansiedad, estrés agudo y trastorno de estrés postraumático. Estas acciones son fundamentales para atender no solo las necesidades físicas, sino también el bienestar emocional de las personas en nuestras comunidades.

Finalmente, en **COLOMBIA**, durante el 2024, hemos mejorado la cobertura de servicios y necesidades básicas en salud para 10.203 personas (68% mujeres y 32% hombres) a través de nuestras atenciones médicas y nutricionales dirigidas a **mujeres gestantes, lactantes, niños y niñas** que integran la atención de enfermedades prevalentes, el tratamiento de la malnutrición materno-infantil, el fortalecimiento de estrategias comunitarias y acciones de promoción y prevención en salud.

Realizamos de manera complementaria atenciones en salud mental, apoyo psicosocial, consultas en salud sexual y reproductiva, acciones en seguridad alimentaria y en agua, saneamiento e higiene. Centramos nuestras acciones en reducir las brechas de acceso a la salud, especialmente en áreas rurales dispersas y en zonas de frontera, mediante un enfoque que fortalece las capacidades institucionales y comunitarias. Para ello, priorizamos los departamentos de La Guajira, Norte de Santander, Santander y la región del Darién, los cuales presentan limitaciones de acceso por cuenta de factores como el conflicto armado, las crisis por flujos migratorios, corrupción, limitada capacidad de acceso para la atención por parte de las instituciones y necesidades estructurales.

Finalmente, es interesante mencionar que en la primera evaluación de impacto que hemos realizado en el programa ADN Dignidad²⁰ (a través del cual se ha apoyado a más de 371.000 personas con transferencias monetarias), encontramos un impacto indirecto en la salud. Aunque la evaluación²¹ no midió directamente el impacto en el acceso a servicios de salud, el aumento en los ingresos y la reducción de la inseguridad alimentaria podrían tener implicaciones positivas indirectas en la salud de las personas participantes.

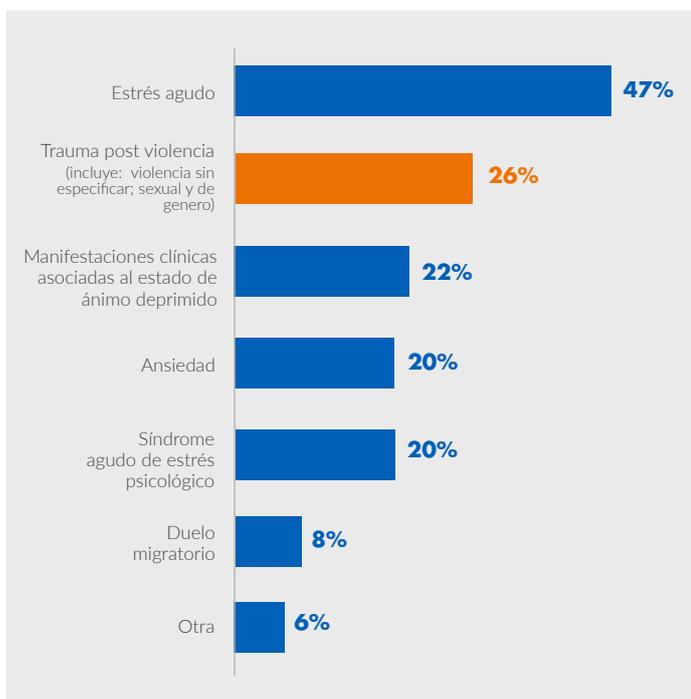


Gráfico 9: Principales diagnósticos de salud mental (Honduras)

²⁰ <https://www.adndignidad.co/>

²¹ <https://3ieimpact.org/sites/default/files/2023-05/IE137-HCT-ADN-program-Colombia.pdf>



RESULTADO 4

Mejorada la **implicación, participación y liderazgo de la comunidad y los individuos** en la toma de decisiones en salud. La comunidad mejor organizada se podrá implicar en la demanda y en la provisión de servicios adaptados a sus necesidades y realidades.

En **PERÚ** hemos trabajado históricamente en salud con intervenciones fuertemente basadas en la comunidad, como es el caso de las **zonas rurales** de Ayacucho. Allí los sistemas de salud se vieron fortalecidos con agentes comunitarios y el apoyo para el diseño de planes y programas con las autoridades locales. Así, en forma coordinada entre el personal, la comunidad, los líderes y autoridades locales se logró mejorar notablemente la cobertura y calidad de la atención primaria en comunidades muy alejadas, en zonas de sierra con condiciones de mucha pobreza y climas extremos. Las intervenciones que facilitamos obtuvieron resultados de mucho impacto, como la fuerte reducción de los casos de la anemia en niños/as menores de 5 años²², el incremento de la cobertura de atención de programas orientados al binomio madre-niño/a, grandes mejoras en la calidad de la atención del personal de salud considerando metodologías comunicacionales innovadoras y digitales, con enfoque de interculturalidad. Sin embargo, el logro más reconocido por las comunidades y el sistema fue el haber dejado comunidades organizadas alrededor de sus propios Agentes Comunitarios de Salud, los que fueron formados para la promoción y seguimiento a los programas de salud primaria. Hemos realizado evaluaciones recientes que muestran que los agentes comunitarios formados se mantienen activos, son parte del sistema de salud local e implementan de forma efectiva estrategias de promoción de salud preventiva integral en gestantes, niños y niñas menores de 5 años, con pertinencia cultural, y apoyados por el personal de salud que ahora cuenta con mejores competencias técnicas y metodológicas para ello.

En varios territorios de **CENTROAMÉRICA**, hemos podido mejorar el estado nutricional y las oportunidades de desarrollo de las personas involucrando a la comunidad y a los/las **jóvenes** en acciones de cambio social y de comportamiento, con el objetivo no solo de mejorar la salud y la nutrición, sino también empoderar a las personas para que se conviertan en agentes de cambio en sus propias comunidades. Además, contamos con un programa de desarrollo de capacidades para jóvenes, que abarca capacitación técnica y educación financiera para mejorar su toma de decisiones y sus ingresos.

Nuestras actividades incluyen mejorar las prácticas de nutrición y salud de padres y madres indígenas, apoyar la formación y habilidades ocupacionales de los/las jóvenes, y fomentar comportamientos saludables en las comunidades. Además, hemos proporcionado asistencia técnica para la implementación de acciones de cambio social y gobernabilidad a nivel municipal y departamental, con el objetivo de **capacitar autoridades y técnicos de instituciones locales y nacionales**. Hemos logrado fortalecer comunidades a través de la formación de agentes de cambio, con la meta de capacitar voluntarios comunitarios en la prevención e identificación de casos de desnutrición aguda. Este enfoque holístico no solo aborda las necesidades inmediatas, sino que también sienta las bases para un desarrollo sostenible y una mejora continua en la calidad de vida de las comunidades.

²² En algunos casos reducción de la incidencia de un 50% a 0%.



RESPUESTA A EMERGENCIAS

La respuesta a las emergencias es parte fundamental de nuestro trabajo. En el caso de la respuesta en salud, la crisis por el incremento de casos de dengue ha sido la prioridad en lo que va de año.

En mayo, el Gobierno Central de **HONDURAS** declaró una emergencia por dengue en el país y nosotros, como miembro activo de la Red Humanitaria de País (RHP) y del Clúster de Salud, hemos activado nuestra respuesta en la segunda semana de julio. Nuestro objetivo fue apoyar la respuesta y establecer coordinación con las instituciones gubernamentales, especialmente con la Secretaría de Salud (SESAL), teniendo en cuenta la alta incidencia y prevalencia de casos. La coordinación con las autoridades sanitarias nos permitió enfocar nuestras actividades en las áreas más afectadas por el dengue. Realizamos talleres de capacitación sobre prevención y manejo de dengue para 159 personas de la Región Sanitaria de **Cortés**, y proporcionamos instrumental médico a centros de salud en esta región y en el Distrito Central de **Francisco Morazán**, alcanzando aproximadamente a 850.000 personas. Además, apoyamos las acciones de control y erradicación del dengue a nivel comunitario, facilitando vehículos para las jornadas de fumigación.



Gráfico 10: Alcances a nivel formativo en respuesta a Dengue

En este contexto, entregamos kits de higiene a más de 14.000 familias en los dos departamentos, para que pudieran preparar una mezcla llamada “*untadita*”, destinada a prevenir el crecimiento de larvas del mosquito “*Aedes aegypti*”, responsable de transmitir el Dengue. La participación de líderes comunitarios en actividades de limpieza, eliminación de residuos sólidos y eliminación de criaderos tuvo un efecto multiplicador, alcanzando a más de 129.000 personas.



Gráfico 11: Alcances a población en respuesta a Dengue

Es crucial mencionar que, durante el estado de emergencia, la difusión de **mensajes de comunicación** fue fundamental. Por ello, apoyamos a los centros de salud con materiales comunicacionales y spots radiales a nivel nacional.

En **PERÚ**, en el marco de la emergencia por inundaciones por el Fenómeno del Niño 2023 - 2024, hemos brindado apoyo a las personas afectadas en coordinación con los establecimientos de salud, en las regiones de **Piura** y **Lambayeque**. A través de esta respuesta se desarrolló una estrategia de atención nutricional dirigida a la población más vulnerable de niñas y niños menores de 5 años, mujeres gestantes y lactantes en situación de desnutrición aguda, incluyendo el tratamiento con suplementos nutricionales terapéuticos y atención médica. Al mismo tiempo, se impulsó la detección temprana de casos en riesgo mediante el acompañamiento a nivel comunitario, a través de organizaciones y de espacios que surgieron con la emergencia, algunos de ellos muy importantes y estratégicos como los **comedores populares y las ollas comunes**. Considerando que las inundaciones y el clima local favorecían las condiciones para el desarrollo de vectores, en particular del mosquito transmisor del dengue, se trabajó en la sensibilización y capacitación a nivel de hogares para la identificación y eliminación de sus criaderos. Igualmente, se apoyaron las campañas de vacunación, tanto con acciones de comunicación, como logística y la implementación de brigadas. Para extender y dar sostenibilidad a este tipo de campañas, apropiándolas y haciéndolas permanentes, hemos trabajado en la capacitación de los agentes de salud del sistema público y la conformación y formación de agentes comunitarios.

PRIORIDADES PARA EL PRÓXIMO PERIODO

Considerando los análisis que hemos realizado y las necesidades que hemos encontrado, desde Acción contra el Hambre queremos seguir aliviando el sufrimiento de la población y reducir las desigualdades en el acceso a la salud. En todos los países, además de la respuesta a emergencias/epidemias, vamos a trabajar en el nivel de **Atención Primaria en Salud**, incorporando el componente comunitario y priorizando los siguientes servicios:

- Salud Sexual y Reproductiva
- Nutrición
- Salud mental y Apoyo Psicosocial
- Salud Materno Infantil
- Agua, saneamiento e higiene

ZONAS GEOGRÁFICAS PRIORITARIAS



INDEX OF PRIORITY POPULATION GROUPS

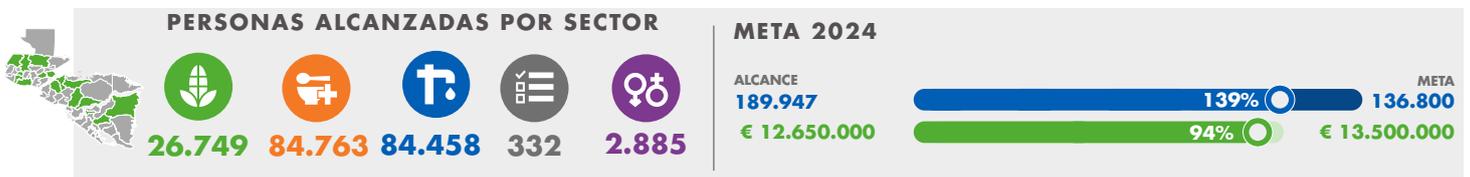
- Población en movilidad en zonas fronterizas.
- Población migrante y refugiada.
- Población afectada por el conflicto armado.
- Población rural.
- Población urbana y periurbana.
- Población indígena.
- Niños, niñas y adolescentes.
- Niños/as de 0 a 5 años.
- Mujeres, incluidas mujeres embarazadas y lactantes.
- Mujeres y madres adolescentes.
- Personas adultas mayores.
- Personas con discapacidad.



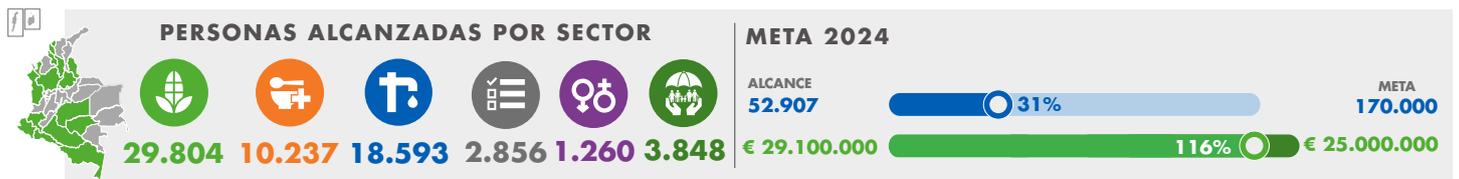
ALCANCE REGIONAL



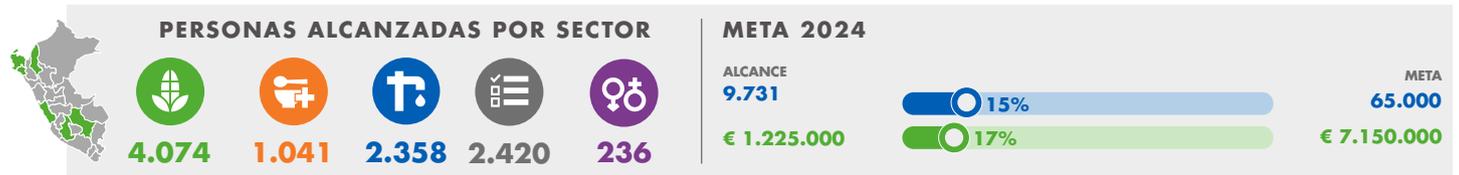
CENTROAMÉRICA



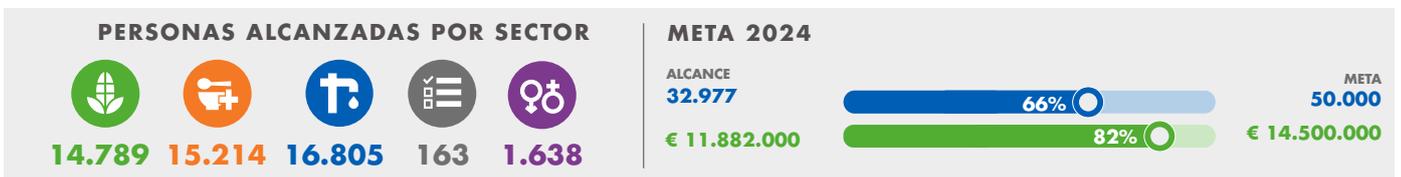
COLOMBIA



PERÚ



OTROS PAÍSES





ALIADOS ESTRATÉGICOS



Unión Europea
Protección Civil y
Ayuda Humanitaria



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA



Suecia
Sverige



In partnership with

Canada



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Agencia Suiza para el Desarrollo
y la Cooperación COSUDE



**Cooperación
Española**



**Programa
Mundial de
Alimentos**



unicef
para cada infancia



OIM
ONU MIGRACIÓN



**UN
DP**



BID
Banco Interamericano
de Desarrollo



**Gobierno de Navarra
Nafarroako Gobernua**



**EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO**

**COUNTERPART
INTERNATIONAL**



Fundación "la Caixa"
Work4Progress

START FUND
START NETWORK



**XUNTA
DE GALICIA**



**Pathy Family
Foundation**

alicorp

CREATIVE



DESCUBRE MÁS:

CENTROAMÉRICA: www.accioncontraelhambre.org.gt
PERÚ: www.accioncontraelhambre.pe
COLOMBIA: www.accioncontraelhambre.co
REGIONAL: www.accioncontraelhambrelatinoamerica.org



**ACCIÓN
CONTRA EL
HAMBRE**