

Serie de documentos de análisis

¡CONTAMOS!

Boletín No. 4

Protegiendo la nueva cosecha

Un análisis del costo de erradicar
el hambre en Guatemala, 2012-2021



Créditos

Coordinación

Jonathan Menkos Zeissig – Economista *senior*, Icefi

Investigación y redacción

Alejandra Contreras de Álvarez – Economista investigadora, Icefi

Enrique Maldonado – Economista investigador, Icefi

Gustavo Estrada – Experto en salud y nutrición, Icefi

Mark Peñate – Asistente de investigación, Icefi

Supervisión

Iván Yerovi, Representante Adjunto, Unicef

Julián Duarte, Especialista en Monitoreo y Evaluación, Unicef

Aridane Hernández, Consultor en Monitoreo y Evaluación, Unicef

Producción y supervisión

Adelma Bercián – Coordinadora de Comunicación, Icefi

Francis Urbina – Asistente de Comunicación, Icefi

Lilian Lima – Asistente de Comunicación, Icefi

Parisa Nabili – Especialista en Comunicación, Unicef

Colaboraron también

María Claudia Santizo – Oficial de Nutrición, Unicef

Ramiro Quezada – Especialista en Salud y Nutrición, Unicef

Elizabeth Bak – Oficial de Derechos Humanos, Oacnudh

Carolina Siu – Directora, Incap

Fotografía de portada

Anthony Asael

Diseño y Diagramación

Comunicación Ilimitada

Edición

Isabel Aguilar Umaña

Administración

Cristina Dubón – Coordinadora Administrativa y Financiera, Icefi

Guatemala, septiembre de 2011



Se permite la reproducción total o parcial de este documento siempre y cuando se cite la fuente. Cualquier comentario es bienvenido a las direcciones electrónicas comunicación@icefi.org, info@icefi.org. Puede descargar la versión electrónica en www.unicef.org y en www.icefi.org.

PRESENTACIÓN

*-¿Cuándo tendrá que ser la siembra
y el amancecer?
¿Quiénes serán los proveedores,
los cuidadores?
¡Qué se haga realidad!*

*Popol Wuj
(traducción de Sam Colop)*

La desnutrición crónica que padecen un millón trescientos mil niñas y niños guatemaltecos menores de cinco años constituye un problema trascendental para todo el país. Padecer hambre de manera cotidiana durante los primeros cinco años de vida provoca la reducción del desarrollo intelectual y de las capacidades cognitivas de las personas, limitando sus posibilidades de desarrollar una vida plena y una participación social y económica beneficiosa para el conjunto de la sociedad.

Guatemala es el primer país de América Latina y El Caribe y el sexto a nivel mundial con mayor porcentaje de niños desnutridos menores de cinco años y el hambre es el reflejo de las grandes desigualdades e inequidades que se dan en el país. La desnutrición crónica no solo es resultado de los altos niveles de pobreza sino también de la exclusión en el acceso a los servicios de educación, salud y protección social, del limitado acceso a agua segura y de la poca responsabilidad en el manejo de desechos. Durante 2010, el hambre mató a más personas que la violencia en uno de los países con más homicidios del mundo.

Ante estas realidades, el Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (Icefi) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) han querido profundizar en este flagelo y proponer para el debate político, económico y ético de toda la sociedad no solo el camino para su erradicación en los próximos diez años, sino los costos y los mecanismos de financiamiento que podrían emplearse.

El objetivo de este documento, “Protegiendo la nueva cosecha”, ha sido establecer, de manera clara y cuantificable en el tiempo, las medidas integrales de corto, mediano y largo plazo, que coordinadas a nivel nacional y municipal, y evaluadas periódica y objetivamente, permitirán disminuir los graves indicadores de desnutrición entre 2012 y 2021, poniendo especial atención en los 125 municipios con los mayores indicadores de vulnerabilidad.

No hay excusas que justifiquen, a ninguna sociedad, estar de brazos cruzados ante el hambre y la muerte que ésta causa en la niñez. Este documento es un aporte a Guatemala pero, sobre todo, una propuesta para consolidar y darle integralidad a las intervenciones para erradicar el hambre infantil. El mismo recoge las políticas, planes y programas existentes que han demostrado ser eficientes en el combate a la desnutrición, los cuales se han ajustado a las condiciones políticas, institucionales, culturales y económicas actuales para lograr la integralidad necesaria.

Las trece intervenciones planteadas cuentan con una descripción de los beneficiarios, las metas a alcanzar y un presupuesto asignado anualmente, junto con las fuentes de financiamiento recomendadas. Asimismo, dentro del marco legal actual, se asignan las responsabilidades a las instituciones públicas que les compete llevar a cabo la lucha contra el hambre para alcanzar el éxito de cada intervención.

El proceso electoral y el fervor y la esperanza de la ciudadanía por la vida en democracia hacen preciso reafirmar que la construcción de ésta no solo exige la asistencia a las urnas cada cuatro años. La democracia se nutre también de escuelas, centros de salud y las demás políticas públicas que permitan garantizar el bienestar de todos sus ciudadanos, en especial de aquellos que continúan estando en desventaja o mayor vulnerabilidad por factores económicos, culturales, territoriales o de género. El hambre y sus efectos nocivos deben tomarse como una de las peores violaciones a los principios sobre los que se sustenta la humanidad del siglo XXI.

La iniciativa Te Toca, una campaña de abogacía y movilización social cuyo fin es elevar al debate nacional la problemática sobre la violencia, la impunidad y la desnutrición en la que transcurre la vida de millones de niñas, niños y adolescentes guatemaltecos, ha abonado a la difusión masiva de las conclusiones y recomendaciones de esta investigación. Y hoy, junto con la entrega de este documento, le invitamos a comprometerse con todos los niños y las niñas, es decir, las semillas de Guatemala, para que germinen en proyectos de vida plenos y para que en el futuro, esta cosecha nutra el desarrollo y la democracia del país.

Hoy, desde su espacio en la sociedad guatemalteca, a usted le toca unirse a este llamado para que todos y cada uno de los políticos, empresarios, trabajadores y demás ciudadanos, encontremos prontamente los acuerdos que permitan a Guatemala avanzar en una reforma fiscal integral que incremente los recursos del Estado para garantizar la lucha contra la desnutrición, que mejore la transparencia de los ingresos y del gasto, que persiga al delincuente tributario y que sienta las bases para la evaluación permanente de la efectividad de las políticas públicas.

¡Qué se haga realidad!

Adriano González-Regueral
Representante de Unicef en Guatemala

Hugo Noé Pino
Director Ejecutivo Icefi



©UNICEF/Anthony Asael

ÍNDICE

I. Introducción	6
II. La alimentación, un derecho de todas y todos	10
III. ¿Qué tanta hambre padece la niñez guatemalteca?	17
3.1 Población infantil, la más vulnerable: ¿cuántos son, dónde están, cómo viven?	18
3.2 ¿Cuál es la dimensión y trascendencia de la desnutrición infantil?	23
3.3 Midiendo el riesgo para la inseguridad alimentaria y nutricional	29
IV. ¿Qué causas hay detrás de la inseguridad alimentaria en Guatemala?	35
4.1 Un modelo para analizar las causas del hambre en Guatemala	36
4.2 ¿Cuál es la situación de los niños y niñas frente a las causas y determinantes de la desnutrición?	40
V. ¿Cuánto invertimos en la erradicación del hambre en Guatemala?	42
5.1 ¿Cuánto perdemos por no erradicar el hambre?	46
VI. ¿Qué intervenciones se necesitan para erradicar la desnutrición?	49
6.1 La experiencia internacional	51
6.2 ¿Cómo erradicar el hambre?: una propuesta para Guatemala	54
6.3 ¿Cuál es el impacto de las medidas implementadas?	70
6.4 ¿Cuánto cuesta proteger la nueva cosecha?	71
6.5 ¿Cómo financiar los costos de las intervenciones?	72
VII. Conclusiones y recomendaciones	76
VIII. Siglario	78
IX. Referencias bibliográficas	80
X. Anexos	84



INTRODUCCIÓN



©UNICEF/Rolando Chew

Guatemala es uno de los países más desiguales del mundo; un ejemplo de ello es que la mitad de los niños y niñas de entre cero y cinco años de edad —alrededor de un millón trescientos mil seres humanos— padece desnutrición. Guatemala es el país de América Latina y el Caribe con mayor desnutrición y el sexto a nivel mundial. Pero el promedio nacional de desnutrición crónica (49.8%) oculta aún mayores desigualdades; por ejemplo, el porcentaje de niñas y niños indígenas desnutridos (65.9%) es superior a lo observado en el país con mayor desnutrición del mundo (Afganistán, 59%).

La desnutrición crónica infantil, que se refiere al retardo del crecimiento en niñas y niños menores de cinco años de edad, es una manifestación de los grandes problemas de Guatemala para garantizar la vida de su población desde el inicio de ésta. El impacto de la desnutrición sobre el desarrollo infantil representa una cadena perpetua no sólo para este grupo de población, sino para todo el país.

La desnutrición limita las posibilidades de romper el círculo de la pobreza por sus efectos adversos en la salud, la educación y los ingresos futuros de quien la padece. Si el cerebro de estos niños y niñas no se desarrolla de la manera debida antes de los tres años de edad, por la carencia de una alimentación adecuada, no alcanzarán a cabalidad sus facultades físicas y emocionales y verán limitadas las posibilidades futuras de desarrollar un proyecto de vida pleno, así como una participación social y económica beneficiosa para el conjunto de la sociedad. En la actualidad, las pérdidas ocasionadas por el hambre hacen que Guatemala pierda diariamente 66 millones de quetzales.

Utilizando la información de la *Encuesta de salud materno infantil 2008/2009* se puede advertir que la probabilidad de que una niña o niño menor de cinco años padezca desnutrición aumenta de manera significativa ante tres fenómenos. Primero y de manera estructural, el rezago en el desarrollo rural. La falta de respuestas al problema de la tierra, la exigua modernización de la producción agropecuaria, la carencia de oportunidades de empleo y de ingresos suficientes para el bienestar familiar explican las grandes diferencias entre la desnutrición observada en poblaciones urbanas y rurales, en detrimento de estas últimas.

Segundo, la baja cobertura y la poca pertinencia cultural de los servicios de salud. No es de extrañar que sea la niñez rural e indígena la que padece con mayor fuerza el flagelo de la desnutrición. En buena medida, esto es resultado de la menor cobertura que las familias, en especial las madres, han tenido en cuanto a servicios de salud que permitan garantizar tanto el control pre y post natal como una atención profesional del parto y un manejo integral de su salud sexual y reproductiva a lo largo de la vida.

Tercero, en los hogares en donde se carece de acceso a agua segura, no hay drenajes o la basura no es tratada de manera adecuada, la niñez tiene una alta probabilidad de padecer desnutrición como resultado de un incremento sustancial de enfermedades respiratorias y diarreicas. Es importante reconocer los avances que en los últimos años se han dado para superar estas

diferencias entre la población urbana y rural, así como para comenzar a mitigar las exclusiones en el acceso a los servicios públicos de importantes grupos de población indígena. Sin embargo, los desafíos continúan siendo de gran envergadura y será necesario proponer medidas mucho más ambiciosas si se pretende disminuir los niveles de desnutrición.

En el ámbito económico, el fortalecimiento de mecanismos de transferencias condicionadas en efectivo y de programas de acceso a microcréditos y asistencia técnica, junto con respuestas a los problemas de la tierra que estén basadas en el respeto a los derechos humanos, permitirán generar mayores oportunidades para aumentar los recursos monetarios de los hogares, con el fin de que se posibilite el acceso a una adecuada alimentación en todos ellos.

Sabemos muy bien que durante los primeros cinco años de vida la infancia tiene el mismo potencial de crecimiento en todos los lugares del mundo. Para alcanzar dicho potencial, los esfuerzos deben ser familiares, comunitarios y, sobre todo, sociales por medio del Estado, que debe asegurar una inversión oportuna, eficaz y priorizada en los lugares donde vive la población más vulnerable.

El mayor desafío para la democracia y el desarrollo es que cada uno de los cuatrocientos mil niños y niñas que nacen anualmente y los dos y medio millones de niños menores de cinco años estén protegidos frente al hambre. En ese sentido, incidir sobre el retardo en el crecimiento y, más aún, garantizar anticipadamente la protección frente a la desnutrición son procesos complejos que demandan medidas ejecutadas de manera coordinada y en la misma temporalidad sobre varios factores.

La mejora en la alimentación de los niños y niñas debe estar acompañada de procesos periódicos de inmunización y desparasitación, así como de promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses. Asimismo, se requiere intervenir sobre los bajos ingresos del hogar y las pocas oportunidades de empleo, la falta de cobertura y calidad de los servicios de salud, la educación y protección social, el bajo acceso a agua segura y el manejo inadecuado de desechos. Todo esto bajo un liderazgo integrador que permita generar información oportuna y confiable para tomar decisiones, evaluar y afinar las intervenciones implementadas.

Las intervenciones propuestas en este estudio pretenden actuar en el ámbito económico y ambiental, en la protección social, en la salud, en la educación y en la gestión de las políticas públicas. Muchas de las medidas identificadas responden a esfuerzos que existen en la actualidad pero que no actúan en conjunto; de ahí que se pretenda un ordenamiento territorial y una mayor sincronización que les permita ser lo más efectivas posible. A pesar de que algunas intervenciones tienen un carácter universal, entre 2012 y 2021, en todas se pretende dar prioridad a los ciento veinticinco municipios identificados con los más altos niveles de pobreza extrema. En estos lugares, la desnutrición crónica afecta, en promedio, al 61.1% de los niños y niñas menores de cinco años.

Estas intervenciones planificadas en seis esferas, que se describen a continuación, para ejecutarse entre 2012 y 2021, darán como resultado una disminución importante de los niveles de desnutrición, permitiendo el cumplimiento de las metas trazadas en la *Estrategia nacional para la reducción de la desnutrición crónica 2006-2016 (Enredc)*, cuya meta es reducir la desnutrición anualmente entre un 1.2 (2007) y un 3.3% (2016). Las intervenciones puestas en marcha de manera integral en los próximos diez años permitirán en 2021 disminuir la desnutrición crónica en los ciento veinticinco municipios priorizados, pasando de 61.1% a entre 44.1 y 38.0%.

- 1. Un sistema de salud para garantizar la nutrición.** Se debe garantizar la cobertura universal de micronutrientes e inmunizaciones, tanto para los niños de cero a cuatro años, como para mujeres en estado de gestación. Adicionalmente, se pretende implementar un sistema de información que permita controlar el estado de la madre, así como el peso y talla de las y los niños. En este sentido, la propuesta pretende adicionar a la condicionalidad actual sobre salud del Programa «Mi Familia Progres» (Mifapro), relacionada solo con la visita al centro o puesto de salud, el requisito de control sobre la talla y peso de los niños menores de cinco años beneficiarios del referido Programa. Por medio del sistema de información se alertará sobre niños y niñas que padezcan desnutrición crónica desde el nacimiento a los dos años y para los niños y niñas de seis meses a dos años que padezcan desnutrición crónica se ha diseñado el programa de alimentación complementaria.

En cuanto a la educación para la salud, se pretende, a nivel comunitario, estandarizar un programa que brinde atención para la prevención y promoción de la salud, con énfasis en salud infantil. Dicho programa incluye, entre otros, la promoción de la lactancia materna exclusiva y la lactancia materna extendida hasta los dos años, prácticas alimenticias, hábitos higiénicos y salud sexual y reproductiva.

- 2. La protección social como pieza clave para la protección de los menores de cuatro años.** Por medio del fortalecimiento y aumento de la cobertura de los Hogares Comunitarios se pretende tanto garantizar el 80% de la alimentación necesaria para los niños de entre seis meses y cuatro años de edad, provenientes de hogares en situación de pobreza extrema, como promover su estimulación temprana. Se pretende que este programa, en 2021, llegue a cubrir los ciento veinticinco municipios identificados con las mayores tasas de pobreza extrema.
- 3. El sistema escolar, como continuación de la protección y equiparador de oportunidades.** Se pretende que las niñas y niños que participen en los Hogares Comunitarios se incorporen a la escuela preprimaria en el momento oportuno. Se espera continuar garantizando, desde la escuela, la provisión de alimentos y la oportunidad de comenzar con igualdad el camino. De esa manera, se busca la generación de ciudadanos con proyectos de vida sin limitaciones.
- 4. Inversión en agua y saneamiento para prevenir enfermedades.** En este ámbito, se espera lograr una cobertura del 100% de hogares con acceso a agua potable, dando prioridad al mejoramiento de la cobertura de hogares en pobreza extrema ubicados en los ciento veinticinco municipios priorizados.
- 5. Microcréditos para nuevas oportunidades de ingreso familiar.** Se pretende implementar un programa de microcréditos y asistencia técnica cuyos beneficiarios serán los padres con hijos en Hogares Comunitarios. El objetivo es que, al garantizar la protección de las y los niños, se cuente con más tiempo para que los padres puedan mejorar sus ingresos. La asistencia técnica permitirá reconocer las oportunidades de emprendimiento y dará seguimiento y evaluación a los resultados alcanzados.
- 6. Gestión, evaluación y seguimiento: la clave del éxito.** Una buena parte del éxito de las medidas propuestas tiene relación directa con una mejora en la gestión de las políticas. Se requiere implementar un sistema para la generación de información, el monitoreo y la evaluación de las políticas públicas. En ese sentido, el liderazgo de la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Sesan) jugará un papel determinante para la consecución de los objetivos de todas las instituciones y ministerios involucrados en la lucha contra la desnutrición.

Si se desea lograr los efectos esperados a partir de las intervenciones, será necesario, por un lado, revisar los rubros de seguridad alimentaria en los que el Estado gasta actualmente alrededor de Q 4,500.00 millones. Asimismo, se deberá destinar recursos para mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de salud; implementar de manera rápida el programa de Hogares Comunitarios; avanzar en los programas de agua potable y saneamiento ambiental; mejorar el presupuesto para alimentación escolar y establecer un programa de microcréditos para las familias beneficiarias de dichas intervenciones. Las propuestas de intervención requerirán de entre Q 1,193.4 millones en 2012, lo que representará cerca del 0.3% del PIB, hasta Q 13,743.8 millones en 2021, es decir, aproximadamente un 1.75% del PIB.

El presente ejercicio revela muchas formas de movilizar recursos para el financiamiento de la lucha contra la desnutrición. Sin embargo, las estimaciones técnicas no son suficientes para generar cambios en materia política. Es urgente que las y los ciudadanos de Guatemala se comprometan con la impostergable necesidad de enfrentar el hambre que padece la población, especialmente la niñez entre cero y cinco años. Para que el Estado actúe, la sociedad debe demandar con la fuerza de su voto, aún más en periodo electoral, que el próximo presidente de la República de Guatemala haga de la lucha contra la desnutrición la bandera de un país menos desigual. Para lo mismo, la sociedad debe continuar con su demanda durante toda la legislatura.



LA ALIMENTACIÓN, UN DERECHO
DE TODAS Y TODOS

2

LA ALIMENTACIÓN, UN DERECHO DE TODAS Y TODOS



©UNICEF/Claudio Versiani

En diciembre de 1948 se promulgó la *Declaración Universal de Derechos Humanos* por parte de la Asamblea General de las Naciones Unidas. En este instrumento fue reconocido el derecho a la alimentación mediante el artículo 25.1, en el que se indica que «[...] toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud, el bienestar, y en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios». Este derecho fue posteriormente desarrollado de forma exhaustiva en el *Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pidesc)*, en el párrafo 1 del artículo 11: «[...] Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia». Asimismo, en el párrafo 2 del artículo 11 se reconoce «[...] el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre».

El derecho a una alimentación adecuada es de importancia fundamental para el disfrute de todos los derechos. La importancia radica en que vincula indisolublemente el derecho a la alimentación con otros derechos humanos, a saber, el derecho a la educación, la salud, la vivienda, las condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias y la protección a la familia, entre otros derechos, de manera que los esfuerzos para la garantía de un derecho deben hacerse en todos estos ámbitos de manera simultánea. Es decir, los Estados

deben asegurar los principios de indivisibilidad e interdependencia de todos los derechos humanos, así como el principio de universalidad y de no discriminación.

El Pacto es un tratado internacional de derechos humanos jurídicamente vinculante para Guatemala, no solo por haberlo ratificado, sino porque ha sido incorporado mediante Decreto del Congreso número 69-87, del 30 de septiembre de 1987. El artículo 46 de la *Constitución Política de la República de Guatemala* establece que «[...] los tratados y convenciones aceptados y ratificados por Guatemala, tienen preeminencia sobre el derecho interno». Esto obliga al Estado de Guatemala a adoptar medidas (incluyendo medidas legislativas y financieras), hasta el máximo de los recursos de que disponga y por todos los medios apropiados, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos enumerados en el *Pacto* (artículo 2.1), entre ellos, el derecho a la alimentación.

Por otra parte, a partir de 1989 la *Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)*¹ constituye el principal tratado internacional de derechos humanos que protege y promueve específicamente los derechos de la niñez, incluido su derecho a la alimentación. El artículo 27 reconoce «[...] el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social».

El artículo 24 estipula que los Estados Partes deberán adoptar las medidas apropiadas para «[...] combatir las enfermedades y

¹ Guatemala también ha ratificado la CDN, la cual fue aprobada por el Congreso mediante Decreto 27-1990. Por ende, crea para el Estado obligaciones jurídicas vinculantes para hacer efectivos los derechos contenidos en ella. A su vez, la *Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia (LPINA)* incorporó a la legislación nacional los derechos de la niñez a la alimentación (artículos 4 y 54.c), conforme al derecho internacional recogido en la citada *Convención*.

Accesibilidad, disponibilidad, adecuación, aceptabilidad y sostenibilidad: condiciones básicas para el ejercicio del derecho a la alimentación

Según el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la alimentación, el derecho a la alimentación es «El derecho a tener acceso, de manera regular, permanente y libre, sea directamente, sea mediante compra en dinero, a una alimentación cuantitativa y cualitativamente adecuada y suficiente, que corresponda a las tradiciones culturales de la población a que pertenece el consumidor y que garantice una vida psíquica y física, individual y colectiva, libre de angustias, satisfactoria y digna.» (A/HRC/4/30). El ejercicio pleno del derecho a la alimentación requiere contar con acceso, disponibilidad, adecuación y sostenibilidad.

La accesibilidad comprende la accesibilidad física y económica a los alimentos. La primera de ellas implica que la alimentación adecuada debe ser accesible a todos, incluidos los individuos físicamente vulnerables. También conlleva prestar especial atención a los grupos más pobres, marginados y con menor acceso a la tierra, especialmente los pueblos indígenas, así como a los que viven en zonas propensas a desastres y a otros grupos particularmente desfavorecidos. La accesibilidad económica implica que los costos asociados con la adquisición de los alimentos necesarios para un régimen de alimentación adecuado no pongan en peligro la satisfacción de otras necesidades básicas. La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) resalta la importancia de la estabilidad alimenticia, refiriéndose a la necesidad de que los individuos o los hogares tengan acce-

so a alimentos adecuados en todo momento. De esta manera, ni eventos esporádicos (como una crisis económica o un desastre natural), ni eventos cíclicos (como los producidos por los efectos de las estaciones del año) debieran poner en riesgo la seguridad alimentaria.

La disponibilidad se refiere a las posibilidades que tiene el individuo de alimentarse ya sea directamente, explotando la tierra productiva y otras fuentes naturales de alimentos, o mediante sistemas de distribución, elaboración y comercialización que funcionen de manera adecuada y que puedan trasladar los alimentos desde el lugar de producción a donde sea necesario, según la demanda. Debe asegurarse la disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad suficientes para satisfacer las necesidades de los individuos, sin sustancias nocivas, así como su aceptabilidad o pertinencia en una cultura determinada, tomando en cuenta los valores que se asocian con los alimentos y su consumo. La sostenibilidad entraña la posibilidad de acceso a los alimentos por parte de las generaciones presentes y futuras.

La seguridad alimentaria implica también el aprovechamiento y la utilización de los alimentos mediante una dieta adecuada, agua limpia, servicios de saneamiento y cuidado de la salud que permitan un estado nutricional deseable. Todo ello resalta la relevancia de elementos no alimenticios con respecto al derecho a la alimentación.

Fuente: Icefi/Unicef, con base en CDESC (1999) y FAO (2006) y (2007).

la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente».

El artículo 6 dispone que «1. Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida; 2. Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño». Asimismo, señala que «Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano entre cero y diecisiete años de edad cumplidos.» (Artículo 18). De esta manera, este grupo pasa de ser objeto de caridad, a ser sujeto de derechos ya que, a partir de este momento, puede demandar

sus derechos ante el Estado, quien tiene la responsabilidad de garantizarlos.

En 1996 se realizó en Roma, Italia, la Cumbre Mundial sobre la Alimentación, en la cual se conceptualizó la seguridad alimentaria y nutricional «[...] a nivel de individuo, hogar, nación y global [...]», indicándose que ésta «[...]se consigue cuando todas las personas, en todo momento, tienen acceso físico y económico a suficiente alimento, seguro y nutritivo, para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias, con el objeto de llevar una vida activa y sana». Cabe aclarar que la *seguridad alimentaria* es una condición previa del ejercicio pleno del derecho a la alimentación. No obstante, el propio concepto de seguridad alimentaria no es un concepto jurídico en sí mismo, no impone obligaciones a los interesados ni les otorga

Instituciones corresponsables de la ejecución, apoyo y seguimiento de la Estrategia de Seguridad Alimentaria y Nutricional, según el *Plan Estratégico de Seguridad Alimentaria y Nutricional, 2009-2012*

EJECUCIÓN

Maga: sus actividades están dirigidas a garantizar la producción de granos básicos y su disponibilidad y, al mismo tiempo, generar proyectos productivos para la auto sostenibilidad.

Mineco: propiciará que se tenga acceso a la canasta básica alimentaria y promoverá crédito a la micro, pequeña y mediana empresa, velará por que el consumidor exija productos alimenticios de calidad a precios competitivos.

MTPS: se encargará de propiciar las conexiones necesarias entre los proveedores de empleo y los candidatos, además de capacitar a las personas en asuntos laborales.

Mineduc: promoverá la formación de valores y la educación para el consumo sano de alimentos por medio del Programa «Mi Familia Aprende», así como también proveerá los recursos financieros para el Programa de Alimentación Escolar en todo el país.

MSPAS: fortalecerá los servicios de atención y prevención de la salud, ampliando sus servicios; asimismo, fortalecerá la ejecución de los componentes directos de la *Estrategia nacional de reducción de la desnutrición crónica*.

Sosep: por conducto del Programa de Hogares Comunitarios, con sus componentes de Hogares y Centros de Atención de Desarrollo Infantil (Cadi), promoverá acciones relacionadas con el acceso y el consumo higiénico de los alimentos.

Infom y Fonapaz: contribuirán a la ejecución de proyectos de saneamiento básico que impacten en la salud de la población, tales como: introducción de agua potable y saneamiento básico; construcción de plantas de tratamiento de aguas servidas y desechos sólidos.

Prorural: se incorpora para apoyar la producción de granos básicos (maíz, frijol y arroz) en los municipios priorizados y en el resto del país. Estimulará los encadenamientos productivos y realizará proyectos que mejoren la economía familiar.

APOYO Y SEGUIMIENTO

Sesan: participará en el fortalecimiento institucional para mejorar el monitoreo y evaluación del desarrollo de las actividades focalizadas dentro del *Pesan 2009-2012*. Dará atención prioritaria a la formulación y seguimiento de planes de seguridad alimentaria y nutricional en el seno de las Comisiones Departamentales y Municipales del ramo, Codesan y Comusan, respectivamente.

Segeplan: apoyará las acciones de coordinación, planificación y evaluación de los impactos de las acciones desarrolladas con relación a las políticas nacionales relacionadas con el *Pesan 2009-2012*.

Minfin: priorizará los recursos necesarios para apoyar el desarrollo de las actividades de cada institución relacionadas con el *Pesan 2009-2012*, con relación a las decisiones tomadas por el Conasan.

Incopas: mediante aportes técnicos, brindará asesoría al Conasan para la toma de decisiones. Identificará e instrumentará acciones que promuevan la consecución de los objetivos del Sinasan, así como el involucramiento de los sectores de la sociedad civil representados en esta instancia, permitiendo una efectiva implementación del *Pesan 2009-2012* mediante procesos de auditoría social que den como resultado la ejecución en un marco de transparencia.

Fuente: elaboración propia con base en Conasan (2009). *Plan estratégico de seguridad alimentaria y nutricional, Pesan2009-2012*.

derechos, como sucede con el *derecho humano a una alimentación adecuada*.

En el ámbito nacional, el derecho a la alimentación se encuentra reconocido en la *Constitución Política de la República* (artículo 51) y, a partir de ésta, en la *Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional* que, desde mayo de 2005, reconoce una estructura institucional sobre la cual se debe

respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la seguridad alimentaria y nutricional, prohibiendo a su vez toda discriminación en el acceso a los alimentos y los medios y derechos para obtenerlos (artículo 2).

En concordancia con el artículo 1 de esta Ley, se entiende la seguridad alimentaria y nutricional como «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, de preferencia de origen nacional, así como a su adecuado aprovechamiento biológico para mantener una vida saludable y activa».

Además de la definición de un marco institucional, el Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Sinasan) tiene como objetivo diseñar y ejecutar acciones de seguridad alimentaria y nutricional. Para esto, se estipula que el Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado asigne medio punto porcentual (0.5%) del presupuesto total para programas y proyectos de seguridad alimentaria y nutricional destinados a la población total en pobreza y pobreza extrema (artículo 38). Se suman a la Ley del Sinasan otras disposiciones legales, como los propios *Acuerdos de Paz*, que establecieron como «[...]primer e inmediato objetivo la seguridad alimentaria y adecuada nutrición de las familias y comunidades».²

De los *Acuerdos de Paz* surgió un andamiaje de leyes relativas al desarrollo integral y a la descentralización institucional que allanan el camino para el pleno cumplimiento del derecho a la alimentación, como son la *Ley de Desarrollo Social* (2001), la *Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural* (2002), el *Código Municipal* (2002) y la *Ley General de Descentralización* (2002).³

El Sinasan tiene como instrumento específico el *Plan estratégico para la seguridad alimentaria y nutricional (Pesan)*; como órgano rector, el Consejo Nacional para la Seguridad Alimentaria y Nutricional (Conasan); como entidad coordinadora, la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Sesan) y, como entes operativos, a los ministerios de Estado y otras instituciones públicas.

Del sistema estipulado por la *Ley del Sinasan*, se establece que para los asuntos relativos a la disponibilidad de alimentos la responsa-

¿Cómo se manifiesta físicamente la desnutrición infantil?

Si un niño o niña no come y sufre hambre por varios días, adelgaza o se hincha por falta de proteínas y su peso es menor al que se espera para su estatura. En otras palabras, tiene **desnutrición aguda**.

Si esto ocurre una y otra vez, ya sea de forma intermitente o continua, evidente o no evidente, o si el niño o la niña no recibe los alimentos necesarios para su crecimiento y desarrollo por períodos prolongados de tiempo, y por lo tanto no logra crecer y su estatura es menor a la esperada para su edad, entonces presenta **desnutrición crónica**.

Estos dos eventos hacen que los niños y niñas tengan un peso menor al esperado para su edad, presentando **desnutrición global**.

bilidad recae en el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación (Maga); el acceso a los alimentos es responsabilidad sectorial del mismo Ministerio, más el Ministerio de Economía (Mineco), el Ministerio de Trabajo y Previsión Social (MTPS) y el Ministerio de Comunicaciones; en cuanto al consumo de alimentos, la responsabilidad recae en los ministerios de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), de Educación y de Economía. El ámbito de la utilización biológica de los alimentos y el tratamiento de la desnutrición es responsabilidad del MSPAS, mientras los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural conformarán comisiones específicas de seguridad alimentaria y nutricional (SAN) para impulsar el cumplimiento de los objetivos de la política y el plan estratégico referidos a esta materia.

El primer *Pesan* fue aprobado por el Conasan con vigencia para el período 2007-2016; sin embargo, en junio de 2009 fue sustituido por el *Pesan 2009-2012*.⁴ El nuevo Plan estratégico se basa, entre otros criterios, en la focalización de las intervenciones en los municipios priorizados por el programa de transferencias monetarias condicionadas «Mi Familia Progres» (Mifapro). Asimismo-

² Acuerdo para el reasentamiento de poblaciones desarraigadas por el enfrentamiento armado. Sección III. Oslo, julio de 1994.

³ CESR/Icefi (2009). ¿Derechos o privilegios? El compromiso fiscal con la salud, la educación y la alimentación en Guatemala. Guatemala/España.

⁴ Véase en http://www.sesan.gob.gt/images/files/File/pesan_final.pdf



©UNICEF/Anthony Asael

mo, se diferencia del anterior por contar con un mayor desarrollo y vinculación entre los compromisos técnicos y programáticos, los recursos financieros y las responsabilidades institucionales.

A pesar de los compromisos legales y de gestión de la SAN que el Estado de Guatemala ha asumido, en la práctica aún se observan significativos rezagos en el cumplimiento del derecho a la alimentación. En el último informe del Relator Especial sobre el Derecho a la Alimentación se reconocen los esfuerzos gubernamentales para mejorar la situación de seguridad alimentaria en el país. Sin embargo, también se advierte que «[...]es necesario hacer más para eliminar los obstáculos estructurales que se interponen al pleno ejercicio del derecho a la alimentación, en particular en el caso de los pueblos indígenas».⁵

El informe del Relator enfatiza que poner fin a los elevados niveles de desnutrición infantil que se mantienen en el país es un objetivo no solo del Gobierno, sino también del Congreso y de todos los sectores de la sociedad que deben aceptar su responsabilidad ante esta situación. Asimismo, recomienda otorgar la máxima prioridad en cinco aspectos.

- Primero, la desigualdad en el acceso a la tierra, lo que continúa siendo fuente de conflictos. En el corto plazo, el Gobierno debería abstenerse de hacer desalojos forzosos, los cuales constituyen una violación de las normas internacionales y, entre otras medidas, debe aplicarse íntegramente y financiarse de manera suficiente la *Política de desarrollo rural integral*, en particular en lo relativo a la redistribución de la tierra.

- Segundo, mejorar los programas sociales, en especial Mifapro, con el objetivo de incorporar en ellos los principios de derechos humanos. En ese sentido, se recomienda una determinación más adecuada de la pobreza y la vulnerabilidad e inseguridad alimentarias; una mejor selección, mientras no se logre la cobertura universal, y el otorgamiento de prioridad a los que sufren de inseguridad alimentaria, entre otras acciones.
- Tercero, en consecuencia con el derecho de toda persona a un nivel de vida decoroso, debe incrementarse el salario mínimo. Debe reforzarse la capacidad de la Inspección General de Trabajo, en particular en las zonas rurales.
- Cuarto, con el fin de mejorar la capacidad de reacción ante el surgimiento de crisis, se debe fortalecer el Sistema de Información y Comunicación de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Sicsan) y establecer un sistema de alerta temprana eficaz, así como la respuesta de emergencia correspondiente. En función de este objetivo podría ser necesario fortalecer la capacidad de la Sesan.

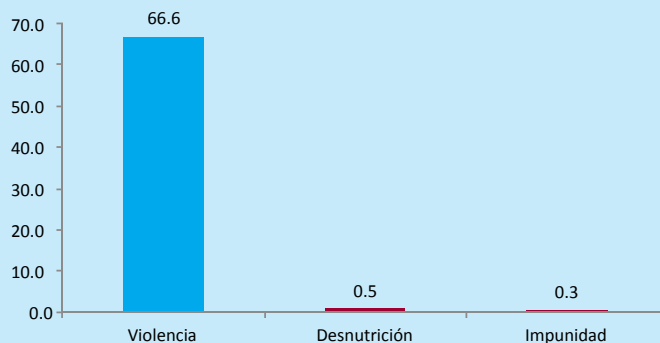
Finalmente, el bajo nivel de impuesto sobre la renta (ISR) es un obstáculo importante a la capacidad de Guatemala para cumplir sus obligaciones en materia de derechos. Será esencial que el país adopte una reforma estructural del sistema tributario, que incluya modificaciones al impuesto de solidaridad y un aumento del impuesto sobre la renta para los ingresos más altos, si desea destinar «el máximo de recursos disponibles» a la realización del derecho a la alimentación.

5 Informe del Relator Especial sobre el derecho a la alimentación, señor Olivier De Schutter. Misión Guatemala. Enero 2010. A/HRC/13/33/Add. 4.

Retoños que perdemos sin notarlo

A diario mueren niñas y niños en Guatemala sin que nadie se entere más allá de sus familiares y vecinos. Sus casos no son reportados porque algunos no fueron inscritos en el registro de personas tras nacer. La pobreza en la que viven muchas familias no les permite ni siquiera realizar esos trámites.

Principales preocupaciones para los guatemaltecos



Fuente: Unicef (2010).

De los casos de muerte de niñas y niños menores de 5 años registrados, se puede establecer que cerca del 60% están relacionados con causas perfectamente prevenibles como las infecciones respiratorias y la diarrea, enfermedades relacionadas con la desnutrición.

A pesar de esto, la sociedad guatemalteca parece estar acostumbrada a que *la nueva cosecha* pase hambre, ya que, de acuerdo con una encuesta realizada para Unicef, sólo el 0.5% de la población mencionó que la desnutrición es uno de los principales problemas del país, agrupándose dentro de la misma las respuestas relacionadas con la alimentación (0.3%), desnutrición (0.10%) y la falta de cosecha (0.10%).



¿QUÉ TANTA HAMBRE PADECE
LA NIÑEZ GUATEMALTECA?

3

¿QUÉ TANTA HAMBRE PADECE LA NIÑEZ GUATEMALTECA?



©UNICEF/Sandra Sebastián

3.1 POBLACIÓN INFANTIL, LA MÁS VULNERABLE: ¿CUÁNTOS SON, DÓNDE ESTÁN, CÓMO VIVEN?

En 2010, el 48% de la población guatemalteca tenía entre 0 y 17 años cumplidos y, de éstos, el 51% era hombres y el otro 49% mujeres, de acuerdo con proyecciones de población del censo de 2002. Según este censo, el 46% de la población era urbana y el 54% rural. Sin embargo, no es posible afirmar que en la actualidad esta proporción se mantenga. De cualquier manera, la población rural, si bien no es mayoritaria, sí contabiliza cerca de la mitad de la totalidad.

En 2011, la población infantil y adolescente en Guatemala alcanza casi los 7.1 millones de personas, lo que representa aproximadamente el 48.3% de la población total. En términos de distribución geográfica, los niños, niñas y adolescentes se ubican principalmente en los departamentos del altiplano y en la ciudad capital.

Dado que las proyecciones de población no logran estimar el crecimiento por cada etnia (pues éstas contabilizan sus miembros por auto reporte o variables de uso del idioma), se dan como valederos los datos de 2002, en donde se indica que el 60% de los infantes, escolares y adolescentes es población ladina o mestiza; el 35% pertenece a la etnia maya; el 0.1% a la xinca; el 0.09% a la garífuna; y el 4.8% restante a otras no nativas de Guatemala.

Si se divide a la población infantil y adoles-

La medición de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) constituye un método para identificar carencias críticas de los hogares y caracterizar la pobreza. En dicha medición se utilizan indicadores relacionados con cuatro áreas de necesidades básicas de las personas: vivienda, saneamiento básico, educación básica e ingreso económico mínimo.

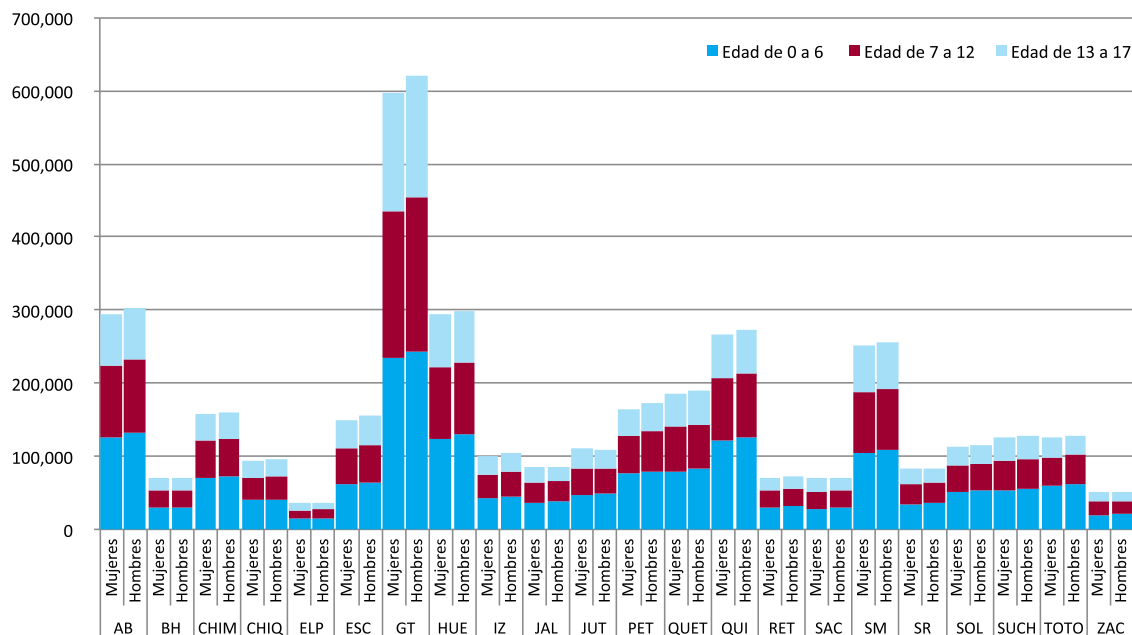
cente en los segmentos de infancia, escolares y adolescentes, es posible observar que la mayoría de la población menor de 18 años se ubica en el segmento de los 0 a los 6 años. Este grupo etario representa cerca del 20.6% de la población total de Guatemala; mientras, los niños y niñas de entre 7 y 12 años equivalen al 15.8%, y los adolescentes de 13 a 17 representan cerca del 11.7%.

Para garantizar la seguridad alimentaria y nutricional se requiere asegurar el acceso a servicios básicos tales como la educación, el saneamiento y el abastecimiento de agua de calidad, además de ciertas condiciones de vivienda. En este sentido, el último *Censo nacional de población y de vivienda*, realizado en 2002, revela que, en ese año, cerca del 65% de los hogares con niñas y niños menores de 12 años sufría de alguna necesidad básica insatisfecha.

Llama la atención que el problema de mayor intensidad es el hacinamiento, seguido por el abastecimiento de agua y la inadecuada eliminación de las excretas. Estas tres condiciones están directamente relacionadas con problemas tales como infecciones respirato-

Gráfica 1

**Población de 0 a 17 años de edad cumplidos, según sexo y departamento de residencia
2011**



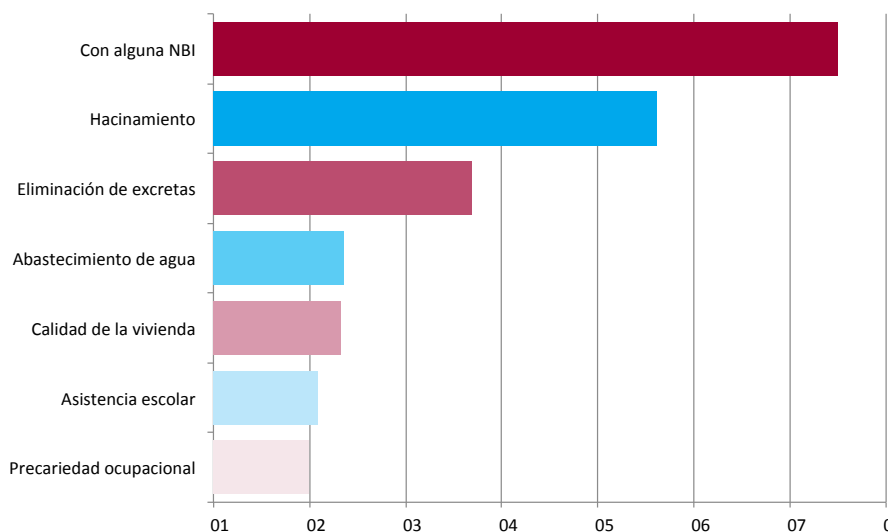
Fuente: Icfef/Unicef, con base en proyecciones de población del INE, basadas en el censo de 2002.

rias agudas, diarrea y parasitismo intestinal. Es importante indicar que estas enfermedades imponen un consumo energético mayor a quienes las padecen, haciendo insuficiente la ingesta alimenticia —ya de por sí esca-

sa—, generando un escenario propicio para producir o agravar problemas nutricionales previos e incidiendo, consecuentemente, en los altos índices de desnutrición crónica que padece Guatemala.

Gráfica 2

**Porcentaje de hogares con miembros menores de 12 años
según necesidades básicas insatisfechas (NBI)
2002**



Fuente: Icfef/Unicef, con base en Unicef (2007), tomado del censo de 2002.

Las condiciones de hacinamiento introducen otra variable importante: el tamaño del hogar. Existe una fuerte asociación entre el número de personas que integran el hogar y la pobreza; esto es particularmente importante en los hogares con más de 7 miembros, pues constituyen el 61% de todos los hogares en extrema pobreza. De acuerdo con la *Encuesta nacional de salud materno infantil (Ensmi) de 2008/2009*, «[...]en el área rural de Guatemala, el 72% de cada dormitorio es utilizado por más de dos personas».

La tasa de crecimiento anual de la población estimada para el periodo 2010-2015 es de

2.4%, por encima de la media mundial (1.1%) y del promedio latinoamericano (1.0%). Por otra parte, la tasa total de fecundidad (2010-2015) para Guatemala es de 3.7 nacimientos por mujer, nuevamente por encima de la media mundial (2.3) y de América Latina (2.2).⁶ El hecho de que la población de Guatemala esté creciendo a un ritmo mayor que la de América Latina y del mundo alerta sobre la presión que esta situación genera en los hogares y en el país en general. En la medida en que se incrementa el número de miembros del hogar se reduce el ingreso *per cápita*, disminuyendo también el consumo.⁷

Tabla 1

**Condiciones de pobreza, según el tamaño del hogar, en porcentajes
2006**

Tamaño del hogar	Pobreza extrema	Pobreza	No pobre
1 persona	0.3	1.5	7.9
2 personas	0.9	4.7	14.8
3 personas	2.4	10.6	20.6
4 a 6 personas	35.3	47.7	47.3
7 y más personas	61.1	35.5	9.4
Total	100.0	100.0	100.0

Fuente: Icfi/Unicef, con datos de Unicef (2007).

Según datos de la *Encuesta nacional de condiciones de vida* de 2006 (*Encovi 2006*), el promedio de hijos e hijas de los hogares en extrema pobreza es de 4.4; el de los hogares en situación de pobreza es de 3.3; y, el de

los no pobres, de 1.9; por supuesto, este dato nacional esconde distintas realidades pues existen importantes variaciones del área urbana a la rural, de hombres a mujeres y de indígenas a no indígenas.

Tabla 2

**Porcentaje de pobreza en la población infantil y total,
según área geográfica y pertenencia étnica, 2006**

	De 0 a 12 años		de 13 a 17 años		Ambos grupos		POBLACIÓN TOTAL	
	Pobreza total	Pobreza extrema	Pobreza total	Pobreza extrema	Pobreza total	Pobreza extrema	Pobreza total	Pobreza extrema
Total	60.9	20.4	54.3	15.8	59.2	19.2	50.9	15.2
Área geográfica								
Urbano	38.4	7.7	34.3	6.6	37.3	7.4	30	5.3
Rural	77.0	29.5	71.3	23.5	75.7	28.0	70.0	24.4
Pertenencia étnica								
Indígena	82.0	33.8	77.3	26.4	80.8	32.0	47.6	27.2
No indígena	46.0	10.9	39.7	9.0	44.3	10.4	28.5	7.7

Fuente: Icfi/Unicef, con datos de Unicef (2007), *La niñez guatemalteca en cifras*, y *Encovi 2006*.

⁶ PNUD (2010). *Informe de desarrollo humano 2010, la verdadera riqueza de las naciones*.

⁷ Banco Mundial (2009). *Guatemala, evaluación de la pobreza, buen desempeño a bajo nivel*.

¿Cómo puede ser definida la pobreza?

De acuerdo con el premio Nobel de Economía, Amartya Sen, la pobreza tiene una definición multidimensional. Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), ello significa que «la pobreza es entendida como la ausencia o limitación de las *capacidades para funcionar*. Es decir, incluiría todos aquellos factores que limitan a los seres humanos en su proceso de realización, por ejemplo, la insuficiencia de ingresos o recursos materiales, la ausencia de un trabajo digno, la malnutrición, la inseguridad, la falta de posibilidades de educación, etc.».

Para fines de su medición, la pobreza puede entenderse en los siguientes términos:

Pobres extremos: son todas las personas cuyo consumo anual se ubica por debajo de la línea de

pobreza extrema (Q 3,206.00, a precios de 2006). Estas personas viven en condiciones de indigencia al no poder cubrir el costo mínimo de los alimentos de subsistencia.

Pobres no extremos: son las personas cuyo consumo anual se ubica por encima de la línea de pobreza extrema, pero por debajo de la línea de pobreza total (Q 6,574, a precios de 2006). Estas personas alcanzan a cubrir los consumos mínimos de alimentos, pero no el costo mínimo adicional para los gastos de servicios, vivienda, salud, transporte y otros, llamados usualmente gastos no alimentarios.

Fuente: Icefi/Unicef, con base en PNUD (2010). *Guatemala: hacia un Estado para el desarrollo humano*. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2009-2010.

La población infantil y adolescente sufre de mayores grados de pobreza que la población general. Mientras el promedio nacional de pobreza general ronda el 50.9% de la población, al desagregar este indicador por edad, resulta que la pobreza entre niños, niñas y adolescentes presenta 9 puntos porcentuales más en pobreza general (59.2%). Lo mismo sucede con la pobreza extrema, pues el nivel nacional es de 15.2%, lo que aumenta a 19.2% cuando se trata de pobreza extrema vivida por la niñez y la adolescencia guatemaltecas. Al igual que el resto de la población, la pobreza en la niñez y adolescencia se concentra en quienes viven en las áreas rurales y pertenecen a población indígena.

Mientras que el 82% de las niñas y niños entre 0 y 12 años, indígenas y rurales, son pobres, sus pares mayores de 13 años lo son en el 77% de los casos. La diferencia más notoria es que, por cada niño no indígena pobre, hay dos niños indígenas pobres. En contraste, las niñas y niños rurales pobres son el doble de los urbanos pobres.

Las desigualdades señaladas en los indicadores de pobreza se ven reflejadas en los indicadores de salud. Como ejemplo, la tasa de mortalidad infantil para el país durante los

años 2008/2009 fue de 34 por mil nacidos vivos; para ese mismo período, la tasa para el área urbana fue de 27, mientras que para la rural fue de 38. Las desigualdades también son visibles en cuanto a la etnia. Para ese mismo período, la tasa de mortalidad en la población indígena fue de 40, mientras que en la no indígena fue de 30. También existen desigualdades vinculadas con el territorio: la mortalidad infantil en la ciudad capital fue de 16, mientras que la de Totonicapán (con población indígena en un 90%) fue de 51 por cada mil nacidos vivos.

La mortalidad infantil es un indicador social que retrata la manera como la sociedad se organiza para proteger a sus integrantes más vulnerables, los niños y niñas menores de 5 años. Guatemala, aun cuando ha logrado reducciones importantes en este indicador, todavía posee la tasa de muertes infantiles más alta de la región centroamericana. De acuerdo con datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, por sus siglas en inglés),⁸ el promedio latinoamericano de mortalidad infantil es de 11 por cada mil nacidos vivos, lo que revela que Guatemala tiene una tasa tres veces superior a este promedio. Guatemala tiene más del doble de mortalidad infantil que El Salvador y más del triple que Costa Rica.

8 Unicef (2011). *Estado mundial de la infancia. Adolescencia: una época de oportunidades*. Nueva York. Febrero.

Tabla 3

**Mortalidad infantil
para diferentes períodos, por área y etnia
Cifras en porcentajes**

Variable	1987	1995	1998/99	2002	2008/09
Mortalidad infantil	79	57	49	44	34
Grupo étnico					
Indígena	76	64	56	49	40
No indígena	85	53	44	40	30
Área					
Área urbana	65	45	49	35	27
Área rural	84	63	49	48	38
Nivel de educación					
Sin educación	82	70	56	57	48
Primaria	41	54	47	40	32
Secundaria o más	41	27	41	17	17

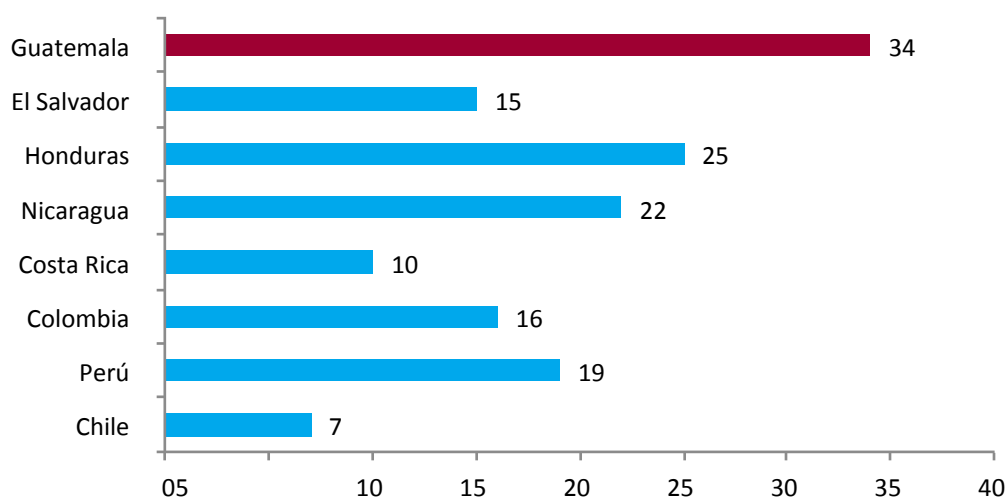
Fuente: Icefi/Unicef, con datos del anexo estadístico, *Ensmi 2008/2009*.

En Guatemala, la primera causa de muerte de menores de 5 años, durante 2008, fue las enfermedades respiratorias agudas, mientras que la segunda fue los problemas diarreicos.⁹ La prevalencia de enfermedades diarreicas se ha incrementado del 16%, en 1987, al 22.5%, en 2008. Ello se ha dado especialmente para la niñez de entre 6 y 35 meses.

Este dato podría resultar contradictorio si se contrasta con la reducción en la mortalidad infantil. La explicación puede estar en el dato del incremento del uso de sales de rehidratación oral (SRO). En otras palabras, los niños cada vez padecen más episodios diarreicos, pero no mueren a causa de la prevención de la deshidratación.

Gráfica 3

**Países seleccionados: tasa de mortalidad infantil
2009**



Fuente: Icefi/Unicef, con datos de Unicef (2011), *Estado mundial de la infancia* y *Ensmi 2008/2009*.

9 SIGSA-MSPAS (2008). Base de datos.

Esta situación muestra que, si bien se están evitando muertes prematuras, lo cual es desde cualquier punto de vista loable, simultáneamente persisten los problemas que coadyuvan a la generación de desnutrición y se relacionan con una inadecuada utilización biológica de

los alimentos dentro del ya mencionado ciclo de enfermedades y desnutrición. Las enfermedades respiratorias, por otro lado, imponen un mayor consumo de energía, lo que aumenta los requerimientos de nutrientes que no siempre están disponibles.

Tabla 4

**Prevalencia de enfermedades seleccionadas en menores de 5 años,
con datos de distintas Ensmi
Cifras en porcentajes**

Enfermedades y tratamientos	1987	1995	1998/99	2002	2008/09
Niños(as) con diarrea	16.7	20.9	20.9	22.2	22.5
Niños(as) con diarrea tratados con sobres de rehidratación oral	13.2	21.5	30.4	33.8	37.1
Niños(as) con diarrea que recibieron SRO o solución casera	16.4	22.1	33.5	40.6	44.0
Niños(as) enfermos con IRA	n.d.	21.9	21.9	18.2	2.1
Niños(as) con IRA o fiebre para quienes se buscó tratamiento	n.d.	40.5	40.5	64.3	59.5

Fuente: anexo estadístico, *Informe Nacional de Desarrollo Humano 2009-2010*, con base en distintas Ensmi.

El 35% de las muertes en menores de 5 años y el 11% de la carga global de enfermedad¹⁰ son consecuencia directa o indirecta de la desnutrición. Asimismo, se ha establecido que un niño desnutrido no sólo reduce su potencialidad relacionada con su productividad, sino tiene un riesgo mayor que sus pares no desnutridos de padecer problemas metabólicos y cardiovasculares.¹¹

3.2 ¿CUÁL ES LA DIMENSIÓN Y TRASCENDENCIA DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL?

Aproximadamente, el 49.8% de los niños y niñas menores de 5 años —es decir, más de un millón trescientos mil niñas y niños de

entre 0 y 5 años— pasan hambre en Guatemala, aun cuando entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) se declara como el objetivo número uno la erradicación de la pobreza extrema y el hambre a la mitad, entre 1990 y 2015.

Todos los ODM guardan entre sí una estrecha relación causal y, por lo tanto, su abordaje es integral, lo que implica que el logro de cualquiera de ellos incide en el progreso de los demás. **No es posible** lograr la primaria universal (ODM2) sin erradicar el hambre, pues ésta reduce la asistencia a la escuela, aumenta la repitencia y perjudica la capacidad de aprendizaje. La falta de instrucción reduce la capacidad para obtener ingresos y aumenta el riesgo de pasar hambre. De igual manera, **no es posible** promover la igual-

¹⁰ La carga de enfermedad es parte de los indicadores llamados «medidas sintéticas de salud de las poblaciones»; se interpreta como las pérdidas de salud que para una población conllevan tanto las consecuencias mortales como las no mortales de las diferentes enfermedades y lesiones. Se representan por los años de vida perdidos (muertes), más los años que se viven con discapacidad a causa de una condición específica.

¹¹ R. Black, L. Allen, *et al.* (2008), *Maternal and child undernutrition: global and regional exposures an health consequences*, *Lancet*, 371: 243-60.

dad entre los sexos y la autonomía de la mujer (ODM 3) si el hambre reduce más la tasa de asistencia a la escuela de las niñas que de los niños y la desigualdad entre los sexos perpetúa el problema (ya que las mujeres desnutridas procrean hijos marcados con la huella del hambre).

Resulta, además, complicado reducir la mortalidad infantil (ODM 4) si más de la mitad de las muertes infantiles es resultado, directa o indirectamente, del hambre y la malnutrición que en Guatemala padecen la mitad de las niñas y niños de entre 0 y 5 años. **No se puede** reducir la mortalidad materna (ODM 5) si la desnutrición y las carencias de micronutrientes aumentan enormemente el riesgo de defunción materna. **No se puede** combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades (ODM 6) si el hambre desencadena comportamientos arriesgados que aceleran su propagación; además, los niños desnutridos tienen más del doble de probabilidades de morir de malaria.

No se puede garantizar la sostenibilidad del medio ambiente (ODM 7) si el hambre da lugar a un uso insostenible de los recursos y si la restauración y el mejoramiento de las fun-

ciones de los ecosistemas son fundamentales para reducir el hambre entre la población rural pobre; no se puede fomentar una asociación mundial para el desarrollo (ODM 8) si continúan los subsidios y aranceles en los países desarrollados y los obstáculos a la agricultura a pequeña escala.¹²

Los ODM tienen que ver con la niñez y la adolescencia, que se sitúan en el centro del desarrollo.¹³ Para que Guatemala cumpla con estos objetivos, ha de mejorarse de manera inexcusable las condiciones de vida de la niñez y la adolescencia del país, lo que implica aumentar la inversión pública nacional orientada a la niñez y adolescencia, que actualmente representa un gasto de 4 quetzales por día por niño. Contrástese este dato con el de países como Argentina, que invierten diez veces más, lo que se traduce en un mejor entorno para el desarrollo de la niñez.¹⁴

La desnutrición crónica, la aguda y la global han disminuido en el período comprendido de 1987 a 2009. Sin embargo, es importante notar que de 1998 a 2002 hubo un importante retroceso al incrementarse la desnutrición crónica.

Tabla 5

Indicadores nutricionales para menores de 5 años en períodos seleccionados, en porcentajes y utilizando los estándares de NCHS.¹⁵
Para el año 2008/09, estándares de la OMS
Cifras en porcentajes

	1987	1995	1998/99	2002	2008/09
Desnutrición crónica o talla para la edad	57.9	49.7	46.4	49.3	49.8
Indígena	71.7	67.8	67.3	69.5	65.9
No indígena	48.2	36.7	34.1	35.7	36.2
Desnutrición aguda o peso para la talla	n.d	3.3	2.5	1.6	1.4
Indígena	n.d	3.3	2.2	1.7	1.3
No indígena	n.d	3.2	2.7	1.6	1.5
Desnutrición global o peso para la edad	33.5	26.6	24.2	22.7	13.1
Indígena	40.6	34.6	33.6	30.4	16.8
No indígena	28.5	20.9	18.6	17.5	10.1

Fuente: Icfef/Unicef, con datos de distintas Ensmi.

12 FAO (2005). *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo*. Roma

13 Unicef (2003). *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio tienen que ver con los niños*. http://www.unicef.org/spanish/publications/files/pub_mdg_sp.pdf

14 Icfef/Unicef (2011). *¡Contamos 3!*

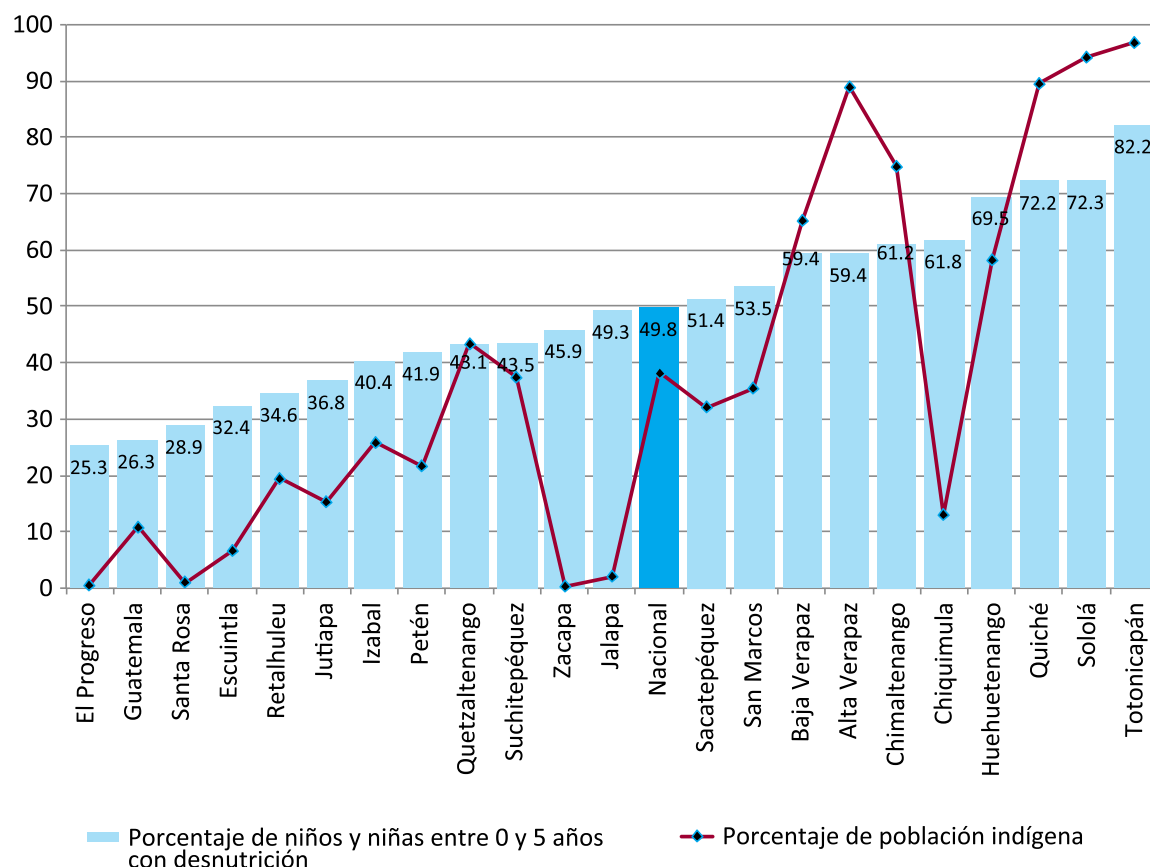
15 Aun cuando la población de referencia ha cambiado y se ha adoptado la de OMS, en la tabla precedente se utilizan datos de la población CDC/NCHS con la finalidad de examinar la variable étnica en la serie de las distintas encuestas. Si se toma en cuenta la población de referencia de la OMS, la desnutrición crónica ha descendido de 56.2%, en 1995, a 54.3%, en 2002, y a 49.8% en el período 2008/2009; un comportamiento similar se observa en la desnutrición aguda, pues ha descendido de 3.8%, en 1995, a 1.8% en el año 2001, y a 1.4% en el período 2008/2009.

La desnutrición retrata las profundas desigualdades que sufre la niñez indígena y rural. Como puede apreciarse, si bien la desnutrición crónica en la niñez indígena descendió de 71%, en 1987, a 69.5%, en 2002, el valor es casi el doble (1.9 veces) que el de la desnutrición observada en la niñez no indígena, evidenciándose un ensanchamiento

de la brecha si se compara el año 1987 con 2002. Además de la distribución desigual de la desnutrición entre niños de diferentes etnias, el problema se distribuye desigualmente en el territorio nacional, aunque con mayor prevalencia en los departamentos con mayor población indígena, como Totonicapán o Sololá.

Gráfica 4

Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con desnutrición crónica y porcentaje de población indígena, por departamento



Fuente: Icefi/Unicef, con base en: a) para desnutrición crónica, *Ensmi 2008/2009*; b) para población indígena, *Encovi 2006*.

Los departamentos del occidente del país, de mayor ruralidad y con población mayoritariamente indígena, muestran los datos más alarmantes de desnutrición crónica. Aun

cuando el porcentaje a nivel nacional está en torno al 50%, departamentos como Totonicapán, Sololá, Quiché y Huehuetenango, ubicados en esta zona del país, rondan el 70%.

Figura 1

**Desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años, por departamento
2008/2009**



Fuente: Icfef/Unicef, con base en *Ensmi 2008/2009*.

Una de las variables que se han estudiado en las *Ensmi* y que muestra una fuerte asociación con la desnutrición crónica es la educación de la madre. En efecto, el 69.3% de los hijos de madres sin educación formal se encuentra desnutrido, mientras que en los hijos de madres con educación primaria el porcentaje de desnutrición se reduce a 50.3%, y a 21.2% cuando las madres cuentan con educación secundaria. En otras palabras, la educación primaria reduce la desnutrición en 20% y la secundaria en 47%. La etnia de la madre ha resultado una variable importante, pues el 66% de los hijos e hijas de madres indígenas es desnutrido, mientras que en los de madres no indígenas el porcentaje se reduce a 36. Esto solamente refrenda la certeza de que la discriminación y la exclusión son factores fuertemente asociados con la desnutri-

ción. Un caso similar se observa en la distribución de la desnutrición si la madre habita en áreas urbanas (34.3% de desnutrición) o rurales (58.6% de desnutrición).

Los efectos de la desnutrición son graves, con alcances en el corto, mediano y largo plazos; está demostrado que esta condición aumenta la susceptibilidad a las infecciones, con el consiguiente riesgo de muerte prematura y discapacidad. También reduce el rendimiento escolar y afecta el aprendizaje. Los efectos tardíos se relacionan con la mayor incidencia de problemas crónicos, tales como diabetes e hipertensión. Asimismo, hay una considerable reducción en los ingresos si se los compara con los de personas que no padecieron de desnutrición en la infancia.¹⁶

16 John W. Lynch, George Davey Smith, George A. Kaplan, James S.Hou (2000). *Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions*, BMJ volume 320, 29 April.

Tabla 6

Desnutrición crónica según variables relacionadas con la madre
Cifras en porcentajes

Área	1995	1998/99	2002	2008/09
Urbana	35.3	32.4	36.5	34.3
Rural	56.6	54.4	55.5	58.6
Grupo étnico	1995	1998/1999	2002	2008/2009
Indígena	72.3	72.8	74.8	65.9
No indígena	42.8	41.1	40.9	36.2
Nivel de educación	1995	1998/1999	2003	2008/2009
Sin educación	63.8	64.4	65.6	69.3
Primaria	48.0	44.5	46.4	50.3
Secundaria	14.7	12.7	18.6	21.2

Fuente: Icefi/Unicef, con datos de Ensmi 2008/2009.

Una situación que conspira con las desigualdades sociales para empeorar la situación de los niños y niñas tiene que ver con la disponibilidad de alimentos. Guatemala ha reducido progresivamente la producción de los alimentos fundamentales de la dieta nacional, el maíz y el frijol. Para el año 2007, Guatemala solamente tuvo capacidad de cubrir el 73% de la demanda de maíz y el 31% de la de frijol. Para cubrir el déficit se han aumentado las importaciones de granos básicos, lo cual tiene consecuencias directas en el precio de los mismos.¹⁷

Durante 2010, debido a los desastres ocasionados por la tormenta tropical Agatha y la erupción del volcán Pacaya, hubo impactos importantes en la producción de alimentos debido a la pérdida y retraso de las cosechas,¹⁸ situación que sin duda afecta las actuales reservas de alimentos disponibles para el consumo. Asimismo, propicia la búsqueda de alimentos en el mercado, con las consecuentes limitaciones derivadas de la pobreza.

En Guatemala existe un déficit crónico de alimentos. Una manera de aproximarse a esta situación es mediante el indicador de suficiencia energética. Para esto se mide el promedio de kilocalorías que ingieren las

personas y se contrasta con los requerimientos normales. El nivel de suficiencia energética se inicia con una dieta que, en promedio, provea más de 2,400 kilocalorías; por debajo de esto se considera insuficiente y, por debajo de un consumo promedio de 2,060 kilocalorías, se considera crítico. En Guatemala, según mediciones publicadas por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO, por sus siglas en inglés), la población se ha mantenido en un rango de insuficiencia energética, llegando en 1984 a una situación crítica. Esto demuestra que el problema de la falta de alimentos es crónico.

La tendencia de la sustitución de granos básicos por cultivos dedicados a la producción de productos agrícolas de exportación y biocombustibles hace que el panorama sea más sombrío en cuanto a la disponibilidad de los alimentos en el mediano plazo. A las dificultades en el auto abastecimiento es necesario agregar la precariedad de los hogares —tema que fue abordado en los apartados anteriores—, así como el avance de la ocupación del territorio agrícola por el crimen organizado, particularmente el narcotráfico.

Además, los precios internacionales de los alimentos han crecido de manera sostenida

17 FAO-PMA (2010). *Misión de evaluación de cosecha y seguridad alimentaria, informe final*. Febrero.

18 Unicef (2010). *Guatemala, la tormenta perfecta, impacto del cambio climático y la crisis económica en la niñez y la adolescencia*.

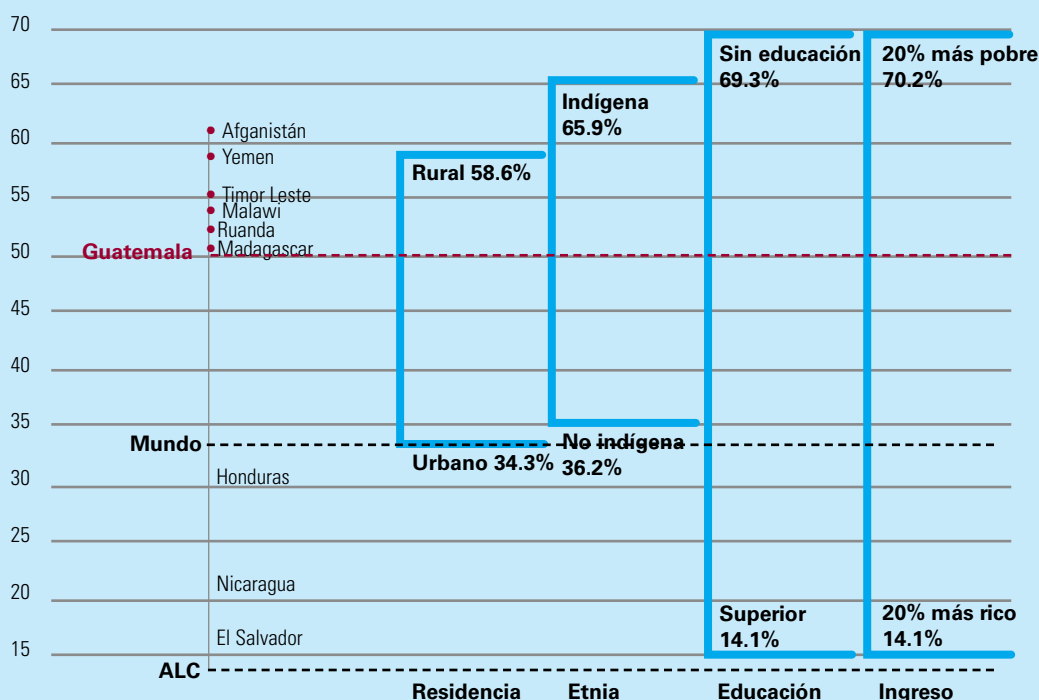
El hambre como reflejo de un país desigual

Otra manera de dimensionar el problema de la desnutrición crónica es mediante comparaciones internacionales. Si se observa el porcentaje promedio de niños y niñas guatemaltecos menores de 5 años con desnutrición crónica, comparado con los promedios de la región y el resto del mundo, se revela el hecho de que el país supera por más de 35% el promedio de América Latina y el Caribe, y por más de 16% el promedio mundial. Esto hace que Guatemala se sitúe cerca de países africanos con carencias extremas como Madagascar, Ruanda y Malawi.

Sin embargo, si se desagrega este promedio en urbano y rural, el porcentaje de niños desnutridos rurales supera el promedio de estos

países. Si se hace el mismo ejercicio desagregando por etnia, situación educativa y niveles de pobreza, los porcentajes de niños y niñas guatemaltecos con desnutrición crónica superan los promedios de países como Yemen y Afganistán, países con conflictos políticos importantes.

Al mismo tiempo, los promedios de niños y niñas urbanas, no indígenas, con padres con mejor educación y pertenecientes al quintil de mayores ingresos, reducen considerablemente la prevalencia de desnutrición crónica. Esto no es más que una muestra de las profundas inequidades que se viven en Guatemala y que están en el centro de las causas del hambre.



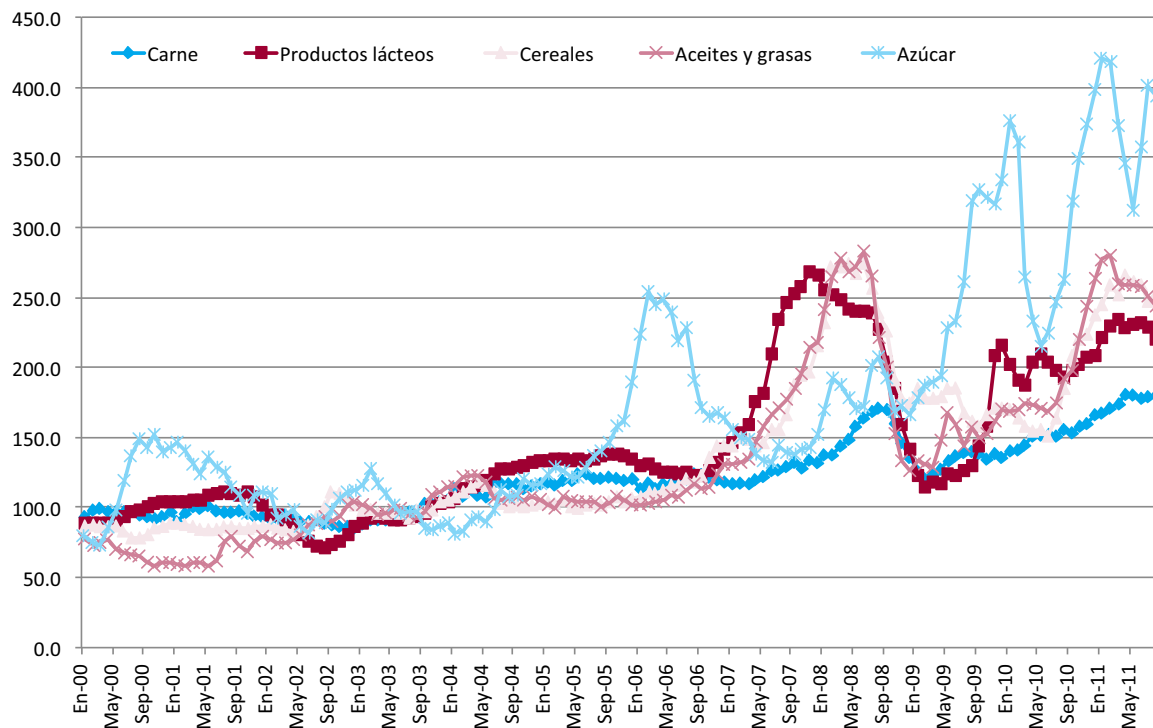
Fuente: Unicef (2011). *Estado mundial de la infancia*; MSPAS (2010) y Ensmi 2008/2009.

y significativa en los últimos seis años. El incremento en los precios de los principales cereales, como maíz y trigo, es resultado de una mayor demanda, pero también de la disminución de la producción debida a los efectos climáticos, así como de algún grado

de especulación. Todo ello ha provocado un equilibrio muy ajustado entre la oferta y la demanda. Las previsiones sobre reducciones en las reservas de cereales se han traducido en incrementos de precios.

Gráfica 5

Índice de precios de los alimentos, carnes, lácteos, cereales, azúcar y aceites y grasas*
Enero de 2000 – agosto de 2011



*/El índice de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO, por sus siglas en inglés) para los precios de los alimentos es una medida de la variación mensual de los precios internacionales de una canasta de productos alimenticios. Consiste en el promedio de los índices de precios de cinco grupos de productos básicos (que representan 55 cotizaciones), ponderado con las cuotas medias de exportación de cada uno de los grupos para 2002-2004.

Fuente: Icfef/Unicef, con base en estadísticas de la FAO (<http://www.fao.org/worldfoodsituation/wfs-home/foodpricesindex/es/>).

3.3 MIDIENDO EL RIESGO DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Durante 2010, la Facultad de Ciencia Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala (Usac) realizó una encuesta de alcance nacional con el objetivo de hacer un diagnóstico acerca de la situación de seguridad alimentaria en el país, indagando en las cuatro dimensiones de la SAN: disponibilidad

de alimentos, acceso, consumo y utilización biológica.¹⁹ Para cada una de estas dimensiones se definieron 10 variables con distintas posibilidades de respuesta.

La investigación cuantitativa transversal se realizó mediante un procedimiento muestral probabilístico, bietápico, estratificado, con representatividad nacional. A los resultados presentados, el Instituto Nacional de Estadística (INE) les ha aplicado un factor de expansión, por lo que son generalizables a la población.

19 Encuesta nacional de seguridad alimentaria (2010). Tesis colectiva para optar al grado de médico y cirujano, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala (Usac).

Tabla 7

Porcentaje de riesgo de los hogares de padecer problemas de SAN por ámbito de problemas, durante los meses de marzo a mayo de 2010 en la República de Guatemala

Ámbito de riesgo	Severo	Moderado	Leve	Sin riesgo
Disponibilidad	59.0	29.0	11.0	1.0
Acceso económico	28.0	52.0	18.0	2.0
Consumo	5.0	30.0	32.0	33.0
Utilización biológica	1.0	14.0	42.0	43.0
Global	2.8	52.0	42.7	2.5

Fuente: Icfef/Unicef, con datos de la *Encuesta nacional de seguridad alimentaria* (2010), Fac. CCMM, Usac.

De acuerdo con los resultados de la referida *Encuesta*, aproximadamente 6 de cada 10 hogares guatemaltecos están en riesgo severo de padecer problemas de disponibilidad de alimentos. Sin embargo, si a este panorama se le agrega el riesgo moderado y leve, prácticamente casi la totalidad de los hogares tiene problemas con esto (99%). Las conclusiones del análisis de la *Encuesta* atribuyen este dato al cambio de uso de la tierra; el efecto de los desastres y a dificultades con la pérdida de cosechas como consecuencia de la irregularidad de las lluvias y los problemas climáticos relativos a los fenómenos del Niño y de la Niña.

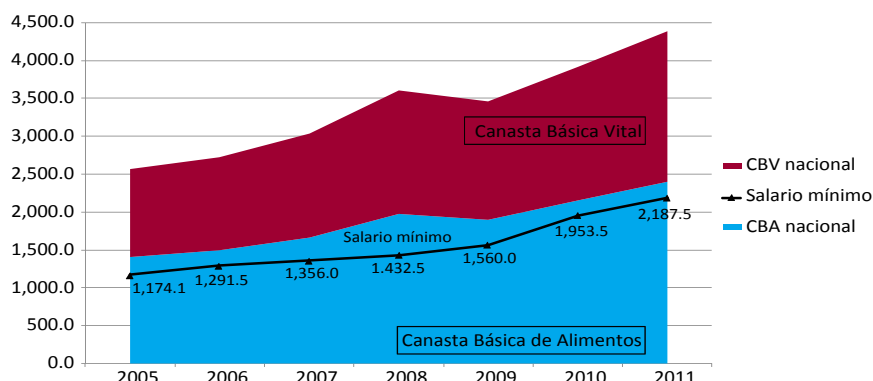
En la dimensión de acceso económico, casi un tercio de los hogares enfrenta problemas severos de acceso económico a los alimentos y más de la mitad problemas moderados.

Tan solo 2 de cada 100 hogares encuestados declaran no tener problemas económicos para la compra de alimentos. Este dato no es de extrañar, sobre todo si se consideran las capacidades adquisitivas de las familias.

El salario mínimo, tanto el agrícola como el no agrícola, es inferior a los recursos económicos que una familia promedio necesita para, al menos, comer (canasta básica alimenticia), y es mucho menor que lo que se necesita para que una familia logre resolver sus necesidades básicas como la vivienda, el vestido y el transporte, no digamos la educación y la salud (canasta básica vital). Por lo tanto, no sorprende que 98 de cada 100 hogares guatemaltecos declaren algún grado de dificultades económicas para la adquisición de alimentos.

Gráfica 6

**Costo de la canasta básica y montos de salario mínimo*
Enero de 2005 – agosto de 2011**



*/ El salario mínimo es el promedio del salario mínimo agrícola y no agrícola vigente.

Fuente: Icfef/Unicef, con datos del INE.

Las últimas estadísticas de empleo revelan que en el país los salarios son bajos, las fuentes de empleo son pocas y una cantidad significativa de hombres y mujeres en edad de trabajar ven frustradas sus esperanzas, debiendo insertarse en el mercado informal para lograr su sobrevivencia. De la población económicamente activa (PEA), que sumaba en 2010 aproximadamente 5,769,262 personas, tan solo 2,131,026 —es decir, el 37%— estaba ocupada plenamente; otras 202,876 estaban desocupadas y, el resto —unas 3,435,360 personas (59.5% de la PEA)— estaba subempleado, de manera visible o invisible. La mayoría de subempleados son hombres de entre 18 y 44 años de edad y tienen entre 3.7 y 6.3 años de escolaridad.²⁰

En lo que se refiere a salarios, las últimas estadísticas disponibles, a octubre de 2010, permiten tener una idea precisa sobre a cuánto asciende el ingreso promedio con el que sobrevive la mayoría de hogares guatemaltecos y de cómo las desigualdades y exclusiones étnicas, de género y territoriales, prevalecen también en esta esfera de la vida. El salario promedio nacional de un empleado público era de Q 2,973.12 mensuales, mientras que en el sector privado este salario alcanzaba apenas los Q 1,526.41 mensuales.²¹

Las estadísticas ratifican que los salarios promedio en los sectores urbanos, en lo público, en los hombres y en los no indígenas son superiores a los salarios reportados por sus contrapartes rurales, empleadas en lo privado o por cuenta propia, mujeres e indígenas. En todos los casos, sin embargo, el salario promedio no llega a cubrir el costo de la canasta básica vital para un hogar promedio que, en ese mismo mes (octubre 2010), rondaba los Q 3,812.4.

Cuatro conclusiones surgen de las estadísticas de empleo. Primero, las diferencias en la forma de retribuir a las personas, según ciertas características, personales o de su entorno, continúan perpetuando las terribles brechas de desigualdad y pobreza que aumentan los riesgos alimentarios; pero esas características

Subempleado visible: persona que ha trabajado por un tiempo inferior al considerado normal en la actividad específica y que desea trabajar una jornada más larga, aun cuando no le ha sido posible.

Subempleado invisible: quien recibe como remuneración un ingreso muy bajo en relación con su productividad, o que realiza tareas que requieren una preparación inferior a la suya. En esta categoría se refleja el bajo ingreso, la subutilización de las calificaciones y la baja productividad. Esta situación afecta muy directamente a la mano de obra femenina, como consecuencia de factores culturales de discriminación.

Fuente: elaboración propia con base en el glosario de términos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

también reflejan diferencias en cuanto al acceso a la educación, la nutrición, la salud y la capacitación, elementos trascendentales para lograr oportunidades de empleo, así como mejoras en la remuneración.

Segundo, aun cuando se hable muy poco al respecto, el trabajo público en las áreas rurales ha permitido generar empleos no agrícolas (maestros, enfermeras, policías, entre otros) que, en promedio, duplican los ingresos que el trabajo privado ofrece, en promedio, a las familias rurales. Tercero, mientras el salario promedio público alcanza a superar el salario mínimo vigente y permite garantizar por lo menos la canasta básica de alimentos, el promedio nacional de salario privado es mucho menor que ambas variables, pues se ve influenciado principalmente por los bajos salarios privados en el ámbito rural (agricultura) y los magros ingresos resultantes del subempleo.²²

En lo que respecta al consumo de alimentos, el 67% de los hogares declara algún problema relacionado con sus patrones de consumo y pertinencia de los alimentos. Es decir, los alimentos que consumen no llenan sus expectativas en cuanto a necesidades y preferencias alimentarias, entre las que se incluyen la inocuidad y las condiciones higiénicas de los hogares.

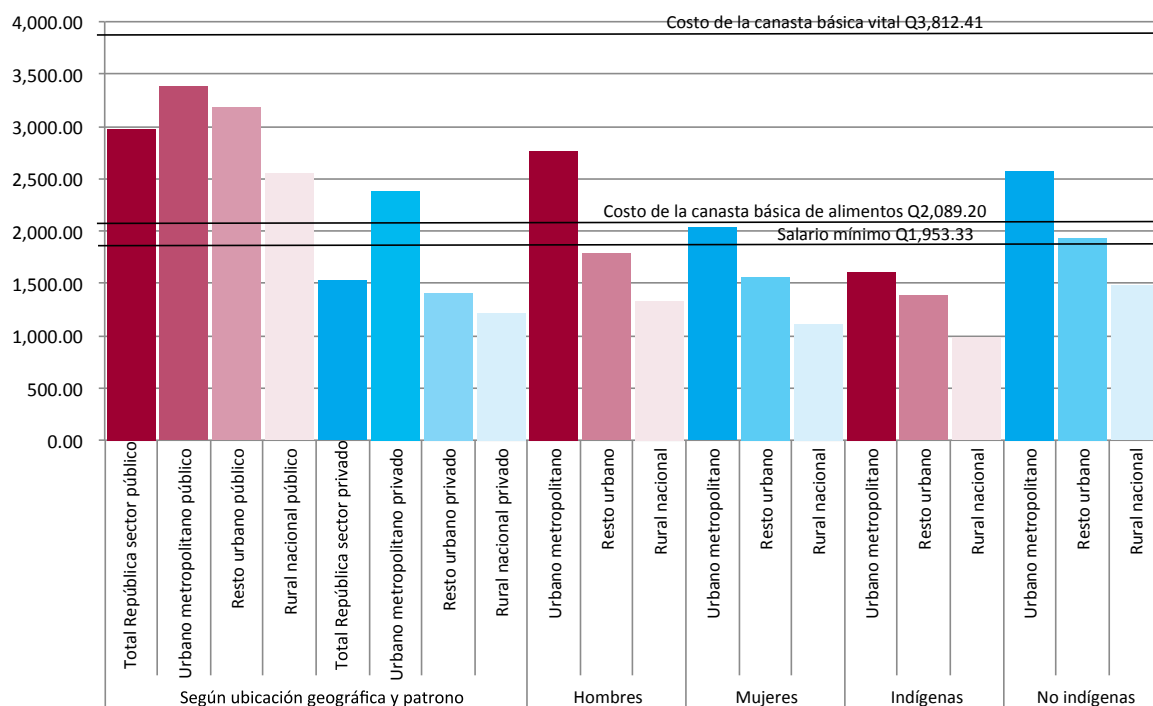
20 INE (2011). *Encuesta nacional de empleos e ingresos (Enei)*, octubre de 2010.

21 *Ibid.*

22 Menkos Zeissig, Jonathan (2011). «Más y mejor empleo: la mejor apuesta para el desarrollo de Guatemala». *Revista Wachb'il*. Núm. 1, año 1. Guatemala, julio, pp. 15-20.

Gráfica 7

Salarios promedio, según diferentes características y algunos indicadores de su poder adquisitivo, octubre de 2010



Fuente: Icefi/Unicef, con base en INE(2011). *Encuesta nacional de empleos e ingresos (Enei)*, octubre de 2010.

A esta variable se debe agregar el patrón cultural de alimentación, el cual va más allá de la dieta. Según Unicef, «Como consecuencia del menor acceso a los alimentos, se incide en el patrón cultural histórico según el cual, a la hora de la comida, suele ser que, en primer lugar, coma el padre, luego los hijos varones, más tarde las hijas y, por último y en caso de que haya sobrado algo de comida, la madre».²³

Respecto a la utilización biológica, el 43% de los hogares declaró no tener problemas en este sentido. Sin embargo, el 14% señaló problemas moderados, mientras que el 42% problemas leves. Estos tienen relación con el saneamiento ambiental, la forma en que se almacenan los alimentos, el agua, el combustible para cocinar y el estado de salud de cada miembro del hogar.

La encuesta concluye que el 93% de la población muestra algún riesgo de padecer problemas de SAN y que los más severos se relacionan con la disponibilidad de alimentos y el acceso económico a los mismos. Estos resultados, si bien arrojan luces sobre las dimensiones del problema, solamente señalan ámbitos de carácter general y no logran aproximarse a las causas de tales problemas, ni a proveer un panorama que evidencie la diversidad y heterogeneidad de la inseguridad alimentaria en el territorio nacional.

De febrero a mayo de 2011, la Secretaría de Seguridad Alimentaria (Sesan) y la Dirección de Información Geográfica, Estratégica y de Gestión de Riesgo del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación (Maga) realizaron una investigación que tenía por objeto analizar los factores asociados con la vulne-

23 Unicef (2011). *Guatemala. La tormenta perfecta. Impacto del cambio climático y la crisis económica en la niñez y la adolescencia*. (http://www.unicef.org.gt/1_recursos_unicefgua/publicaciones/La%20tormenta%20perfecta%20Guatemala.pdf)



©UNICEF/Daimon Xanthopoulos

rabilidad frente a la inseguridad alimentaria y nutricional que explican la desnutrición crónica. Este objetivo se expresó en la construcción del índice de vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria y nutricional (Ivisan), el cual permitió establecer un orden de prioridad para actuar en el nivel municipal. En este nivel se han determinado distintas variables asociadas con la producción agropecuaria, forestal y de desarrollo social que, combinadas en el Ivisan, aportaron información para la identificación y calificación de la severidad de los problemas de inseguridad alimentaria en cada municipio.²⁴ De esta manera, se ha buscado apoyar los procesos de planificación y toma de decisiones para el diseño de intervenciones integrales y efectivas.

Este estudio utilizó como variable dependiente la desnutrición crónica, teniendo como fuente el censo de talla escolar de 2008, el cual cuenta con el dato a nivel municipal. Mediante un procedimiento de correlación, esta variable fue contrastada con las otras variables; luego, el valor de cada municipio fue agrupado en 4 cuartiles a los que se asig-

nó la calificación de muy alta, alta, media y baja vulnerabilidad.

Para obtener el Ivisan se utilizaron las variables: 1) déficit de granos básicos; 2) porcentaje de población en pobreza extrema; 3) índice de precariedad ocupacional; 4) porcentaje de población de mujeres mayores de 15 años analfabetas; 5) índice de saneamiento ambiental; 6) amenaza por heladas; 7) amenaza por inundaciones; 8) amenaza por sequía; 9) índice de densidad del Estado; 10) índice vial.

Al correr el modelo se encontró que las variables no lograban explicar todos los casos de desnutrición, motivo por el cual se agregaron las siguientes variables: a) superficie media de la tenencia de la tierra; b) índice del potencial agropecuario por municipio; c) índice del valor bruto de la producción agropecuaria y forestal; d) intensificación agrícola con medias y fuertes medidas de conservación de suelos; e) diversificación agrícola con fuertes medidas de conservación de suelos; f) densidad de la red hídrica y g) índice

24 Sesan/Maga (2011). *Priorización de municipios a través del índice de vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria y nutricional de la población de Guatemala (Ivisan)*.

de potencial de aguas subterráneas. Asimismo, se incluyeron variables vinculadas con el desarrollo rural: i) índice de patrimonio natural escénico; ii) índice de cuerpos de agua; iii) índice de sitios arqueológicos y, iv) índice de artesanías.

Además de lograr clasificar a los municipios por su grado de vulnerabilidad frente a la inseguridad alimentaria, este estudio muestra cómo la pobreza extrema, el analfabetismo de las mujeres y la precariedad ocupacional explican gran parte del problema de inseguridad alimentaria. En un porcentaje menor, aunque muy importante, se encuentran las variables relacionadas con el medio ambiente, el saneamiento y la productividad agropecuaria, las cuales explican una parte importante de los problemas alimentarios en el nivel municipal.

En el análisis del estudio se enfatiza lo siguiente: «Por lo tanto y con base a los mayores valores de las correlaciones obtenidas en cada variable, podemos concluir que disminuir el analfabetismo en mujeres, promover la generación de empleo y abatir la pobreza extrema son estrategias adecuadas para disminuir la vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria y nutricional en Guatemala. De igual forma, aumentar la superficie media de la tierra en manos de productores, aumentar el potencial agropecuario a través del fomento de prácticas agrícolas adecuadas y fomentar la intensificación y diversificación de las actividades agropecuarias y forestales en terrenos que correspondan a esas vocaciones y con prácticas adecuadas de conservación de suelos, contribuirán al mismo objetivo».

La inclusión de los asuntos relativos a la producción agropecuaria revela la trascendencia de considerar la variable de la tenencia de la tierra, dado que en Guatemala existe una gran concentración de tierras en pocas manos. Según el *Censo agropecuario* realizado por el INE en 2003, el 2% de las fincas ocupan el 57% de las tierras agrícolas, mien-

tras que el 42% de las fincas de menos de 1 manzana ocupa tan solo el 3.2% de dicha superficie.²⁵

Por su parte, la presencia de la narcoactividad en Guatemala ha incidido en el hecho de que grupos o personas relacionadas con esa actividad criminal hayan adquirido grandes extensiones de tierra con el propósito de crear corredores ajenos al control del Estado. Esto constituye un ingrediente que dificulta más el acceso a la tierra por parte de los campesinos, sea por arrendamiento o por compra. Según revelaciones de Wikileaks publicadas por el diario español *El País*, «[...] el 60% del territorio guatemalteco ya está controlado de facto por el crimen organizado y la narcoactividad».²⁶

25 Icefi/CESR (2009). *¿Derechos o privilegios?, el compromiso fiscal con la salud, la educación y la alimentación en Guatemala*.

26 Véase

http://www.elpais.com/articulo/internacional/Cable/EE/UU/Castresana/le/comunica/Guatemala/control/narcotraficantes/elpepuint/20110215elpepuint_19/Tes



¿QUÉ CAUSAS HAY DETRÁS DE
LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA
EN GUATEMALA?

4

¿QUÉ CAUSAS HAY DETRÁS DE LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN GUATEMALA?



©UNICEF/Sandra Sebastián

4.1 UN MODELO PARA ANALIZAR LAS CAUSAS DEL HAMBRE EN GUATEMALA

Con el objeto de adentrarse en la comprensión de los determinantes socioeconómicos de la inseguridad alimentaria y nutricional se diseñó un modelo econométrico que permite identificar los determinantes de la desnutrición crónica en los menores de 5 años. Para el efecto, se ha empleado la metodología de Mínimos Cuadrados Ordinarios (MCO) y se ha tomado como base el modelo de un estudio realizado en la región centroamericana en el año 2007.²⁷

Para alimentar el modelo se utilizan los datos de la última *Encuesta nacional de salud materno-infantil (Ensmi 2008/2009)*, que po-

see una cobertura nacional con representatividad urbano-rural, regional y de los 22 departamentos del país.

Además, la encuesta permite recolectar información sobre las características de la vivienda y antecedentes de la persona entrevistada, nupcialidad, antecedentes del esposo y trabajo de la mujer, reproducción, historia de nacimientos, embarazo actual, embarazo, lactancia y alimentación infantil para todos los hijos nacidos a partir de enero del año 2003, vacunación y salud del niño, planificación familiar, preferencias de fecundidad, adultas jóvenes y actividad sexual, salud de la mujer, infecciones de transmisión sexual, violencia intrafamiliar, asistencia escolar de hijos, peso y talla de mujeres y niños, y anemia en mujeres y niños. En total, la encuesta recolectó información para 16,844 mujeres entre 15 y 49 años.

Números que responden al porqué de la desnutrición crónica en Guatemala

El modelo para medir las causas de la desnutrición utiliza la siguiente fórmula:

$$Z_i = f(N_i, C_i, B_i, S_i, u_i)$$

Donde Z representa la medición del indicador de talla para la edad de cada niño «i»; éste se calcula de la siguiente manera:

$$Z \text{ score (Talla/edad)} = \frac{\text{Valor medio} - \text{valor promedio en la población de referencia}}{\text{desviación estándar de la población de referencia}}$$

N_i Representa el vector de características del niño, como la edad (en meses), el área de residencia, orden de nacimiento, si tuvo bajo peso al nacer y el grupo étnico de la madre.

C_i Es el vector de variables que indican la capacidad adquisitiva del hogar. Para este caso, se calculó un índice de activos que incluye bienes básicos, de lujo y transporte. Además, se toma en cuenta la variable de necesidad básica insatisfecha (NBI) de vivienda.

27 Icfefi (2007). *Análisis presupuestario del gasto en seguridad alimentaria y nutricional en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua*.

B_i Representa el nivel de instrucción de la madre y el cónyuge, además de la antropometría de la madre.

S_i Representa el vector de condiciones sanitarias, medido por el acceso a agua y saneamiento adecuado y hacinamiento del hogar.

Por último, u_i representa el vector de características inobservables que afectan el nivel de nutrición del niño.

Si el indicador de talla para la edad (haz) es <-2 desnutrición crónica total y si es <-3 se considera desnutrición crónica severa.

Guatemala (2008): determinantes de la desnutrición crónica (talla para la edad)

Variable	Coefficiente	Error estándar
Aspectos biológicos y de servicios		
Edad del niño en meses	-0.009***	(0.001)
Orden de nacimiento	-0.016*	(0.007)
Si el niño tuvo bajo peso al nacer	-0.493***	(0.049)
IMC de la madre	0.017***	(0.003)
Asistencia en el parto por personal de salud calificado	0.322***	(0.038)
Aspectos sociodemográficos		
Si vive en el área urbana	0.089*	(0.043)
Si la madre del niño es indígena	-0.343***	(0.039)
Índice de activos	0.899***	(0.087)
Madre sin educación	-0.097*	(0.041)
Cónyuge sin educación	-0.115*	(0.047)
Aspectos medioambientales		
NBI de vivienda	-0.183***	(0.049)
Hacinamiento	-0.110**	(0.036)
Agua y saneamiento adecuado	0.108*	(0.044)

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Fuente: Icfef/Unicef, con datos de Ensmi 2008/2009.

El modelo econométrico elaborado permite mostrar cómo, en cuanto a aspectos biológicos y de servicios, mientras los niños y las niñas van avanzando en edad y el orden de su nacimiento es mayor, van incrementando, a la vez, sus posibilidades de padecer desnutrición crónica. Esto probablemente está relacionado con que mientras más años tienen, dadas las condiciones de precariedad en las que viven, el efecto de la integralidad de las acciones²⁸ es menos visible. Asimismo, las intervenciones de los servicios de salud hacen más énfasis en los más pequeños, lo cual debe sumarse a que mientras más grande sea el niño, menos lo llevan al servicio de salud.

En cuanto al orden de nacimiento, probablemente haya una relación con el número de hijos por familia; mientras más hermanos o hermanas se tienen, los recursos escasos necesitan distribuirse entre más individuos. Del mismo modo, el bajo peso al nacer indica un problema desde el nacimiento que, si no es identificado y tratado oportunamente, aumenta el riesgo de desnutrición crónica. Este fenómeno también refleja carencias nutricionales importantes en la madre durante el periodo pre natal. Es por ello que el espaciamiento de los embarazos así como un mayor conocimiento sobre salud reproductiva y sexual resultan importantes para reducir la desnutrición dentro de los hogares.

28 Entre tales acciones, la lactancia materna y la consejería.

Otro factor que permite advertir la probabilidad de que un niño o niña padezca desnutrición es el tipo de personal que ha atendido su parto. Si se trata de personal calificado, el riesgo de desnutrición disminuye. La variable de atención calificada durante el parto revela no solo una mayor oportunidad de acceso a la preparación y control natal, sino también la presencia de servicios de salud funcionales y con credibilidad (lo cual no es menos importante). Esta afirmación resulta, por ejemplo, en que para que la población indígena acepte ir a los servicios de salud donde se atiende mediante un modelo distinto culturalmente, se necesita una buena dosis de aceptación cultural de los servicios. Otra variable inscrita en este ámbito es el índice de masa corporal²⁹ de las madres, que cuando es el reflejo de una mujer sana (entre 18.5 y 24.9), entonces disminuye el riesgo de desnutrición de los hijos mediante mecanismos no del todo claros, pero que implican la reducción del bajo peso al nacer y, de manera indirecta, muestran que la madre tiene acceso a una alimentación adecuada.

Respecto a los aspectos socio demográficos, el vivir en el área urbana reduce el riesgo de padecer desnutrición crónica. Esto se explica debido al mayor acceso a servicios y oportunidades respecto a los que habitan en el área rural. Asimismo, el poseer un índice de activos alto, es decir algún patrimonio familiar, refleja cómo los ingresos del hogar son determinantes significativos en las posibilidades de padecer o no desnutrición. Cuando los ingresos familiares se incrementan, confieren importantes grados de protección contra la desnutrición.

Por el contrario, el que la madre sea indígena representa un mayor riesgo de padecer carencias nutricionales. Este dato muestra cómo la exclusión, en el mercado laboral y

De todas las causas que condicionan la desnutrición de las niñas y niños menores de 5 años, las cuatro principales son: la pobreza del hogar y su baja capacidad adquisitiva; la situación nutricional de la madre, previo al embarazo y como condicionante del bajo peso al nacer de sus hijos; el reducido acceso a servicios de salud y educación de la madre; y la falta de agua segura y saneamiento ambiental en el hogar.

en el acceso a servicios públicos, es en buena medida la base de los problemas nutricionales, como también lo confirma la relación positiva entre la variable de educación de la madre y el cónyuge y el riesgo de sus hijos de padecer desnutrición.

En cuanto a las variables relacionadas con el medio ambiente y las condiciones de la vivienda, el modelo demuestra que, a mayores carencias, hacinamiento y necesidades básicas insatisfechas de la vivienda, el riesgo de padecer desnutrición crónica aumenta. Por el contrario, contar con acceso a fuentes de agua segura y medidas adecuadas de saneamiento ayuda a proteger contra este problema. Los mecanismos por los que esto ocurre están relacionados con el incremento de episodios de enfermedad, tales como las infecciones respiratorias agudas (entre cuyos factores de riesgo están el hacinamiento y la cocina con humo dentro de la vivienda), así como los problemas diarreicos ampliamente relacionados con la contaminación del agua y los alimentos.

29 El índice de masa corporal es la relación entre el peso de una persona (en kilogramos) y su estatura (en metros).

$$IMC = \frac{\text{peso (kg)}}{\text{estatura}^2 \text{ (m}^2\text{)}}$$

Según los rangos, se considera bajo si es menor de 18.5, normal entre 18.5 y 24.9, sobrepeso entre 25.0 y 29.9 y obesidad si es mayor a 30.

Tabla 8
Determinantes de la desnutrición

Aspectos	Factor	Razón
Aspectos biológicos y de servicios	Edad del niño o la niña	Se ausenta de los centros de salud, los esfuerzos del hogar se vuelcan en los más pequeños.
	Orden de nacimiento	Mientras más hermanos o hermanas se tienen, los escasos recursos necesitan distribuirse entre más individuos.
	Bajo peso al nacer	Las condiciones nutricionales de la madre, lo que refleja carencias nutricionales importantes en ella durante el período pre natal.
	IMC bajo de la madre	Refleja el deficiente estado nutricional de la madre. Si el IMC de la madre está por debajo de lo saludable, probablemente el hogar no cuenta con una alimentación adecuada.
	Parto no atendido por personal calificado	Revela menores probabilidades de atención prenatal y dificultades de acceso a servicios de salud funcionales y con credibilidad.
Aspectos socio-demográficos	Rural	Vivir en el área rural aumenta el riesgo de padecer desnutrición crónica debido al menor acceso a servicios públicos, como los de salud y educación.
	Índice bajo de activos	Si el hogar no cuenta con ingresos económicos suficientes, los niños y niñas menores de cinco años están más expuestos a sufrir desnutrición.
	Madre indígena	Debido a la discriminación que ha padecido la población indígena, las mujeres que pertenecen a ella están en una situación desigual para el acceso a servicios.
	Madres/padres con nula o escasa educación	A menor educación en los padres, los niños y niñas están más expuestos a padecer desnutrición. Esto evidencia cómo el círculo de exclusión del mercado laboral y de los servicios públicos al que se exponen los padres perpetúa las condiciones de hambre en el hogar.
Aspectos medioambientales	NBI de la vivienda	Si el hogar está en malas condiciones, el niño o la niña tendrán más posibilidades de padecer desnutrición, estando más expuestos a diferentes enfermedades.
	Hacinamiento	Aumento de infecciones respiratorias y de enfermedades diarreicas.
	Sin acceso a agua potable y saneamiento	Los problemas de contaminación del agua que se consume en el hogar, así como las malas condiciones de saneamiento (por ejemplo, no contar con la eliminación de excretas). Esto aumenta la incidencia de enfermedades y perpetúa el ciclo de infección-desnutrición.

Fuente: Icefi/Unicef, con base en el modelo econométrico desarrollado

Un estudio de carácter comparativo con respecto a los determinantes de la desigualdad en la desnutrición crónica infantil, realizado por la Comisión Económica para América Latina (Cepal) y Unicef, confirma cómo la desnutrición aumenta ante la carencia de suficientes recursos en los hogares, carencia que se da como resultado de la concentración de la riqueza (la cual, en este estudio, no solo se refiere a los ingresos, sino también a la disponibilidad de servicios de agua potable y saneamiento apropiados). La educación de la madre y de la pareja constituye el segundo factor más importante para explicar las desigualdades en la desnutrición crónica infantil.³⁰

El mismo estudio concluye que las variables biomédicas —es decir, el sexo, la edad, el orden de nacimiento y el peso al nacer— no tienen mucha importancia al momento de explicar la desigualdad en la distribución de la desnutrición crónica infantil, si bien algunas de dichas variables tienen importancia al explicar su nivel. Por otro lado, en los países en donde los servicios públicos tienen una mayor cobertura, se observó un efecto mínimo de esta variable sobre la desigualdad en la desnutrición infantil, pues una mayor cobertura de servicios públicos, como educación o salud, tienden a desaparecer las desigualdades socioeconómicas en su distribución.

30 Cepal/Unicef (2008). *Evolución de la desnutrición crónica infantil y su distribución socioeconómica en siete países de América Latina y el Caribe*. Guillermo Paraje. Serie Políticas Sociales, núm. 140. División de Desarrollo Social. LC/L.2878-P. Santiago de Chile, marzo.

Tabla 9

Países seleccionados: principales factores determinantes de la desigualdad en la desnutrición crónica infantil, como porcentaje, varios años

Variable	Bolivia		Guatemala		Haití		Nicaragua		República Dominicana	
	1994	2003	1996	2002	1994	2005	1997	2001	1996	2002
Riqueza	64.7	68.1	68.1	82.4	97.2	77.9	76.9	51.9	58.6	61.6
Educación madre	14.2	46.1	27.3	29.1	34.2	24.4	29.2	37.2	21.5	2.4
Educación pareja	5.6	8.8	7.4	6.9	-2.9	15.8	-0.1	3.2	10.1	9.5
Otros	15.5	-23.0	-2.8	-18.4	-28.5	-18.1	-6.0	7.7	9.8	26.5

Fuente: Icefi/Unicef, con base en Cepal/Unicef (2008). *Evolución de la desnutrición crónica infantil y su distribución socioeconómica en siete países de América Latina y el Caribe*. Guillermo Paraje. Serie Políticas Sociales, núm. 140. División de Desarrollo Social. LC/L.2878-P. Santiago de Chile, marzo, pp. 32-33.

La comparación permite comprender los principales factores hacia los cuales las políticas públicas deberían enfocarse con el objeto de erradicar el hambre; entre ellos, la mejora en las condiciones de vida y el entorno socioeconómico de los hogares más pobres. Adicional a las políticas sanitarias, es necesario incluir políticas laborales, educativas y de protección social, así como políticas de ingresos que garanticen un entorno de estabilidad, sostenibilidad y bienestar en estos hogares.

4.2 ¿CUÁL ES LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS FRENTE A LAS CAUSAS Y DETERMINANTES DE LA DESNUTRICIÓN?

Según la *Ensmi 2008/09*, las niñas y niños menores de 5 años que presentaron desnutrición crónica tienen una edad promedio de 2.5 años; cerca de 6 de cada diez residen en el área rural; el 45.9% es población indígena. Mostraron bajo peso al nacer el 11.1% y, en promedio, el orden de nacimiento es de 3.4, lo que muestra que antes de cumplir los 5

años de edad estos niños y niñas ya tenían hermanos mayores y menores. Solamente en el 50.8% de los casos el nacimiento fue atendido por personal de salud calificado (véase *tabla 10*).

En cuanto a la capacidad adquisitiva del hogar, medida por el índice de activos,³¹ el promedio es bastante bajo (0.19). No obstante, al realizar una desagregación por área geográfica se encuentran diferencias para el área urbana, donde el índice de activos es de 0.33, en comparación con el 0.11 para el área rural. Con relación a las NBI de vivienda, se obtiene que el 13.8% de los niños entre 3 y 59 meses vive en hogares con necesidad insatisfecha de vivienda.

En el 28.9 y el 16.6% de los casos, la madre del niño y el cónyuge de la madre, respectivamente, no tenían ningún nivel educativo. También el índice de masa corporal de la madre (IMC) era en promedio de 25.8,³² un poco encima de lo normal.

En cuanto a las condiciones sanitarias del hogar, se observa que solamente el 34.3% de los casos tiene acceso a agua y saneamiento adecuado; además, el 65.9% de estos niños y

31 El índice de activos se calcula a partir de un promedio ponderado entre bienes básicos, de lujo y de transporte, además del indicador de NBI de vivienda.

32 Según los rangos se considera bajo si es menor de 18.5, normal entre 18.5 y 24.9, sobrepeso entre 25.0 y 29.9 y obesidad si es mayor a 30.

Tabla 10
Variables incluidas en el modelo

Descripción	Media*
Edad del niño en meses	30.9
Área de residencia del niño (1 urbana)	36.7%
Etnicidad de la madre (1 indígena)	45.9%
Clasificación de bajo peso al nacer	11.1%
Orden de nacimiento	3.4
Parto atendido por personal de salud calificado	50.8%
Índice de activos	0.19
Nivel educativo de la madre= ninguno	28.9%
Nivel educativo del esposo o compañero de la madre= 0	16.6%
Índice de masa corporal de la madre	25.8
NBI de vivienda	13.8%
Hacinamiento (número de personas por dormitorio)	65.9%
Agua y saneamiento adecuados	34.3%

Nota: las estadísticas se presentan a nivel de individuos, no de hogares.

Fuente: Icfef/Unicef, con datos de Ensmi 2008/2009.

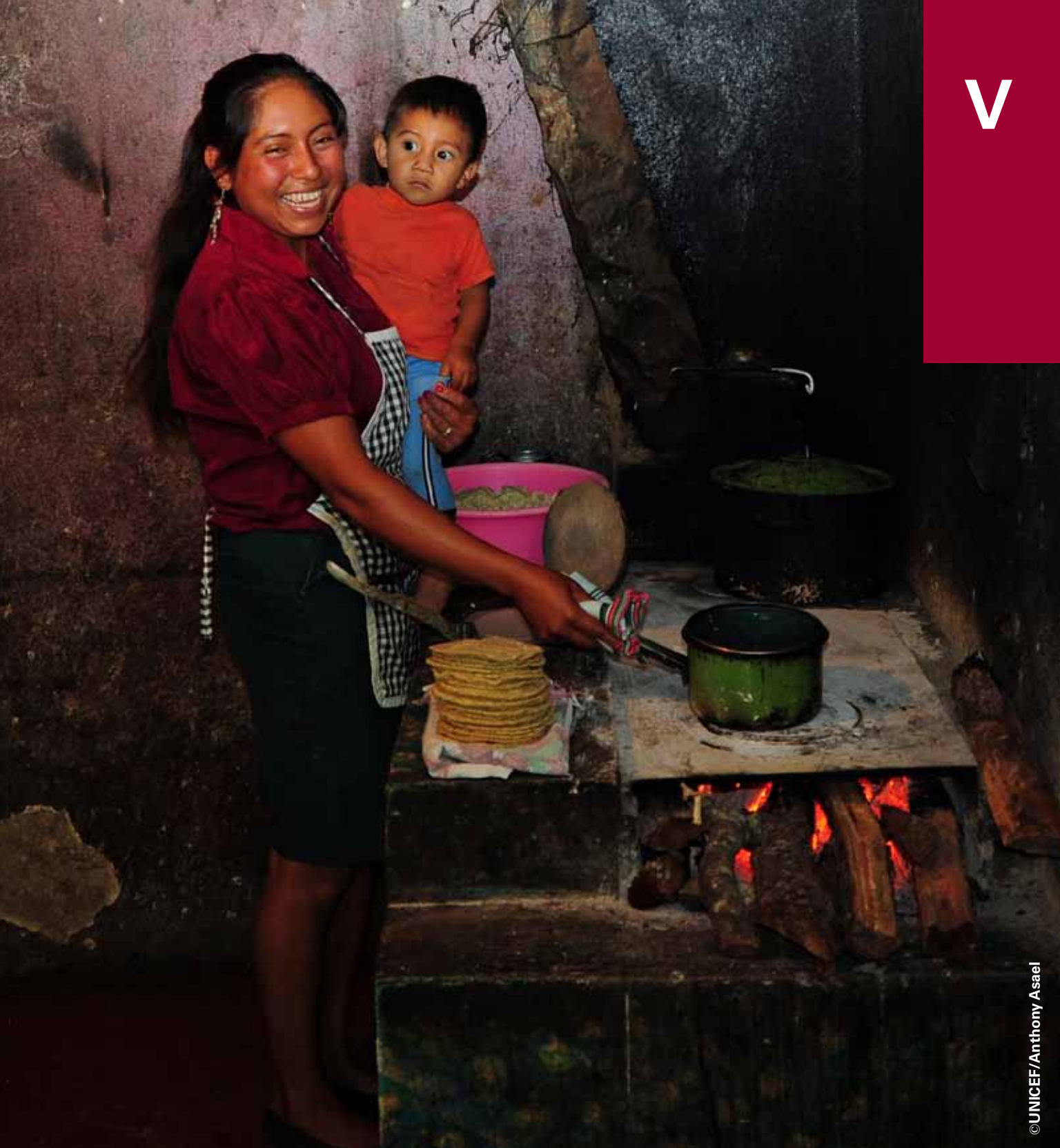
niñas vive en hogares hacinados. En el 10.3% de los casos de desnutrición crónica, los niños viven en hogares que para beber utilizan agua de río, acequia o manantial. El tipo de servicio sanitario que emplea el 61.2% es letrina, pozo ciego o escusado, mientras que el 16.4% no tiene servicio sanitario. Esto es consistente con que en el 85.1% de los casos los hogares tienen origen y abastecimiento de agua adecuado, mientras que solamente el 25.5% tiene servicio sanitario adecuado.

En cuanto a las condiciones de la vivienda, para el 58.6% de los casos el material del piso es de tierra, mientras que en el 32.4% es de torta de cemento. El principal material de las paredes es el adobe, en el 31.3% de los casos; le siguen el block, en un 31.5% y la madera, en 23.7%. Esto da como resultado que en el 17.5% de los casos la condición de la vivienda sea inadecuada. Al combinar los resultados de vivienda inadecuada con desnutrición crónica, se puede observar que los departamentos donde se encuentra distribuida la mayor proporción de casos de desnutrición crónica presentan también una necesidad insatisfecha de vivienda.

La desnutrición no solo es resultado de la pobreza, sino también de la exclusión en el acceso a servicios de salud y educación, el limitado acceso a agua segura y la poca responsabilidad en el manejo de los desechos.

Entre las características de la madre se puede mencionar que el 71.3% tiene entre 20 y 34 años, el 60% es indígena, el 55.1% de ellas están casadas y el 37.0% se encuentra en unión de hecho. El 60.2% de mujeres asistió a algún establecimiento educativo y, para la gran mayoría de ellas (82.5%), el nivel educativo más alto aprobado fue la primaria.

En el 66.2% de los casos el lugar de parto fue la casa y, en el 23.6%, un hospital público. El 29% de los casos fue atendido por un médico y el 24.9% por una enfermera. Solo el 53.9% de las madres llevó al niño a control del niño sano y un 19.8% de las madres acudió a control después del parto.



¿CUÁNTO INVERTIMOS EN LA
ERRADICACIÓN DEL HAMBRE EN
GUATEMALA?

5

¿CUÁNTO INVERTIMOS EN LA ERRADICACIÓN DEL HAMBRE EN GUATEMALA?



©UNICEF/Claudio Versiani

La información presupuestaria de los últimos cuatro años permite determinar que el gasto público en seguridad alimentaria y nutricional (GPSAN) se acercó a los Q 2,265.5 millones en 2008, pasó a Q 3,508.6 millones en 2009 y Q 4,507.9 millones en 2010, mientras que en 2011 la asignación de recursos ascendió a Q 4,753.7 millones.

En términos reales, es decir, relacionando el dinero gastado con el tamaño de la economía, la inversión en seguridad alimentaria y nutricional pasó de representar un 0.76% del PIB, en 2008, a cerca de 1.30% en 2010 y 2011. Este incremento es resultado, en buena medida, del incremento en el programa de protección social Mifapro, que en estos últimos dos años ha tenido una asignación promedio de Q 1,082.0 millones.³³

Si se relaciona el gasto público en SAN con el número de habitantes de Guatemala, se observa cómo el gasto *per cápita* anual pasó de representar Q 165.33, en 2008, a cerca de Q 323.07, en 2011.

Al analizar los presupuestos destinados entre 2008 y 2011 a cada uno de los ejes identificados como prioritarios para la SAN, se puede observar que los rubros relacionados con la protección social han tenido incrementos sostenidos en el tiempo. Entre dichos rubros se encuentra Mifapro, al igual que aquellos vinculados con el acceso a agua potable y saneamiento, atención de desastres ante fenómenos naturales y la gestión de la seguridad alimentaria y nutricional por medio de la Sesan. Por el contrario, los programas relacionados con el acceso a servicios de

¿Cómo se calcula la inversión en seguridad alimentaria y nutricional?

Con la finalidad de determinar los recursos que han sido invertidos en seguridad alimentaria y nutricional durante el período que va de 2008 a 2011, se procedió a hacer un análisis detallado del presupuesto público del Gobierno central y del Instituto de Fomento Municipal (Infom).

La metodología seguida intenta vincular los condicionantes de la desnutrición con los recursos financieros destinados a ejecutar programas de política pública que pueden mitigar estos condicionantes, procediéndose a clasificar las partidas presupuestarias de conformidad con **ocho ejes prioritarios para la SAN**:

1. Gasto realizado por la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Sesan) en su calidad de ente coordinador del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Sinasan).
2. Programas de apoyo técnico y financiero a pequeños productores agrícolas y atención a hogares para garantizar el consumo de alimentos.
3. Acceso a servicios de salud preventiva y salud materna e infantil.
4. Atención a hogares mediante programas de protección social (tal es el caso de los programas de alimentación escolar).
5. Programa de vivienda.
6. Extensión de servicios de agua potable y saneamiento.
7. Atención a desastres ante fenómenos naturales.
8. Programa de protección y asistencia social (como las transferencias condicionadas en efectivo).

La información presupuestaria analizada de 2008 a 2010 comprende el presupuesto devengado, en tanto que para 2011 se considera la información del presupuesto vigente.

³³ Cifras para 2011 son preliminares y corresponden al presupuesto vigente.

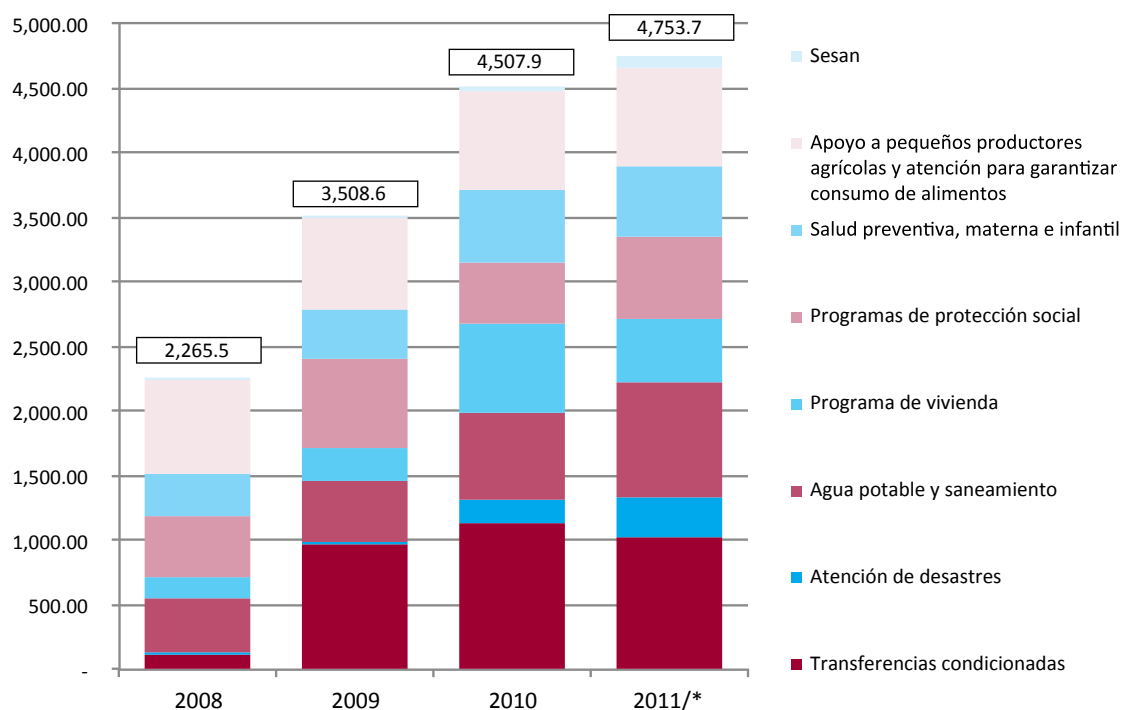
salud preventiva y salud materna e infantil, junto con aquellos vinculados a programas de vivienda, han decaído en 2011, después de seguir una trayectoria expansiva en los años anteriores. Por su parte, el programa de apoyo a pequeños productores agrícolas se mantiene en 2011 con un presupuesto muy similar al que tenía en 2008.

En términos de la distribución porcentual del gasto, la mayor inversión está constitui-

da por los programas de protección social que, junto con Mifapro, representan cerca del 37.7% del gasto total, en tanto que los programas de agua potable y saneamiento, así como el de vivienda, representan el 17.0 y el 12.7%, respectivamente. Con niveles muy similares, en torno al 12.0% se encuentra la inversión en salud preventiva, materna e infantil, en tanto que los programas de apoyo a pequeños productores agrícolas equivalen aproximadamente al 10.0% del gasto total.

Gráfica 8

Guatemala: gasto público del Gobierno central e Infom en seguridad alimentaria y nutricional
En millones de quetzales
2008-2011/*



/* Cifras preliminares.

Fuente: Icefi/Unicef, con base en información presupuestaria del Sicoín.

Según las consideraciones realizadas anteriormente sobre el gasto presupuestario por eje estratégico, puede observarse que, en síntesis, la institución que registra la mayoría de la ejecución de recursos en SAN es el Mineduc, como resultado del manejo de los programas de transferencias condicionadas y de alimentación escolar, registrando una ejecución promedio de Q 1,335.5 millones (de 2008 a 2011).

En segunda instancia se encuentra el MSPAS que, a través del manejo de los programas de prevención y promoción de la salud y de extensión de cobertura, muestra un gasto promedio destinado a la atención de la SAN, en los últimos cuatro años, de Q 504.0 millones. Continúa, en orden de importancia, el Ministerio de Comunicaciones, Infraestructura y Vivienda (Micivi), con una ejecución promedio de Q 330.0 millones en proyectos de

vivienda y agua y saneamiento, entre otros. Finalmente, resalta el gasto del Maga, con un promedio de Q 397.6 millones en proyectos de impacto agrícola y el presupuesto asignado a los Consejos de Desarrollo, con Q 349.5 millones dedicados a proyectos de agua potable, saneamiento, vivienda y de apoyo agrícola.

Como puede apreciarse, la expansión registrada en el gasto en SAN se ha enfocado en brindar mayores servicios de salud, incrementar el subsidio al programa de vivienda y la asignación a Fonapaz, con el objetivo de fortalecer los programas de agua y saneamiento. En contraste, el gasto ejecutado por el Maga y el Fondo Nacional de Desarrollo (Fonades) presenta cierto estancamiento, lo cual es susceptible de consideración, espe-

cialmente porque estas entidades ejecutan proyectos que permiten a las familias mejorar sus ingresos y acceder a alimentos en el mercado a través de programas de apoyo y crédito.

En cuanto a las fuentes de financiamiento del gasto en SAN, las estimaciones revelan que, para 2011, aproximadamente Q 2,829.3 millones, es decir el 60% de los gastos, han sido financiados por medio de ingresos corrientes, los cuales incluyen impuestos y transferencias recibidas, así como ingresos propios. Por su parte, el endeudamiento, tanto externo como las colocaciones internas, alcanza Q 1,503.3 millones, es decir, el 32% del financiamiento. Finalmente, el 9% restante del GPSAN ha sido financiado mediante donaciones.

La inversión en seguridad alimentaria y nutricional: ¿cuánto se gasta?, ¿quiénes lo gastan?, ¿en qué se gasta?, y ¿cómo se paga?

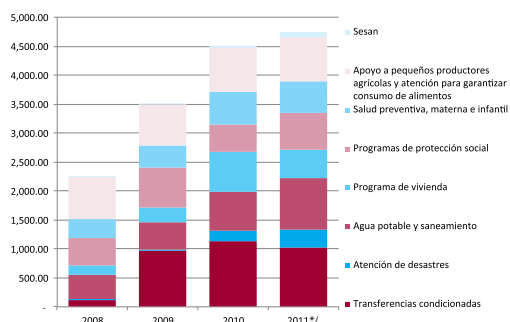
¿Cuánto se gasta?

De 2008 a 2011 se cuenta con una inversión en seguridad alimentaria y nutricional que alcanza, para el año 2011, los Q. 4,753.7 millones. Esta cantidad está distribuida en ocho ejes estratégicos de acción que abarcan programas de apoyo a pequeños productores agrícolas, salud preventiva, materna e infantil, protección social, vivienda, agua y saneamiento, atención a desastres y transferencias condicionadas.

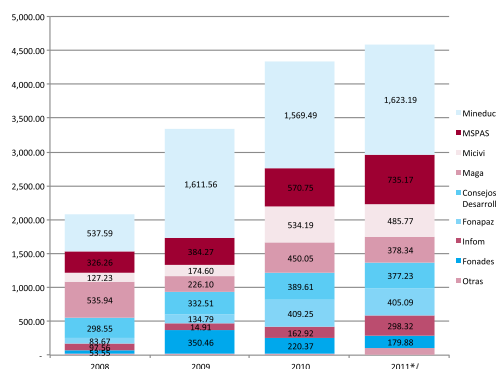
¿Quiénes lo gastan?

La entidad que más gasto ejecuta en seguridad alimentaria y nutricional es el Mineduc debido a los programas Mifapro y de Alimentación Escolar. Le siguen, en orden de importancia, el MSPAS, el Micivi y Fonapaz, entidades que realizan programas de salud, vivienda y agua y saneamiento, entre otros.

Gasto público en seguridad alimentaria y nutricional Años 2008-2011 */



Gasto público en seguridad alimentaria y nutricional por institución



*/ Cifras preliminares

Fuente: Icefi/Unicef con base en el Sistema de Contabilidad Integrada (Sicoi).

5.1 ¿CUÁNTO PERDEMOS POR NO ERRADICAR EL HAMBRE?

El impacto de la desnutrición sobre el desarrollo infantil representa una cadena perpetua no sólo para este grupo de población, sino para todo el país. La desnutrición limita las posibilidades de romper el círculo de la pobreza por sus efectos adversos en la salud, la educación y los ingresos futuros de quien la padece.

Si el cerebro de las niñas y niños de hoy no se desarrolla de la manera debida antes de los tres años de edad, por la carencia de una alimentación adecuada, no alcanzarán a ca-

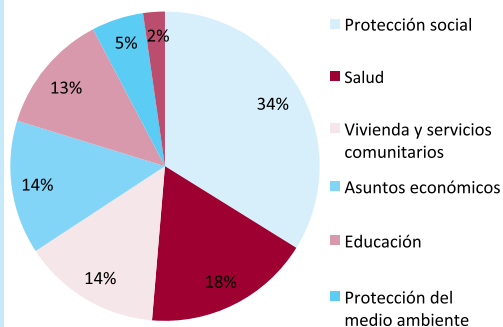
balidad sus facultades físicas y emocionales y verán limitadas las posibilidades futuras de desarrollar un proyecto de vida pleno, así como una participación social y económica beneficiosa para el conjunto de la sociedad.

El estudio *El costo del hambre* (Cepal/PMA) presenta una robusta evidencia sobre los costos económicos de la desnutrición infantil en Centroamérica y República Dominicana.³⁴ Para lograrlo, se empleó una metodología circunscrita al estudio de la desnutrición y la salud de la gestante, el infante y el preescolar (menores de 0 a 59 meses de vida). Los indicadores de desnutrición utilizados dependen de la etapa del ciclo de vida. Para la desnutrición intrauterina se estima el bajo peso al nacer para los menores con restricción de crecimiento intrauterino.

¿En qué se gasta?

Durante 2011, la inversión en seguridad alimentaria y nutricional fue utilizada de la siguiente manera: Q 1,609.2 millones en protección social; Q 831.2 millones en salud; Q 685.9 millones en vivienda; Q 665.0 millones en agricultura y Q 597.0 millones en educación.

Gasto público en seguridad alimentaria y nutricional por función 2011 */



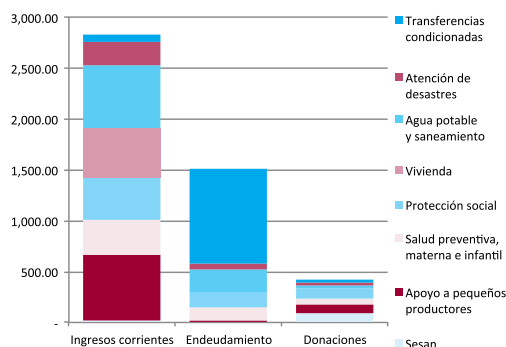
*/ Cifras preliminares

Fuente: Icefi/Unicef con base en Sicoín.

¿Cómo se paga?

El financiamiento de la inversión en seguridad alimentaria y nutricional durante 2011 indica Q 2,829.3 millones en ingresos corrientes (impuestos, entre otros); Q 1,506.3 millones en endeudamiento y Q 418.1 millones en donaciones.

Gasto público en seguridad alimentaria y nutricional por fuente de financiamiento 2011 */



34 Cepal/PMA (2007). *El costo del hambre: impacto social y económico de la desnutrición infantil en Centroamérica y República Dominicana*. Documento de Proyecto. LC/W.144/ Rev.1. Santiago de Chile. Octubre.

Para la etapa preescolar, se utiliza la desnutrición global moderada y severa (peso para la edad inferior a -2 desviaciones estándar), empleando como patrón de comparación la distribución de la norma del Centro Nacional de Estadísticas de Salud de Estados Unidos (NCHS, por sus siglas en inglés).³⁵

El modelo utilizado contempla el estudio de las consecuencias que tiene la desnutrición en los ámbitos de salud, educación y productividad y, posteriormente, traduce estas consecuencias a costos monetarios. En el primero de los casos, la mayor probabilidad que tienen las niñas y niños desnutridos de enfermarse aumenta proporcionalmente los costos en el sector salud. A esto se suman los costos que solventan las personas afectadas y sus familiares como producto del tiempo y la calidad de vida perdidos.³⁶

En lo que respecta a educación, se estima el costo de la menor capacidad de aprendizaje y atención de quienes han padecido desnutrición infantil, lo que incrementa los costos del sistema educativo, como resultado de una mayor repetición de grados, con los consiguientes costos adicionales en infraes-

tructura, equipamiento, recursos humanos e insumos educativos. A esto se suman costos privados de las familias dedicados a la mitigación del menor rendimiento.³⁷

Finalmente, en lo que se refiere a la productividad, el estudio mide los costos por medio de pérdidas como resultado de un menor logro educativo y la pérdida de capacidad productiva, como una manifestación económica de la mayor cantidad de muertes que genera el hambre.³⁸

En el contexto centroamericano, Guatemala es el país con los mayores costos como causa de la desnutrición global y soporta cerca del 47% de los costos regionales. Esto se explica porque Guatemala es el país de la región con el mayor número de niñas y niños menores de 5 años y también es el país con la mayor tasa de desnutrición global.

En 2004, los costos de la desnutrición en Guatemala fueron de aproximadamente US\$ 3,128.4 millones, lo que representó cerca del 11.4% del producto interno bruto del país. Expresados en quetzales, los costos diarios de la desnutrición rondaban los Q 66 millones.

Tabla 11

Centroamérica: costos de la desnutrición global en menores de 5 años

2004

2004			Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Población menor de 5 años (en millones)			0.40	0.80	2.00	1.00	0.70	0.30
Porcentaje de desnutrición global			4.00	10.30	22.70	16.60	9.60	6.80
Costos de la desnutrición	En millones de US\$	Salud	10.00	24.40	285.30	47.50	26.90	26.40
		Educación	2.60	1.00	16.50	5.00	1.70	3.70
		Productividad	305.00	1,150.00	2,826.60	727.60	235.80	291.40
		Total	317.60	1,175.40	3,128.40	780.10	264.40	321.50
	Como porcentaje del PIB	Salud	0.10	0.20	1.00	0.60	0.60	0.20
		Educación	0.01	0.010	0.06	0.04	0.03	0.00
		Productividad	1.60	7.30	10.30	9.90	5.2	2.10
		Total	1.70	7.40	11.40	10.60	5.8	2.30

Fuente: Icfef/Unicef, con base en Cepal/PMA (2007).

³⁵ Ibid.

³⁶ Ibid.

³⁷ Ibid.

³⁸ Ibid.

Afrontando eficazmente la lucha contra el hambre, los costos disminuirían drásticamente. En el estudio de Cepal/PMA se plantean tres escenarios con sus respectivos impactos en los costos, entre 2004 y 2015. En el primero, se mantienen los niveles de desnutrición global observados en 2004. En el segundo escenario se alcanza la meta 2 de los ODM, en cuanto a disminuir a la mitad la desnutrición global registrada en 1990; mientras, en el tercer escenario, se supone la erradicación de la desnutrición global en los países (quedando una prevalencia en torno al 2.5%).

En el escenario estático, los costos serían superiores en un 10% con respecto a lo registrado en 2004. En el segundo escenario, el costo de la desnutrición sería aproximadamente un 40% menor a lo observado en 2004, mientras que, en el último escenario, con la erradicación de la desnutrición global, los costos se reducen aproximadamente un 88% con respecto a 2004.³⁹

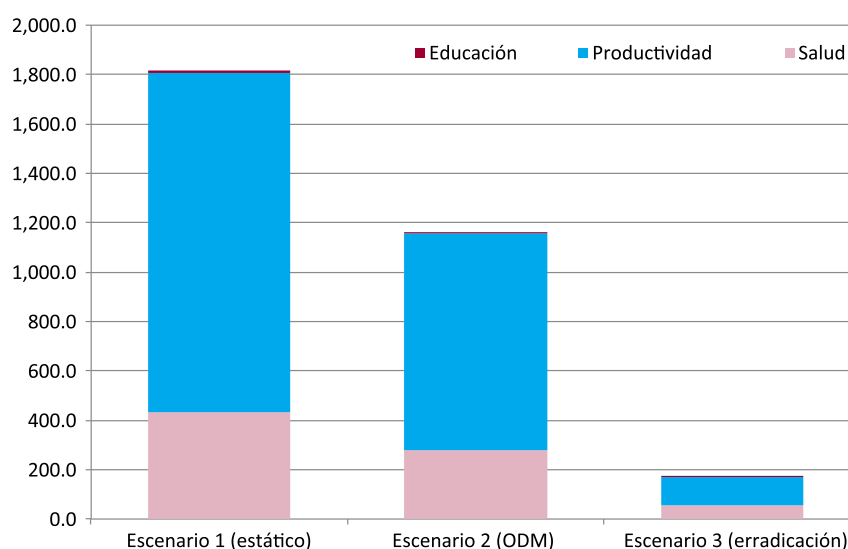
En el caso de Guatemala, si los niveles de desnutrición continúan inalterables en el

tiempo, los costos del hambre en 2015 aumentarían cerca de 13% por encima de lo registrado en 2004. Por otro lado, si se logra cumplir con la meta 2 de los ODM, que es reducir la desnutrición global a 14.5%, entonces los costos disminuirían en cerca de 27.8%. En el escenario de erradicación de la desnutrición global, los costos caerían aproximadamente 89.4% con respecto a los costos observados en 2004.⁴⁰

En términos de desarrollo, esta reducción en los costos de la desnutrición no solo representaría un incremento significativo en el bienestar de toda la población, sino que se traduciría en importantes ahorros para la sociedad. Muchos de los recursos desperdiciados en la actualidad por no enfrentar el hambre se podrían utilizar para aumentar las inversiones en áreas estratégicas para la sociedad, tales como la investigación para la transformación económica, construcción de infraestructura económica y social, mejoras en la calidad educativa y la mitigación y adaptación al cambio climático, entre otros desafíos actuales.

Gráfica 9

Guatemala: estimación de los costos totales por desnutrición global en 2015
En millones de dólares de 2004



Fuente: Icefi/Unicef, con base en Cepal/PMA(2007), p.100.

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Ibid.



¿QUÉ INTERVENCIONES SE
NECESITAN PARA ERRADICAR
LA DESNUTRICIÓN?

6

¿QUÉ INTERVENCIONES SE NECESITAN PARA ERRADICAR LA DESNUTRICIÓN?



©UNICEF/Anthony Asael

Dado que la desnutrición es un fenómeno que responde a causas variadas, el impacto de los programas relacionados con la nutrición está condicionado por intervenciones adicionales que atiendan, en conjunto, el contexto socioeconómico familiar.

Incidir sobre el retardo en el crecimiento —y, más aún, garantizar anticipadamente la protección frente a la desnutrición— es un proceso complejo que demanda medidas ejecutadas de manera coordinada y en la misma temporalidad sobre varios factores. Es decir, la mejora en la alimentación de los niños y niñas debe estar acompañada de procesos periódicos de inmunización y desparasitación, así como de promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses.

Asimismo, se requiere intervenir sobre los bajos ingresos del hogar y las pocas oportunidades de empleo, la falta de cobertura y calidad de servicios de salud, educación y protección social, el bajo acceso a agua segura y el manejo inadecuado de desechos. Todo esto, bajo un liderazgo integrador que permita generar información oportuna y confiable para tomar decisiones, evaluar y afinar las intervenciones implementadas.

Aquellos países en donde los programas de nutrición han sido acompañados por medidas orientadas a dotar de infraestructura básica, mejorar los servicios de salud y educación, ampliar los programas de protección social a los grupos más vulnerables e incorporar políticas para el fomento del empleo, no solo han reducido los niveles de desnu-

Factores clave para la disminución de la desnutrición

Desarrollo de políticas públicas y programas sostenibles, sustentados en un compromiso de Estado expresado en la implementación de políticas, planes y programas de nutrición y alimentación de largo plazo, debidamente financiados y con fuerte participación y control social.

Acceso mejorado y utilización de servicios públicos integrados, entre ellos los servicios de salud, acceso a agua segura, higiene y saneamiento ambiental del hogar, estimulación temprana, educación inicial y la debida protección social.

Cuidado familiar y comunitario adecuado del niño, como resultado de cambios en el comportamiento y conductas, ligado a mayor acceso a la información y educación. Asimismo, la participación activa de la comunidad en la vigilancia y gestión local de los programas.

Empoderamiento y participación de la mujer para un doble dividendo. Por un lado, para avanzar en la igualdad entre géneros y, por el otro, las mujeres sanas, instruidas y con poder tienen más posibilidades de criar hijas e hijos sanos, educados y seguros de sí mismos.

Fuente: Icfef/Unicef, con base en Unicef (2008). *Lineamientos estratégicos para la erradicación de la desnutrición infantil en América Latina y el Caribe*. Guías para líneas de acción. Unicef/Tacro. Panamá.

trición, sino que han logrado combatir la pobreza y la indigencia.

6.1 LA EXPERIENCIA INTERNACIONAL

En la mayor parte de estudios realizados con el propósito de describir la experiencia internacional en materia de lucha contra el hambre aparecen, como un común denominador del éxito alcanzado, algunas medidas que denotan un carácter integral.

En América Latina y el Caribe, el estudio de Cepal (2008) pone de manifiesto siete medidas que se exponen sucintamente a continuación.⁴¹ Primero, **el cuidado y promoción del crecimiento y desarrollo, desde la gestación hasta los 5 años**. La promoción de la salud de la madre durante el embarazo, el parto y el puerperio permite que el niño desarrolle su potencial genético de crecimiento. Dentro del conjunto de intervenciones se incluye el control periódico de peso y talla, la evaluación nutricional, el fomento de la lactancia materna y la detección oportuna de deficiencias nutricionales y su adecuado tratamiento.

Segundo, **el fomento de la lactancia materna**. En esta línea de acción se incluyen las intervenciones que promueven y apoyan la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, la extensión de la lactancia materna hasta los 2 años de edad y una alimentación complementaria adecuada después del primer semestre de vida. Muchas de estas actividades se realizan por medio de consejerías en los centros de salud. En algunos casos se incluyen regulaciones legales que apoyan la lactancia materna.

Tercero, **educación, información y comunicación para fomentar buenas prácticas nutricionales**. En este apartado se consideran acciones de consejería grupal, charlas y talleres, folletos y campañas comunicacionales en medios masivos. Hay una visión más moderna e incluyente que promueve relaciones andragógicas entre los comunicadores y los receptores de la información. El impacto de estas intervenciones dependerá mucho del conocimiento acerca del contexto social en que éstas se realicen.

Cuarto, **suplementación con micronutrientes**. Esta actividad comprende todas las intervenciones que suministran micronutrientes en forma de medicamento. El propósito es el tratamiento y la prevención de deficiencias nutricionales en embarazadas y niños menores de cinco años. Las deficiencias de mayor frecuencia que se ha pretendido mitigar son aquellas relacionadas con la vitamina A, hierro, zinc, yodo y ácido fólico. Las carencias de estos micronutrientes provocan bajo peso al nacer, retardos en el crecimiento y menor desarrollo cognitivo, entre otros fenómenos.

Quinto, **fortificación de alimentos**. Se incluyen las medidas tendentes a fortificar alimentos de consumo masivo. Son de cobertura universal y, en el caso de América Latina, han demostrado ser apropiadas al suministrarse de esta forma el yodo, la vitamina A, vitaminas del complejo B y hierro.

Sexto, **distribución de complementos alimenticios fortificados**. Este grupo de intervenciones se refiere a aquellas medidas implementadas con el objeto de reforzar la oferta de alimentos o facilitar el acceso de alimentos a grupos vulnerables. Destacan aquí medidas tales como el desarrollo de huertos familiares, la creación de opciones de empleo orientadas a los pobres rurales y urbanos, los subsidios alimentarios, los programas de distribución de alimentos fortificados y la atención y recuperación nutricional de niñas y niños desnutridos.

Séptimo, **programas de transferencias condicionadas**. Este tipo de programa está inserto en el concepto de inversión en capital humano. La entrega de dinero en efectivo permite superar la pobreza en el mediano y largo plazos al fomentar la continuidad de los niños y niñas en la escuela, así como un mayor acceso de estos al sistema de salud. Dentro de esta clase de programa resalta el programa de transferencias de México, denominado «Oportunidades», el cual además de la transferencia de dinero entrega un suplemento alimenticio fortificado y educación nutricional.

41 Cepal (2008). «Análisis de las mejores prácticas recientes en América Latina en políticas de nutrición para cumplir con los objetivos de desarrollo del milenio». Informe de consultoría elaborado por Eduardo Atalah y Marcelo Pizarro. Versión preliminar.

Por su parte, en una publicación del Banco Mundial⁴² se hace acopio de estrategias exitosas que han logrado bajar la prevalencia de la desnutrición crónica a niveles significativamente menores en lapsos que van de 10 a 15 años.

En el caso de Chile, se redujo la desnutrición crónica de 23%, en 1965, a 1.9% en 1980. Ello, mediante la definición de la desnutrición como uno de los problemas que se atienden en los servicios de salud del nivel primario, un extensivo esfuerzo por dotar a la población de agua segura y saneamiento básico, suplementación alimentaria en forma de provisión de leche (enfaticando en los quintiles más pobres), un excelente sistema de vigilancia de la desnutrición a nivel individual y atención de la población más alejada o aislada mediante equipos móviles. Según Abedrapo (2008), hay tres elementos clave para entender el éxito de Chile en el combate del hambre: construir una base institucional integral con leyes adecuadas, generación de organismos públicos y privados especializados, debidamente articulados y, finalmente, programas sostenidos y sustentables en términos económicos y políticos.⁴³

En Tailandia se logró reducir la desnutrición crónica de 25%, en 1986, a 15%, en 1995. Ello, por conducto de un programa intensivo de monitoreo del crecimiento mediante voluntarios locales (en proporción de un monitor voluntario por cada 10 hogares), así como mediante un crecimiento y acompañamiento de los servicios de salud locales. Este modelo ha sido criticado porque para su réplica se requiere de un nivel de alfabetismo alto, situación que es difícil de conseguir en la mayoría de países con estos problemas.

En Tanzania el Estado pudo reducir la desnutrición del 50%, en 1970, a 30% en los años noventa. Este programa se basó en la estrategia de Unicef conocida como «triple A» (*assessment, analysis, action*), que implica la evaluación de la situación, análisis de causas y acciones para corregirlas, todas con parti-

cipación de los afectados en las comunidades y respaldados por instituciones públicas fuertes y con capacidad para mitigar los causales de la desnutrición. Al parecer, los niveles de desnutrición en Tanzania han tendido a empeorar al suspender la estrategia.

En Perú, la experiencia del combate a la desnutrición crónica ha mostrado extraordinarios resultados en relativamente poco tiempo.⁴⁴ En 2005, el porcentaje de menores de 5 años con desnutrición crónica era de 22.9%, cifra que no se había modificado en los 10 años previos. Y, para el año 2010, el porcentaje descendió a 17.9%. Lo interesante de esta experiencia es que, según los estudios, la mejora no fue el resultado del crecimiento económico experimentado por el país sino obedeció al desarrollo de una estrategia nacional de intervenciones articuladas bajo el liderazgo político del Gobierno.

Los elementos centrales en esta estrategia fueron principalmente cuatro: 1) la articulación de todos los programas sociales enfatizando en la desnutrición, lo que redujo dichos programas de 82 a 26; 2) la instauración del Presupuesto por Resultados como mecanismo de financiamiento de las intervenciones vinculadas; 3) la coordinación horizontal entre instancias públicas relacionadas con el tema bajo una sola estrategia; y la coordinación vertical que hace efectiva la relación entre los niveles nacional y sub nacional; y 4) la vinculación de la estrategia con el Programa de Transferencias Condicionadas en Efectivo.

La generación de ingresos y las oportunidades de construcción de un patrimonio familiar que permita el aumento de los ingresos en el hogar han sido motivo de preocupación en muchos países de América Latina en donde la pobreza y la exclusión relativa a servicios públicos (como educación y salud) continúan provocando hambre en la población. En ese sentido, se identifica en la actualidad una visión más integral para enfrentar el flagelo del hambre por medio de la generación de más recursos en los hogares a través de:

42 The World Bank (2007). *Nutritional failure in Ecuador, causes, consequences, and solutions*.

43 Abedrapo Bustos, Eduardo (2008). «La experiencia chilena en la erradicación de la desnutrición infantil». En *Conferencia Regional Ministerial*. Santiago de Chile, 2008. Programa Mundial de Alimentos.

44 Care (2010). *Análisis del éxito en la lucha contra la desnutrición en Perú. Estudio de caso*.

1) transferencias de ingresos combinadas con asistencia alimentaria y educacional; 2) conexión de la agricultura familiar con programas de ayuda alimentaria; 3) políticas de abastecimiento nacional y local; 4) fortalecimiento de capacidades locales para dar respuesta a emergencias alimentarias; 5) seguimiento y análisis de la situación alimentaria y nutricional y, 6) erradicación del hambre como medio para conseguir la cohesión social.⁴⁵

En ese sentido, en México, en el estado de Guerrero,⁴⁶ se ha desarrollado un programa que busca combatir la pobreza y la desnutrición a través de: atender la situación alimentaria de los campesinos más pobres mediante el mejoramiento de sus sistemas productivos de milpa, traspatio y hogar saludable; fortalecer las capacidades técnicas, productivas y organizativas de las unidades familiares; establecer un sistema de micro finanzas rurales; consolidar esquemas de acopio y comercialización de excedentes de alimentos y restaurar y conservar suelos, agua y biodiversidad. La evaluación reciente permite conocer que los hogares participantes han tenido buenos resultados: tienden a ahorrar, solicitan y usan los microcréditos, consumen más alimentos y tienden a parti-

cipar más en actividades relacionadas con la conservación y buen manejo del ambiente.

No se cuenta con suficiente información que permita evaluar de manera efectiva cada intervención ejecutada en materia de nutrición. Sin embargo, el Grupo de Investigación en Desnutrición Materno-Infantil, bajo la coordinación del doctor Robert Black, de la Universidad John Hopkins, revela en un estudio realizado con estadísticas de 36 países cuánto pueden impactar en la desnutrición cerca de 45 intervenciones de probada efectividad para reducir el retardo en el crecimiento, las deficiencias de micronutrientes y la mortalidad infantil.⁴⁷

El estudio de Bhutta *et al.* (2008) identifica las intervenciones más efectivas en la disminución de la desnutrición. Las cuatro principales son la promoción de la lactancia materna, la promoción de la alimentación complementaria adecuada, la suplementación con vitamina A y zinc y el adecuado tratamiento de la desnutrición severa. Puestas en marcha a gran escala, estas intervenciones podrían reducir la mortalidad infantil en cerca del 25% y reducir hasta en un 35.5% la prevalencia de desnutrición.⁴⁸

Tabla 12

Varios países: efectos de diferentes intervenciones sobre la mortalidad infantil y la prevalencia de la desnutrición
Cifras en porcentajes

Cobertura	Reducción proporcional de muertes antes de			Reducción relativa en la prevalencia de desnutrición a los		
	12 meses	24 meses	36 meses	12 meses	24 meses	36 meses
Por intervención con 99% de cobertura						
Intervenciones generales	14.8	13.9	13.4	21.7	17.8	15.5
Micronutrientes	10.0	11.3	12.1	10.3	15.9	17.4
Control de enfermedades	3.0	2.7	2.6	3.7	2.9	2.7
Todas las intervenciones						
Cobertura de 99%	24.0	24.4	24.7	33.1	35.8	35.5
Cobertura de 90%	22.0	22.2	22.4	31.1	32.4	32.1
Cobertura de 70%	17.3	17.3	17.3	22.7	31.1	23.6

Fuente: Icfef/Unicef, con base en Bhutta *et al.* (2008).

45 Graziano Da Silva, José (2008). «Estado de la desnutrición infantil: razones para erradicarla». En *Conferencia Regional Ministerial*. Santiago de Chile, 2008. Programa Mundial de Alimentos.

46 «Evaluación del Proyecto Estratégico para la Seguridad Alimentaria Guerrero sin Hambre», PESA-GSH 2011.

47 Rivera Dommarco, Juan Ángel (2008). «La serie de Lancet sobre desnutrición materna e infantil». En *Conferencia Regional Ministerial*. Santiago de Chile, 2008. Programa Mundial de Alimentos.

48 Bhutta *et al.* (2008). *What Works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival*. Maternal and Child Undernutrition 3. Lancet 2008; 371:417-40, January.

6.2 ¿CÓMO ERRADICAR EL HAMBRE?: UNA PROPUESTA PARA GUATEMALA

El mayor desafío para la democracia y el desarrollo es que cada uno de los 400,000 niños y niñas que nacen anualmente y los 2.5 millones de niños menores de 5 años estén protegidos frente al hambre.

Los problemas de hambre en Guatemala tienen su expresión más notable en los niveles de desnutrición que padecen los niños y las niñas del país. Esto no solo constituye una situación intolerable desde una perspectiva ética, sino es una seria amenaza y un freno a las posibilidades de desarrollo del país. Los abordajes de este problema consideran como pilares de toda intervención el incremento de la disponibilidad de alimentos, el mejoramiento o facilitación del acceso a los mismos, la mejora en los patrones de consumo y la búsqueda de una mejor utilización biológica mediante la prevención y atención de los problemas de salud que empeoran o provocan la desnutrición.

Siguiendo la experiencia internacional y reconociendo el impacto de las principales medidas utilizadas para el combate de la desnutrición, las intervenciones propuestas para Guatemala pretenden actuar en el ámbito económico y ambiental, en la protección social, en la salud, en la educación y en la gestión de las políticas públicas. Muchas de las medidas identificadas responden a esfuerzos que existen en la actualidad pero que no actúan en conjunto. De ahí que se pretenda un ordenamiento territorial y una mayor sincronización que les permita ser lo más efectivas posible.

A pesar de que algunas intervenciones tienen un carácter universal, entre 2012 y 2021, en todas se pretende dar prioridad a los 125 municipios identificados con los más altos niveles de pobreza extrema. En estas localidades, la desnutrición crónica afecta, en

promedio, al 61.1% de los niños menores de 5 años. La decisión política de fortalecer, financieramente y con recursos humanos a las instituciones que intervienen, podría permitir un aumento mayor de la cobertura en el mismo período de tiempo.

Las intervenciones planificadas y costeadas para ejecutarse entre 2012 y 2021 darán como resultado una disminución importante de los niveles de desnutrición en los municipios en donde se implementen, lo que permitirá cumplir las metas trazadas en la *Estrategia nacional para la reducción de la desnutrición crónica 2006-2016*, cuya meta es reducir la desnutrición, anualmente, entre un 1.2 (2007) y un 3.3% (2016).

Por otro lado, la propuesta desarrollada, lejos de anular o contradecir las acciones que se realizan en otros sectores, trata de ser complementaria. Se concibe como una oportunidad para construir un lenguaje común entre los operadores políticos y técnicos sobre los desafíos que se deben afrontar en la lucha contra el hambre, no solo en términos de políticas, sino también en términos de costos y mecanismos para su financiamiento.

Se intenta desarrollar un enfoque para la seguridad alimentaria. En este marco, un abordaje intersectorial es insustituible, pero se necesita aún más tiempo para que su proceso de implementación se consolide. En ese sentido, esta propuesta se plantea un horizonte de diez años que siente las bases para ulteriores desarrollos, de manera que para el 2021, en el segundo centenario de la independencia de Guatemala, se haya logrado una significativa disminución de la esclavizadora desnutrición infantil.

En la propuesta se han definido seis ámbitos o esferas de intervención. Como se argumentó en los párrafos precedentes, algunos elementos de la propuesta son la ampliación de políticas y programas que ya se hacen, en otros casos se recuperan intervenciones poco desarrolladas pero que han mostrado su valor estratégico, o se procuran intervenciones que suponen cambios de enfoque. Asimismo, otros casos implican acciones novedosas. De esa cuenta, con el objetivo de

realizar el ejercicio de costeo que abarque el período de 2012-2021, se procedió a recopilar información en diferentes fuentes e instituciones, con miras a determinar coberturas iniciales, costos aproximados y su grado de implementación. Para el efecto, se utilizó como información básica de población las proyecciones provistas por el INE, a las cuales se aplicó la estructura móvil de la población observada durante la última década, de manera que la pirámide poblacional registra el desarrollo apropiado en el tiempo.

Estos datos permitieron tener un aproximado cuantitativo de acuerdo con el detalle de intervenciones, el cual se presenta a continuación. Adicionalmente, se procedió a establecer el probable escenario de crecimiento económico durante la década, así como el proceso inflacionario asociado con el mismo, lo cual constituyó un importante insumo para realizar los supuestos que fundamentan las proyecciones que a continuación se detallan.

Esfera de protección social

La protección social como pieza clave para la protección a los menores de 4 años

Hogares comunitarios

Por medio del fortalecimiento y aumento de la cobertura de los Hogares Comunitarios se pretende tanto garantizar el 80% de la alimentación que requieren las y los niños de entre 6 meses y 4 años de edad, provenientes de hogares en situación de pobreza extrema, como promover su estimulación temprana. Se pretende que en 2021 este programa cubra los 125 municipios identificados con las mayores tasas de pobreza extrema.

En América Latina, durante la década de los ochenta, las perturbaciones macroeconómicas exacerbaron la pobreza y la desigualdad. Durante esa década varios programas sociales en todo el continente se redujeron o desaparecieron. Por ejemplo, en México la

¿Qué es un Hogar Comunitario?

El Programa de Hogares Comunitarios es una herramienta de la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente, la cual tiene como objetivo promover el desarrollo integral del niño y la niña, de 0 a 6 años. Su misión consiste en consolidar un programa de atención infantil, de alta calidad técnica-operativa y humana mediante la participación de autoridades locales y comunidad. Su visión les compromete a la prestación de servicio a infantes, desde la concepción hasta los 6 años, así como a madres que trabajan. Se apoya el desarrollo nutricional, emocional, intelectual y social, a través de la atención diurna y personalizada. Funciona a cargo de las madres de las comunidades previamente capacitadas, bajo la supervisión y acompañamiento de recurso humano profesional. Dicho programa se implementa en coordinación con los Ministerios de Educación, Salud y Agricultura y el Programa Mundial de Alimentos además de la coordinación con autoridades locales.

Fuente: Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente, Sosep.

matriculación de niños en primaria fue menor que la década anterior; en Argentina, se implementó hasta en 1997 un programa de empleo de emergencia, a pesar de todo el desempleo sufrido en la década anterior.⁴⁹ El hecho de no contar con programas sociales colocados a la cabeza de las prioridades presupuestarias ha implicado, que ante las crisis económicas o ante fenómenos naturales, los Gobiernos implementen de manera improvisada y desordenada programas de emergencia sin un análisis técnico adecuado ni especificaciones de focalización.

Esta evidencia y aprendizaje en la implementación de políticas públicas sugiere que el Estado guatemalteco debe institucionalizar las políticas de protección social y blindarlas presupuestariamente.

El estudio citado a su vez indica que, en el caso brasileño, un incremento en la oferta

49 Banco Interamericano de Desarrollo (1998). «América Latina frente a la desigualdad». Washington.

de atención infantil para niños menores de 6 años de edad en las favelas de Río de Janeiro provocó que un mayor número de madres pudiera insertarse en el mercado laboral. Dichas madres pudieron incrementar sus ingresos hasta en un 20%.

Es preciso indicar que el objetivo de un hogar comunitario no es que la madre trabaje, sino más bien esto es generado del impacto de la buena atención a la niñez en su primera infancia. Sin embargo, es preciso indicar que el hecho de que una madre trabaje no la ayuda solo a generar ingresos, sino que ayuda a distribuir el ingreso en la unidad familiar al no depender el mismo de únicamente un cónyuge.

El caso de Bolivia también demuestra los beneficios que obtienen los menores al asistir a un centro de cuidado infantil; entre estos se evidenció que alrededor del 40% de los niños que asistía por primera vez al hogar comunitario mostraba menor desarrollo psicosocial. Después de un año en el programa este porcentaje había decrecido al 20% y, después de dos años, era de solo un 5%. A su vez, las tasas de mortalidad infantil de los participantes de este programa se redujeron a menos del 1%. Ello, frente al 20% de la población objetivo.

En Guatemala, los hogares comunitarios se implementaron a inicios de la década de los años 90; sin embargo, hasta el año 2002 se inició el recuento sistemático de registros estadísticos. Es así como, para ese entonces, se tiene evidencia que se atendía al 3.4% de la población de 0 a 4 años, en tanto que, para 2010, la tasa de atención pasó al 5.5%. En otras palabras, si en Guatemala las estimaciones indican que la población entre 0 a 4 años para el año 2010 fue de aproximadamente 2.165 millones, se cuenta con evidencia que únicamente fueron atendidos por el gobierno central 120 mil niños y niñas en el programa de Hogares Comunitarios. Si bien existen algunas intervenciones municipales, no fue posible cuantificar su matrícula y financiamiento; no obstante, se asume que las mismas no son significativas dado el grado de abandono de la niñez guatemalteca.

La intervención se propone reconocer que ampliar esta modalidad de atención a la primera infancia requiere una alianza con el Ministerio de Educación por conducto del Programa de Atención a la Primera Infancia (Pain), formación de profesoras, equipamiento adecuado de los hogares comunitarios, elaboración de textos y materiales, así como organización de la logística para la alimentación.

De hecho, se propone que para los primeros dos años haya un proceso de reconversión, el cual resultará en una baja cobertura. En 2013 se estima que habrá solo 20,790 niños beneficiados. Es preciso indicar que el ejercicio de costeo y cuantificación de los beneficiarios se hizo únicamente para la población en extrema pobreza. Obviamente, la desnutrición crónica y aguda están muy correlacionadas con la pobreza extrema: si bien el objetivo de un Hogar Comunitario no es disminuir esta última variable, sí se puede proteger a la niñez de sus efectos indeseables a través de una dieta calórica que represente el 80% de los requerimientos diarios; maestros especializados en atender a la primera infancia; textos y materiales para desarrollo cognitivo y psicosocial; equipamiento adecuado de los Hogares Comunitarios para su desarrollo motor; y atención nutricional, psicológica, pediátrica y de trabajo social.

Para 2012 se prevé que la intervención implique una inversión de Q 61.2 millones, mientras que para 2017 los costos aumentarían a Q 1,554.3 millones, para llegar a los Q 3,448.3 millones en 2021 que permitirían dar cobertura al 100% de los niños entre 0 a 4 años en situación de pobreza extrema en los 125 municipios priorizados.

Es preciso indicar que la integración de costos refleja que, en un año de funcionamiento, la alimentación representaría el 60.3% de los costos del programa, seguida del mobiliario y capacitación docente, con 10.6 y 5.8%, respectivamente. Por su parte, los costos de supervisión educativa y textos escolares, en su conjunto, representan menos del 1% del total.

En cada hogar comunitario se prevé que pueda trabajar una madre cuidadora, una maestra de párvulos, una cocinera y, a nivel departamental, trabajarían profesionales de psicología, nutrición, pediatría y trabajo social. Los costos laborales representarían, en su conjunto, un 11.6% del costo total, previéndose incrementos anuales del 5%, acorde al ritmo inflacionario.

Mifapro+

La experiencia internacional evidencia que los programas de transferencias condicionadas —tal el caso de Mifapro— logran importantes impactos que revierten la desnutrición crónica. Valga citar el caso de Colombia, país que a través de su programa Familias en Acción, instituido en 2001, ha logrado reducir en 9 puntos porcentuales la tasa de desnutrición crónica. Por su parte, dentro del Plan Hambre Cero de Brasil se encuentra el programa Bolsa Familia, el cual provee una transferencia a aquellas familias en situación de pobreza, es decir, con ingresos *per cápita* de hasta US\$ 120.00 mensuales. Esto ha tenido como impacto que sus beneficiarios estén gastando alrededor del 76% de la transferencia en compra de alimentos, además de que los hijos de las familias beneficiarias que tienen entre 6 y 11 meses tengan un 62% menos de probabilidades de sufrir de desnutrición crónica que los hijos de las familias no beneficiarias (Mimdes, 2007).

De tal manera, es razonable concluir que la institucionalización de Mifapro es un aporte importante para que el impacto de los programas de transferencias condicionadas continúe para las poblaciones objetivo en un horizonte de largo plazo. Derivado de los análisis realizados, la presente propuesta, además de considerar indispensable la vigencia de Mifapro, propone mejorar la calidad de la condicionalidad solicitada a sus beneficiarios.

En tal sentido, se propone que a Mifapro sea incorporada como condicionalidad la realización de controles en el sistema de salud que evidencien el crecimiento de los niños y niñas, tanto en peso como en talla, de ello se renombra el programa como Mifa-

pro+. Ello significa que la asistencia al centro de salud no es suficiente para mantener la transferencia: se requiere que los niños y niñas demuestren un claro progreso en su crecimiento, para lo cual la implementación del Modelo de Atención Integral de la Salud (Mais) permite crear las alertas correspondientes que generen una intervención oportuna, en el caso de que las condiciones de nutrición de un niño o una niña ameriten su tratamiento ambulatorio en la comunidad, o la dotación de alimento complementario (ver esfera de salud para conocer las intervenciones propuestas en este sentido). En consecuencia, el presente ejercicio no prevé ningún costo monetario asociado con la intervención, pues no se busca modificar el monto de la transferencia, sino la condicionalidad a la cual se encuentra sujeta.

Conviene aclarar que para que esta intervención sea exitosa, se requiere como condición la implementación del modelo Mais, así como de su sistema de información, de manera que se cuente con datos confiables y en tiempo real acerca de las condiciones de salud y crecimiento de los niños y niñas.

Esfera de salud

Un sistema de salud para garantizar la nutrición

El ámbito relacionado con la salud es uno de los ejes más importantes para lograr mejoras inmediatas y significativas en la lucha contra la desnutrición. Por un lado, se debe garantizar la cobertura universal de micronutrientes e inmunizaciones, tanto para los niños de 0 a 4 años, como para mujeres en estado de gestación.

Adicionalmente, se pretende implementar un sistema de información que permita controlar el estado fisiológico y nutricional de la madre y el peso y talla de las y los niños. En este sentido, la propuesta busca adicionar a la condicionalidad actual sobre salud del programa Mifapro, relacionada solo con la visita al centro o puesto de salud, el requisito de control sobre la talla y peso de los niños menores de 5 años beneficiarios del programa. Por medio del sistema de información se alertará sobre niños que padezcan

desnutrición crónica desde el nacimiento a los dos años y para los niños de 6 meses a 2 años que padezcan desnutrición crónica se ha diseñado el programa de alimentación complementaria.

En cuanto a la educación para la salud, se pretende, a nivel comunitario, estandarizar un programa que brinde atención para la prevención y promoción de la salud, con énfasis en salud infantil. La idea es que este programa incluya, entre otros, la promoción de la lactancia materna exclusiva y lactancia materna extendida hasta los 2 años, prácticas alimenticias, hábitos higiénicos y salud sexual y reproductiva.

Hacia un sistema de salud universal y pertinente

Aun cuando la desnutrición afecta esencialmente a los niños y niñas, sus circunstancias son compartidas por el círculo familiar, es decir, hermanos y hermanas, padres, abuelos y, en una instancia más amplia, la comunidad en que se desenvuelven. Desde esta perspectiva, el problema de la desnutrición, más que un asunto a nivel individual (niños y niñas), constituye un problema que afrontan las familias y las comunidades.

En tal sentido, las intervenciones que se realizan mediante programas verticales que únicamente buscan atender a los niños y niñas afectados, ignorando la condición de sus padres y hermanos, podrían no llegar a tener el impacto esperado. Un indicio de ello son los enfoques temáticos o por grupos específicos que abundan en los servicios de salud; cabe señalar el caso del programa de VIH-sida, el programa de adolescentes y el programa de salud reproductiva, los cuales pueden llegar a tener importantes traslapes dentro del sistema de salud al emplear el mismo recurso humano y la misma estructura institucional pero bajo una dinámica diferente, que utiliza diversos instrumentos, registros y aún financiamiento. Ello puede generar brechas de eficiencia y eficacia que fragmentan los esfuerzos para alcanzar a los beneficiarios de la intervención.

En la presente propuesta, aun cuando se

¿Qué es el Modelo Incluyente de Salud (MIS)?

El Modelo Incluyente de Salud (MIS) es el resultado de más de 10 años de diseño conceptual, normativo y operativo en el que se desarrolló una nueva manera de abordar los problemas de salud en el primer nivel de atención del MSPAS. Se caracteriza por integrar horizontalmente, en tres programas, las acciones de 20 programas verticales que en la actualidad se desarrollan en los servicios públicos de salud.

En la implementación del MIS, si bien se adoptaron todas las prioridades y normas del MSPAS, se trabajó en otros aspectos en extremo relevantes: la capacitación y contratación de personal de origen local; el desarrollo de una nueva sectorización de los servicios atendiendo a criterios poblacionales, dispersión, acceso y perfiles epidemiológicos; el desarrollo de un sistema de información (Simis) que se basa en los registros individuales, incluyendo la localización geográfica del sujeto, las características de la familia y la comunidad en aspectos relevantes para la salud; el desarrollo de instrumentos de recolección y seguimiento que permiten integrar a todos los miembros de la familia y la comunidad; la vigilancia socio-cultural de la salud, que reconoce e incorpora en el sistema de atención a los saberes y terapeutas tradicionales.

El MIS ha demostrado la mejora en las condiciones de salud, la inclusión en la atención a poblaciones no atendidas por el modelo vigente (tales como hombres, adolescentes y mujeres con problemas no reproductivos y adultos mayores), así como la contratación de personal local. Los indicadores de salud han mejorado y se han incrementado los espacios de participación local.

Ante esta situación, el MSPAS ha iniciado la adopción de este modelo, bajo el nombre de Modelo de Atención Integral de la Salud (Mais), en varios municipios del país en los departamentos de Zacapa, Baja Verapaz, Huehuetenango y San Marcos, Sololá y Totonicapán. Se proyecta extender el modelo posteriormente a Alta Verapaz, Petén y Quiché. La adopción de este nuevo modelo por parte del MSPAS requiere cambios en el modelo de gestión del Ministerio en cuanto a los recursos humanos, la estructura organizacional y el presupuesto; todos ellos, procesos que se encuentran en su fase de conceptualización y diseño.

Fuente: Icefi/Unicef, con base en información del Instituto de Salud Incluyente (Isis).

plantean intervenciones específicas, se recomienda que la vía para proveerlas sea la integración de programas que aborden la problemática de la desnutrición con un enfoque horizontal; ello, en congruencia con la propuesta del Modelo Incluyente de Salud (MIS). Este modelo se desarrolla «[...] a partir de un esmerado esfuerzo centrado en el desarrollo de acciones horizontales, la creación de guías de trabajo integrales, la combinación de tácticas operativas diversas y el impulso de procesos de supervisión y acompañamiento en el campo».⁵⁰ Es decir, mientras en la actualidad cada servicio de salud debe atender y desarrollar veinte programas temáticos, el MIS se integra en tres programas específicos: el individual, el familiar y el comunitario.

Es importante mencionar que, en el escenario actual de los servicios de salud en Guatemala, se ha iniciado el proceso de implementación del Mais, el cual consiste, básicamente, en la implantación institucional de la propuesta del MIS, cuya estructura funcional provee la integración de los tres programas antes referidos. En el desarrollo del plan piloto de este Modelo se ha demostrado una importante mejora en los indicadores de salud con externalidades visibles en otros ámbitos (como la generación de empleo local y una mayor integración de los servicios al contexto intercultural).⁵¹

En este contexto, la propuesta esbozada considera a la salud como una esfera integral, destacando diversas intervenciones para las cuales se ha realizado un ejercicio de costo. Dichas intervenciones han demostrado su efectividad en muchos países del mundo al reducir la mortalidad infantil, disminuir la prevalencia de la desnutrición y, en un aspecto más amplio, procurar la protección del capital humano (Horton *et al.*, 2010).

Cabe destacar que las intervenciones selec-

cionadas, en su mayoría, ya se realizan. La parte innovadora de esta propuesta es que las mismas son incorporadas con una visión horizontal en el esquema de implementación del Mais. De esa cuenta, es preciso que para el apropiado desarrollo de las mismas se considere como una condición necesaria y suficiente la consecución de tres elementos fundamentales: 1) un sistema de información con registro individual que posibilite la vigilancia, el monitoreo y la evaluación de las intervenciones sobre la desnutrición; 2) un sistema de atención basado en personal comunitario calificado y en un equipo de apoyo con personal médico; y, 3) un sistema de referencia y respuesta efectiva y eficiente. A continuación se ofrece una breve descripción de las intervenciones seleccionadas.

1. Provisión universal de micronutrientes a niños de entre 0 y 3 años y mujeres en estado de gestación

Las deficiencias de micronutrientes, tales como vitamina A, hierro, yodo, ácido fólico y zinc, producen una diversidad de problemas que son prevenibles mediante su provisión. La deficiencia de hierro se asocia con déficits del crecimiento, el desarrollo cognitivo y la función inmunológica en preescolares. La deficiencia de zinc provoca complicaciones en el embarazo, bajo peso al nacer, mayor morbilidad infantil y retardo en el crecimiento. La deficiencia de vitamina A genera un mayor riesgo de retardo en el crecimiento, deterioro del desarrollo y alteración del sistema inmunológico. La deficiencia de ácido fólico se asocia con problemas del tubo neural y bajo peso al nacer; la deficiencia de yodo durante la gestación produce retardo severo del desarrollo psicomotor en el niño.^{52,53,54}

Dada su importancia, la propuesta de este

50 Todas las referencias del MIS han sido extraídas del siguiente documento, el cual se sugiere como lectura para ampliar la información sobre el mismo: Médicos Mundi Navarra (2008). *Del dicho al hecho: los avances de un primer nivel de atención en salud incluyente*, disponible en: http://www.medicusmundi.es/navarra/publicaciones/libros/del_dicho_al_hecho_los_avances_de_un_primer_nivel_de_salud_incluyente

51 Médicos Mundi Navarra, *op. cit.*

52 Delgado HL. (2010). «Bases para el mejoramiento de la situación de desnutrición crónica en Guatemala». Informe técnico publicado por el Proyecto de USAID de Mejoramiento de la Atención en Salud. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC).

53 R. Black, L. Allen, *et al.* (2008). *Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences*, The Lancet, 371: 243-60.

54 Atalah E., Pizarro V., (2008). *Análisis de las mejores prácticas recientes en América Latina en políticas de nutrición para cumplir con los objetivos de desarrollo del milenio*. Cepal, pp. 19.



©UNICEF/Claudio Versiani

ejercicio consiste en universalizar la provisión de micronutrientes, anclándola con el programa de inmunizaciones. De acuerdo con la experiencia internacional y los actuales esfuerzos por parte del MSPAS, se ha seleccionado el costeo de Micronutrientes Múltiples en Polvo, conocidos mejor como «Chispitas Nutricionales», que consiste en un sobre que contiene un polvo seco y sin sabor el cual provee una combinación de micronutrientes tales como hierro, zinc, vitamina A, vitamina C y ácido fólico. Estos sobres pueden ser administrados a niños y niñas desde los 6 meses hasta los 2 años.

La dosis consiste en un sobre diario durante 60 días continuos, el cual se puede mezclar con la comida al momento de su ingesta (Nutrinet, 2011). De acuerdo con Sinclair (2008), en un estudio piloto realizado en Alta Verapaz para evaluar la factibilidad de introducir Chispitas Nutricionales en Guatemala, pudo concluirse que las mismas eran una intervención apropiada para la población en estudio, recomendándose que su distribución se realizara a nivel nacional pero manteniendo una apropiada focalización en la población situada en áreas rurales de bajos ingresos. Dicho estudio concluyó que el 84.4% de los casos logró una apropiada administración de los micronutrientes suministrados.

Según *Micronutrient Initiative* (MI, por sus siglas en inglés), organización que trabaja para eliminar las deficiencias de vitaminas y minerales en la población más vulnerable a nivel mundial, existe evidencia que en Bangladesh la dotación de Chispitas Nutricionales permitió reducir la prevalencia de la anemia de 72 al 30%, en niños entre 6 y

24 meses. Por su parte, de acuerdo con el Consenso de Copenhague de 2008 (reunión en la cual se examinaron las soluciones económicas a los diez mayores retos de la humanidad), se estableció que la provisión de micronutrientes permite tener un beneficio de US\$ 17.00 por cada US\$ 1.00 invertido.⁵⁵

Considerando la importancia de la suplementación de estos micronutrientes, la propuesta es universalizar la provisión, vinculándola con el programa de inmunizaciones, dando la primera dotación para 60 días al recibir la tercera dosis de polio y la segunda dotación con la dosis de SPR. De esta manera se asegurará que todos los niños y niñas reciban la dotación de micronutrientes en los momentos correctos (a partir del sexto mes de vida) y permitirá monitorear el cumplimiento mediante el seguimiento individual.

Adicionalmente, en esta intervención se prevé la dotación de vitamina A y medicamento para desparasitación, de conformidad con las normas de atención de salud integral del primer y segundo nivel de atención establecidos por el MSPAS en su edición de 2010. Asimismo, se incluye la provisión de ácido fólico, hierro y vitaminas prenatales con flúor para las mujeres en estado de gestación, las cuales serán facilitadas en las consultas prenatales ofrecidas por los servicios de salud.

Para fines del ejercicio de costeo, se procedió a solicitar al MSPAS la información consolidada a nivel nacional referente a la suplementación con vitamina A y micronutrientes por edad. A partir de estos datos, se determinó la cobertura inicial de micronu-

⁵⁵ Horton, Alderman y Rivera (2008). *Sumario ejecutivo Consenso de Copenhague, malnutrición y hambre*.

trientes para niños de entre 0 y 3 años, lo cual se utilizó como supuesto en la presente intervención. Asimismo, con base en la *Ensmi 2008-2009* se determinó la cobertura inicial de micronutrientes de mujeres en condiciones de gestación.

De tal forma, planteándose una cobertura inicial de alrededor del 45% de micronutrientes en niños y del 35% en mujeres embarazadas, se consideró oportuno incluir como intervención la dotación de Chispitas Nutricionales, vitamina A y de medicamento desparasitante para niños, y de ácido fólico, sulfato ferroso y vitaminas prenatales para el caso de mujeres.

Por su parte, los precios de los medicamentos se basan en tres fuentes: a) costos provistos por el modelo MIS correspondientes a las cifras actuales que maneja el MSPAS; b) proveedores privados de Chispitas Nutricionales (a los cuales se adicionó un costo de distribución aproximado del 20%) y, c) precios reportados en el portal de Guatecompras, para el caso de los micronutrientes para madres embarazadas.

Los resultados indican que es previsible el requerimiento de aproximadamente Q 25.9 millones en 2012 de inversión inicial, para finalizar en 2021 con una cobertura universal que necesitaría una cifra estimada de Q 76.6 millones. Estas cifras están sujetas no solamente a la disponibilidad de los fondos necesarios para la compra de insumos, sino también al fortalecimiento de la capacidad institucional del MSPAS para llevar a cabo las intervenciones, especialmente porque se considera fundamental la implementación progresiva del modelo Mais para su consecución.

2. Dotación de alimentación complementaria

De conformidad con Horton, *et al.* (2010), dentro de un programa de intervenciones que han demostrado efectividad para reducir la desnutrición se encuentran aquellas relacionadas con la provisión de alimentos complementarios, los cuales además pueden ser fortificados con micronutrientes. Esta

clase de programa ha demostrado efectividad para ayudar a prevenir y tratar los casos de desnutrición aguda moderada en niños de entre 6 y 23 meses, así como para tratar ambulatoriamente en la comunidad los casos de desnutrición aguda severa de niños y niñas menores de cinco años.

En esta temática conviene destacar el caso chileno, país que, por medio del Programa Nacional de Alimentación Complementaria, establecido en 1952, busca la distribución gratuita de alimentos para la población infantil y para mujeres en estado de gestación. Dicho programa entrega alimentos diferenciados según las necesidades nutricionales de cada grupo, abarcando dos coberturas: a) niños o niñas en condiciones de salud normales, en cuyo caso se otorga un programa básico; b) niños o niñas en riesgo de desnutrición o en condiciones de desnutrición a quienes se atiende mediante un programa especial. Dentro de los alimentos provistos se encuentran la leche entera reforzada con minerales esenciales, fórmula láctea y vegetal reforzada con minerales y el producto Mi Sopita, el cual es destinado a niños en riesgo de desnutrición y desnutridos. Chile ha logrado, entre 1960 y 2000, erradicar la desnutrición infantil al pasar de un 37.0 a un 2.9% de incidencia en niños y niñas entre 0 y 6 años.

De tal forma, la presente propuesta busca proveer selectivamente alimentos complementarios, con un carácter netamente preventivo y no curativo, que busca focalizar la intervención en las mujeres embarazadas, las madres lactantes y los niños y niñas menores de 3 años. Al igual que el programa de micronutrientes, no debe verse como un programa aislado, pues sus efectos serían nulos. Se necesita que sea sujeto de un eficiente monitoreo para evaluar si está surtiendo los efectos deseados, por lo cual se propone anclarlo al programa de salud individual y familiar dentro del Mais, en donde mediante los registros individuales se puede detectar de manera precoz cuando un niño no está creciendo adecuadamente o cuando una mujer embarazada no alcanza el peso ideal con las medidas de educación nutricional y consejería. De ocurrir una alerta tem-

prana, se destina a esas familias una provisión regular de alimento complementario durante al menos un año, en niños y niñas, y durante el embarazo y período de lactancia en las mujeres embarazadas. Este Programa puede enfrentar problemas de focalización si se permite el ingreso a no elegibles o los elegibles quedan fuera, por lo cual un eficiente sistema de información (como el propuesto dentro del esquema del Mais) puede ser la respuesta a esta amenaza, aunado al fortalecimiento gradual de las competencias del MSPAS dentro del marco de implementación del referido Modelo.

De tal forma, al analizar factores de aceptación, pertinencia cultural y logística, se considera apropiado para el ejercicio de costeo la entrega del producto Incaparina como alimento suplementario, para el cual se asume una entrega de cuatro libras mensuales por cada niño de entre 6 y 24 meses que se encuentre en condiciones de desnutrición crónica o con riesgo de padecer de la misma, de conformidad con los criterios de monitoreo del programa familiar y comunitario del Mais. Como cobertura inicial se utilizó la misma del programa de micronutrientes, es decir un 45%, pues es posible suponer que la entrega de alimento complementario coincide —en cuanto a condiciones de entrega— con las Chispitas Nutricionales, siendo un aspecto muy importante de esta intervención que se cuente con el apoyo logístico de la empresa distribuidora del producto para asegurar su disponibilidad y entrega a nivel nacional.

Con estos supuestos, la inversión inicial se aproximaría a Q 108.0 millones en 2012, llegando a una inversión de Q 198.5 millones en 2021. Nótese que un supuesto de este cálculo es que durante la serie en estudio habrá una disminución de la desnutrición congruente con la *Enredc*, aunada al crecimiento poblacional y los supuestos inflacionarios. Conviene destacar que para la implementación de esta intervención también es muy importante la revisión de la *Ley de Compras y Contrataciones*, para permitir que el proceso de adquisición del alimento complementario sea ágil y se cuente con la disponibilidad requerida en las áreas priorizadas.

La lactancia materna, un gran aliado en la lucha contra la desnutrición

La lactancia materna tiene un profundo impacto para mejorar la salud, la nutrición y el desarrollo, pues provee todos los nutrientes, vitaminas y minerales que un infante necesita en sus primeros seis meses de vida, sin que sea necesario administrar otros líquidos o alimentos.

Unicef y la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueven varias recomendaciones sobre la lactancia materna, entre las que destacan:

- a. La lactancia debe iniciar como máximo una hora después del nacimiento del niño o niña.
- b. Es recomendable brindar lactancia exclusiva en los primeros seis meses de vida.
- c. La lactancia puede continuarse hasta los dos años de edad o más, debiendo ser suministrada con acompañamiento de alimentos nutricionalmente apropiados, preparados de forma higiénica y acordes a la edad.

La lactancia materna crea un vínculo especial entre la madre y el infante que tiene repercusiones muy positivas, en términos de estimulación, desarrollo del lenguaje, autoestima, seguridad e interacción social. Asimismo, la lactancia materna disminuye el riesgo de padecer enfermedades como diabetes o colesterol alto en la vida adulta.

En Guatemala, según la *Ensmi 2008/2009*, «[...] a nivel nacional, esta práctica óptima sólo se encuentra en el 49.6% de niños y niñas menores de 6 meses».

Tomado de: Unicef.org

3. Programa familiar de salud y programa comunitario de salud

La integración horizontal de las intervenciones para combatir la desnutrición, descrita en incisos anteriores, implica el empleo de personal capacitado, contratado a tiempo completo y en un esquema de atención permanente, más que itinerante. De tal forma, de acuerdo con los requerimientos del Mais, en esta propuesta se promueve que el recurso humano para conducir la estrategia sugerida esté a cargo de auxiliares de enfermería comunitaria (AEC). El perfil de este puesto implica que puede ser ocupado por hombres

o mujeres originarios de sus comunidades, que dominen la lengua del lugar y que, dada la polifuncionalidad de los servicios que deberán desarrollar, se sometan a un proceso de formación intensiva, permanente y de supervisión formativa en los servicios a prestar. Se subraya el término 'polifuncionalidad' debido a que cada AEC trabaja de manera rotativa entre el programa individual, el familiar y el comunitario, lo cual implica que cada uno de ellos podrá conocer las condiciones de vida y salud de su comunidad, facilitando el proceso de seguimiento y apoyo a las intervenciones propuestas.⁵⁶

Un beneficio de la implementación del programa familiar y comunitario del Mais es que permite fortalecer los procesos de promoción de la lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, el uso de alimentos complementarios a partir de los 6 meses de edad, la educación en el uso y preparación de alimentos de alto valor nutricional y educación sexual y reproductiva. Todo ello, en un contexto en donde se respeta la diversidad cultural y bajo la conducción de AEC que se encuentren cerca de la comunidad y que conforme se afiance la implementación del modelo adquieran credibilidad en las comunidades, dando un mejor seguimiento a los casos de alerta. Nuevamente, en el Consenso de Copenhague pudo concluirse que los programas comunitarios de promoción tienen un rendimiento de US\$ 12.5 por cada US\$ 1.00 invertido.

De esta cuenta y con el propósito de desarrollar el ejercicio de costeo, se procedió a considerar la información financiera del ejercicio piloto del MIS como punto de partida, bajo el supuesto de que para el año 2021 podría ser factible la implementación gradual de dicho modelo en los 125 municipios del país en condiciones de pobreza extrema. En el esquema descrito, el ejercicio de costeo abarcó únicamente la inversión en recurso humano, así como su capacitación, no así la infraestructura necesaria para la implementación del modelo Mais. Por su parte, las cifras esbozadas reflejan únicamente el esfuerzo adicional o brecha que debería considerar

Comunicación para el desarrollo: una alternativa para el fortalecimiento de los programas comunitarios de la salud

La comunicación para el desarrollo es definida como «[...] un proceso social basado en el diálogo, que utiliza una amplia gama de instrumentos y métodos. Tiene que ver con buscar un cambio a distintos niveles, lo que incluye escuchar, crear confianza, compartir conocimientos y habilidades, establecer políticas, debatir y aprender, a fin de lograr un cambio sostenido y significativo. No se trata de relaciones públicas o comunicación empresarial.» *Declaración del Congreso Mundial de Comunicación para el Desarrollo* (Roma, Italia 2006).

Unicef y el Centro de Comunicación para el Desarrollo (Cecode) han desarrollado el Proyecto 36 Meses Cero Desnutrición, el cual ha tenido como objetivo fortalecer las capacidades de las familias y organizaciones locales de 7 municipios prioritarios en Totonicapán y Chiquimula, para mejorar conocimientos, actitudes y prácticas a favor de una adecuada nutrición en niños y niñas menores de 36 meses, mujeres embarazadas y en período de lactancia.

A través de este trabajo se ha buscado fortalecer las capacidades de comunicación en los sujetos que se consideran socios clave en los municipios, de tal manera que ellos puedan asumir el trabajo de mejora de la información y la comunicación en temas de salud y nutrición, de cara a preparar a las madres y cuidadoras (socias principales) frente a la crisis económica, para que puedan hacer menos vulnerables, en el tema de la salud y la nutrición, a los niños y niñas.

Este proyecto representa una oportunidad para el desarrollo del Mais, pues el componente de Comunicación para el Desarrollo permite fortalecer el programa comunitario de atención, de lo cual se deduce que el intercambio de experiencias en el futuro puede generar una sinergia que fortalezca el sistema de salud en Guatemala.

Fuente: Unicef (2011), borrador del Proyecto 36 meses, Cero Desnutrición, documento no publicado.

el MSPAS para la implementación de lo proyectado, pues se asume que hay recursos existentes que el Modelo puede utilizar y que el MSPAS continuará manteniendo de forma sostenida durante el período de estudio.

⁵⁶ Médicos Mundi Navarra, *op. cit.*

Así, el ejercicio indica que se requieren recursos que ascienden, en 2012, a Q 6.8 millones, para finalizar en 2021 con una inversión de Q 295.0 millones.

4. Inmunizaciones

Tomando como base la información provista por el MSPAS relativa al consolidado de vacunación municipal de 2010 y de acuerdo a las estimaciones de población del INE para dicho año, pudo establecerse que la cobertura promedio del programa de inmunizaciones oscilaba entre el 50 y el 75%, dependiendo del tipo de vacuna y la edad de los niños, niñas y madres en estado de gestación que son sujetos del esquema de inmunizaciones. Dadas estas condiciones, se plantea el incremento de las coberturas mediante un esfuerzo activo basado en los programas familiar y comunitario que podría permitir, en el horizonte de 10 años, lograr una cobertura universal en el programa de inmunizaciones.

En tal sentido, conviene aclarar que en el presente ejercicio solamente se costea la brecha de recursos que el MSPAS debería invertir para aumentar la cobertura, asumiendo que dicho Ministerio continuará, como hasta ahora, haciendo los esfuerzos correspondientes para mejorar la cobertura del programa. De esta forma, se estima que para 2012 se requeriría un esfuerzo adicional de Q 4.8 millones, llegando dicha cifra a totalizar, en 2021, alrededor de Q 68.6 millones.

5. Sistema de información

Las intervenciones por parte de los servicios de salud para la reducción de la desnutrición, así como para atender cualquier otro problema de salud de los niños, niñas, sus hermanos, padres y abuelos, necesitan como un requisito indispensable saber quiénes son, cuáles son sus características individuales, cuáles son sus condiciones de vida y dónde viven. Ello con la finalidad de desarrollar acciones específicas y, a la vez, dar seguimiento a las acciones que permitan evaluar los progresos logrados. En el ámbito internacional, los ejemplos exitosos de reducción de la desnutrición se han basado en el registro individual de casos, de manera

que sea posible un adecuado proceso de vigilancia, monitoreo y evaluación.

En general, el sistema de información actual del MSPAS no registra individuos sino agregados y promedios; sin embargo, en el proceso de implantación del Mais se contempla la introducción de un sistema de registro individual que incluye información sobre los problemas de salud, ubicación geográfica y características familiares, de manera que sea posible realizar el proceso de seguimiento y evaluación de cualquier estrategia. Afortunadamente, este sistema de información ya está disponible en cuanto a *software*; además, se cuenta con información acerca de los costos de implantación que implica dicho sistema de información, el cual es compatible con el sistema actual del MSPAS (característica que, a la postre, facilitaría el proceso de integración).

Así, tomando como punto de partida la información financiera del ejercicio piloto del MIS, bajo el supuesto de que para el año 2021 podría ser factible la implementación gradual de dicho Modelo en los 125 municipios del país en condiciones de pobreza extrema, se procedió a costear la actividad. Al respecto, con base en las consideraciones técnicas y de logística de los supuestos se estima que el esfuerzo a realizar iniciaría en 2012 con una inversión de Q 0.9 millones, hasta contar con una inversión requerida de Q 26.4 millones para 2021. Estos costos incluyen el equipo de cómputo, el recurso humano y la capacitación indispensable para su implementación.

Esfera de la educación

El sistema escolar como continuación de la protección y equiparador de oportunidades

Se pretende que las niñas y niños que participan en los Hogares Comunitarios se incorporen a la escuela preprimaria en el momento oportuno. Esto requerirá continuar garantizando, desde la escuela, la provisión de alimentos y la oportunidad de comenzar con igualdad el camino para la construcción de ciudadanos con proyectos de vida sin limitaciones.

Programa de alimentación escolar reforzado

El programa de alimentación escolar en Guatemala ha sido inestable en cada período gubernamental. Adicionalmente, sus niveles de ejecución presupuestaria no son los más destacables; por ejemplo, el documento *¡Contamos!* número 1⁵⁷ indica que al mes de agosto de 2010 se había ejecutado un 81.0% del presupuesto de alimentación escolar para el nivel primario, así como un 48.1% para el nivel preprimario. A su vez, ambos programas tuvieron reducciones presupuestarias de Q 132.31 y Q 53.3 millones, respectivamente.

Estas falencias en la alimentación escolar se ven agravadas puesto que la dieta escolar que reciben los alumnos en el sector oficial es de solamente el 22% de la ingesta calórica mínima requerida por el ser humano, muy por debajo del promedio latinoamericano de 31%.

En la propuesta que se realiza se estima posible poder entregar una dieta calórica equivalente a un tiempo de comida al día (33%), lo cual implicaría, en términos de costo unitario por alumno, incrementar la asignación presupuestaria de Q 1.50 a Q 3.00 por alumno por día que asista a la escuela, en promedio, durante 160 días al año.

Lo anterior conlleva un aumento de las asignaciones presupuestarias, de Q 138.7 millones, en 2011, a Q 250.6, en 2012. Este monto se incrementaría hasta llegar a los Q 386.9 millones cuando la preprimaria tenga un nivel de matriculación del 84%; cuando se alcance el 100% de cobertura el costo de la alimentación ascendería a Q 535.4 millones.

Esfera ambiental

Inversión en agua y saneamiento para prevenir enfermedades

En este ámbito se espera lograr una cobertura del 100% de hogares con acceso a agua potable, desagües y manejo responsable de

desechos sólidos, dando prioridad al mejoramiento de la cobertura de hogares en pobreza extrema ubicados en los 125 municipios priorizados.

Agua potable

Al igual que los ejercicios anteriores, en los apartados de infraestructura básica para el saneamiento se identifican los costos de las brechas presupuestarias; sin embargo, para su cálculo se utilizaron las *Encovi* de los años 2000 y 2006, con el propósito de medir el avance en el acceso a estos servicios. Es así como para el primer año indicado, el 68.7% de los hogares guatemaltecos tenía acceso a agua potable en su casa, mientras que en 2006 esa proporción aumentó a 76.4%. Esto implicaba que la cantidad de hogares sin acceso a agua potable hubiese disminuido de 686.8 millares, en 2000, a 626.9 millares, en 2006. Esa notable disminución considera el incremento de nuevos hogares que cada año se forman en el país y se debe principalmente a que tanto el gobierno central como municipal le han apostado a su financiamiento. En efecto, durante los últimos tres años ambos gobiernos invirtieron en su conjunto, en promedio, la cifra de Q 1,512.4 millones, los cuales en un 69% han sido aportados por municipalidades y el 31% restante por el gobierno central.

Cerrar la brecha de acceso al agua potable implicaría un esfuerzo financiero, en el primer año de la intervención, de Q 221.8 millones, costo que ascendería al año 2017 a Q 3,545.5 millones, pero para ese entonces solamente el 10.7% de los hogares guatemaltecos no tendría agua potable en sus viviendas. Por último, en el año 2021 se debería invertir Q 5,157.1 millones para llegar a la universalización de este servicio.

Drenajes

Si bien Guatemala ha realizado avances en la dotación de agua potable a los hogares, la implementación de desagües domiciliarios no ha llevado el mismo ritmo. Por ejemplo, para el

57 Icefi (2010). *Sobre la ejecución del presupuesto público de Guatemala orientado a la niñez y adolescencia, al mes de agosto de 2010*. Serie de documentos de análisis "¡Contamos!" núm. 1.



©UNICEF/Anthony Asael

año 2000, el 38.2% de las viviendas tenía conexión a este servicio y, al año 2006, esa proporción se incrementó a 45.6%. Sin embargo, las proyecciones indican que si bien en términos relativos hay una disminución de la cantidad de hogares sin conexión a un sistema de desagües, en términos absolutos aumentaría, pues al año 2000 el déficit era de 1.35 millones, mientras que al 2021 sería de 1.41 millones de viviendas sin este bien público.

Eliminar ese déficit implicaría, para 2012, una inversión de Q 426.6 millones, la cual se incrementaría hasta los Q 2,577.3 millones en 2021, principalmente porque el costo unitario del sistema de drenajes es menor por vivienda que el de la introducción de agua potable (según registros estadísticos del Sistema Financiero de Administración Financiera Municipal, Siaf-Muni).

Manejo de desechos sólidos

En 2005, Guatemala promulgó la *Ley de Manejo de Desechos Sólidos*, la cual tiene por objetivo disminuir los niveles de contaminación en el país. Consta de cuatro ejes: fortalecimiento institucional, inversiones, participación social y monitoreo y evaluación.

Respecto del primer componente, se considera prioritaria la delimitación de acciones entre el gobierno central y municipal, así como la adopción paulatina de prácticas internacionales. En el ámbito de las inversiones, conviene indicar que éstas están planteadas para desarrollarse mediante alianzas público-privadas y con criterios de rentabilidad. Este último criterio choca con algunos aspectos; por ejem-

plo, para el año 2000, el 0.1% de los hogares en extrema pobreza pagaba un servicio público o municipal de extracción de basura y dicha proporción aumentó, en 2006, a 2.1%. El impacto del cambio resulta obvio si se considera que se trata de hogares con un ingreso por persona inferior a US\$ 1.00 diario. De esa cuenta, la pregunta que conviene plantear es ¿cómo una política que persigue criterios de rentabilidad puede facilitarle a los hogares la extracción de la basura de sus viviendas?

Es preciso tomar nota de que ha existido en el país una cultura de mejoramiento de condiciones ambientales a nivel local, pues al año 2000 el 48% de hogares en extrema pobreza tiraba la basura en cualquier lugar y esa proporción se redujo a 32% en 2006. A su vez, la proporción de hogares en extrema pobreza que quemaba la basura aumentó de 28%, en 2000, a 49% en 2006.

La propuesta de intervención aborda únicamente el tema de manejo de desechos sólidos en el nivel doméstico, puesto que la elaboración de una estrategia a nivel nacional implicaría agregar los desechos de las actividades empresariales, las cuales producen el 98.4% de las toneladas de basura que se generan en el país.⁵⁸ De dichas actividades empresariales la agrícola es la que genera casi el 40% de desechos.

En la propuesta también se consideran los costos de traslado de la basura al vertedero público. No obstante, el costeo y planteo presupuestario del manejo de desechos sólidos a nivel municipal implicaría una inversión aparte.

58 Banguat, y URL, Iarna (2009). *Cuenta integrada de residuos de Guatemala*.

Así, el costo de transportar la basura de una vivienda hacia un vertedero municipal implicaría, en el año 2012, una inversión de Q 74.7 millones que llegaría hasta Q 186.0 millones en 2021, beneficiando de esta manera a 1.9 millones de viviendas que no pagan un servicio público o municipal para extracción de basura.

Esfera económica

Microcréditos para nuevas oportunidades de ingreso familiar

Se pretende implementar un programa de microcrédito y asistencia técnica cuyos beneficiarios serán los padres con hijos en Hogares Comunitarios. El objetivo es que al garantizar la protección de los niños se cuente con más tiempo para que los padres puedan mejorar sus ingresos. La asistencia técnica permitirá reconocer las oportunidades de emprendimiento y dará seguimiento y evaluación a los resultados alcanzados.

Como se indicó en el apartado sobre el programa de Hogar Comunitario, éste no tiene como objetivo que la madre trabaje, más bien su trabajo remunerado será un resultado del hecho de poder llevar a sus hijos a un centro de cuidado infantil. Es por ello que se consideró el desarrollo comunitario alrededor del Hogar Comunitario.

Sobre la base de esta iniciativa para las familias en extrema pobreza, se propone la opción de un microcrédito para cada grupo asociativo de madres o padres de familia, en el entendido de que un Hogar Comunitario conformará un grupo asociativo. Los microcréditos concedidos con garantía asociativa funcionan como un banco comunal y permiten su renovación con mayor rapidez; a su vez, se promueve el emprendedurismo entre los beneficiarios.

Se considera que este programa de microcréditos asociativos puede estar bajo la rectoría del Programa Nacional de la Microempresa del Vice Ministerio de Desarrollo de la Micro, Pequeña y Mediana Empresa del Ministerio de Economía, pues ellos ya han implementado la metodología de asociatividad en el fortalecimiento de grupos organizados y en apoyo a su formalización.

Según estimaciones, cada microcrédito puede ser de Q 5,000.00, con incrementos nominales anuales acordes al ritmo inflacionario proyectado (5%). Cada grupo recibiría adicionalmente asistencia técnica al inicio de su actividad empresarial, con la finalidad de garantizar la rentabilidad de la misma. Dentro de los costos se considera el 10% de fondo de garantía por concepto de no pago o quiebra del grupo beneficiario. Este programa tiene en su implementación la misma progresividad que el programa de Hogares Comunitarios.

Esfera institucional

Gestión, evaluación y seguimiento: la clave del éxito

Una buena parte del éxito de las medidas propuestas tiene relación directa con una mejora en la gestión de las políticas. Se requiere implementar un sistema para la generación de información, el monitoreo y la evaluación de las políticas públicas. En ese sentido, el liderazgo de la Sesan jugará un papel determinante para la consecución de los objetivos de todas las instituciones y ministerios involucrados en la lucha contra la desnutrición.

La generación de información oportuna y veraz hará que los objetivos perseguidos por la Sesan sean alcanzados de manera más puntual. Asimismo, la existencia de información confiable aumentará la capacidad de incidencia de la Secretaría en diferentes espacios políticos, como el Congreso de la República, el Gobierno, los medios de información y diferentes grupos sociales de presión. Por otro lado, el contar con información oportuna abre las puertas a la evaluación y mejora de los programas implementados, con el fin de combatir el hambre.

Si bien es cierto, las intervenciones descritas anteriormente constituyen un conjunto de medidas que el Estado debe implementar para garantizar el bienestar a lo largo de la vida de los beneficiarios, es importante aclarar que su mayor impacto se concentra en los primeros 1,000 días de vida.

La importancia de los primeros 1,000 días en toda persona

Entre las muchas responsabilidades que socialmente se les asigna a las mujeres está el cuidado de los hijos. Entre otros, ello incluye la salud, higiene, preparación de los alimentos, apoyo en la educación y bienestar familiar en general. No obstante esta multiplicidad de funciones asignadas, son las mujeres quienes más inequidades enfrentan en el acceso a servicios públicos, al empoderamiento económico, participación política y educación para la vida. Esta situación, como podrá colegirse, tiene un impacto directo en las altas tasas de hambre y desnutrición.

El ciclo perverso del padecimiento de la desnutrición, resultado de la desigualdad de género, es trasladado de generación en generación, especialmente entre la población rural, indígena y pobre. En muchos casos, las familias favorecen el desarrollo del niño en detrimento de la niña, lo que les pone en desventaja en la vida y para poder llevar adelante muchas de las responsabilidades socialmente asignadas. En infinidad de casos, las niñas tienen menos acceso a los servicios de salud, se ausentan de los centros escolares y tienen hijos a temprana edad, sin tener su cuerpo completamente desarrollado (el 13.0% de las mujeres con una edad menor a los 18 años ha sido madre, según la *Ensmi 2008/2009*), con lo que los problemas de salud aumentan para ella, su familia y, especialmente, para el bebé.

Las mujeres que están desnutridas antes y durante el embarazo están más propensas a tener hijos desnutridos, afectando así su desarrollo físico y cognitivo. El 11.4% de los recién nacidos en Guatemala presenta bajo peso (2.5 kilogramos o 2,500 gramos), según la *Ensmi 2008/2009*. Este comienzo de vida los pondrá en desventaja frente a quienes hayan nacido en mejores condiciones. En madres menores de quince años, el 22.1% de los hijos nace con bajo peso.

Para cambiar esta condición es necesario realizar esfuerzos orientados a garantizar un adecuado embarazo en dos vías: 1) los puestos y centros de salud deben realizar

controles prenatales a todas las mujeres embarazadas y éstas, a su vez, deben responsabilizarse por acudir a todas las citas previstas durante su embarazo. Las mujeres que acudan a sus citas durante los tres primeros meses de embarazo, con el diagnóstico correcto y el tratamiento adecuado, pueden reducir la anemia (21.4% de las mujeres entre 15 y 49 años, según la *Ensmi 2008/2009*) y la prevalencia de enfermedades infecciosas como las enfermedades de transmisión sexual (ETS) e infecciones del tracto urinario (ITU). Los servicios de salud deben proveer yodo, ácido fólico y hierro para prevenir la anemia (29.1% de las mujeres embarazadas entre 15 y 49 años presentan cuadros anémicos, según la *Ensmi 2008/2009*).

Por ello, hay tres condiciones de alerta: cuando un niño o una niña nace son bajo peso (es decir, por debajo de los 2,500 gramos), o nace prematuro (antes de los 9 meses de gestación), o es que su madre padece desnutrición. En estos casos, los puestos y centros de salud deben activar los mecanismos necesarios para asegurar el buen desarrollo de los infantes.

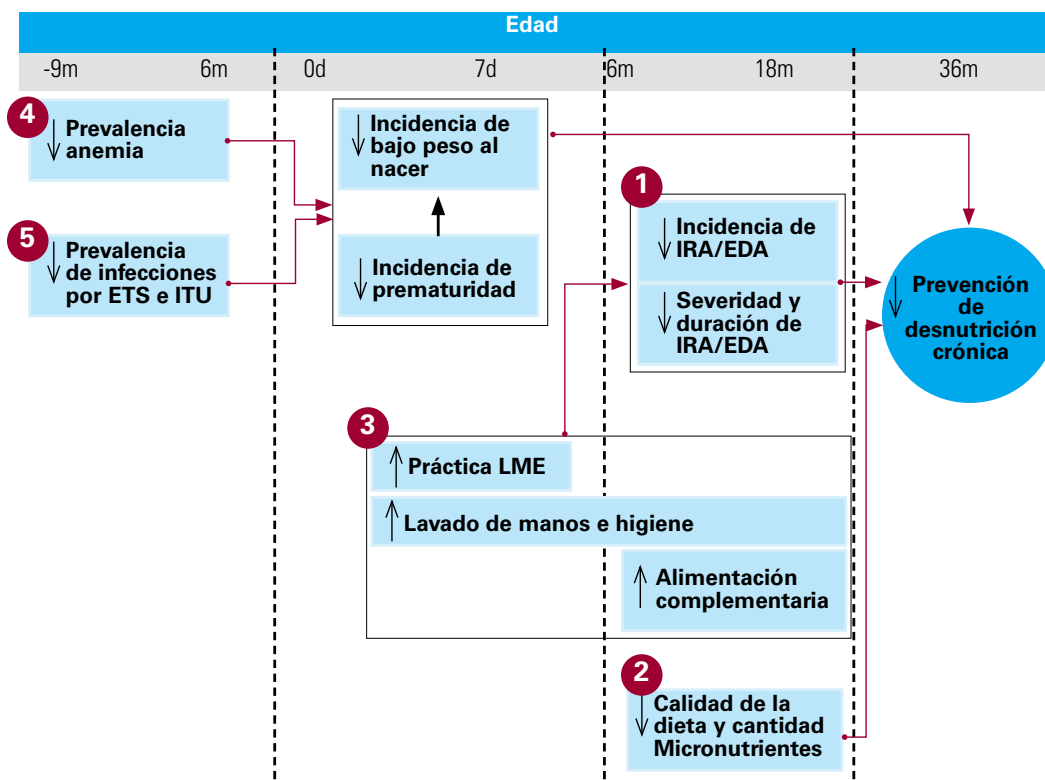
El primer contacto del niño o niña con la vida debe darse mediante la lactancia materna en la primera hora de su nacimiento (el 55% de las madres da de lactar durante la primera hora, según la *Ensmi 2008/2009*). De esta manera, se fortalece el vínculo madre-hijo/a. La lactancia materna exclusiva debe continuarse durante los 6 primeros meses de vida (solo el 49.6% de las madres guatemaltecas lo hacen, según la *Ensmi*) y prolongarse de manera complementaria hasta los 24 meses. Aspectos como el lavado de manos, higiene personal de las madres, higiene de las viviendas y entornos de los recién nacidos evitarán la transmisión de enfermedades diarreicas, entre otras, que inciden de manera notable en la desnutrición.

A partir del sexto mes de vida, la lactancia materna debe complementarse con otros alimentos, mejorando la calidad de la dieta y la cantidad de micronutrientes para que el niño o niña continúe creciendo de manera sana. Los infantes deberán recibir todas las vacunas recomendadas, así como sus refuerzos

en los tiempos sugeridos. Especial cuidado debe ponerse en la prevención de las infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas (Iras y Edas). Los niños y niñas que padezcan desnutrición deberán aumentar la ingesta de vitamina A, suplementos de zinc para la diarrea, desparasitación para reducir la pérdida de nutrientes y hierro.

Todos estos importantes pasos deben realizarse respetando siempre la voluntad y los derechos de las personas. Para ello es preciso resaltar el papel de la mujer, fortaleciéndola en su propio hogar y brindándole los servicios acordes a su cultura.

Diagrama 1



Fuente: Icfef/Unicef, con base en *The Lancet*, «Maternal and child undernutrition», Special Series, January 2008 y World Bank (2010). *Scaling up nutrition: a framework for action*. June 2010.

MATRIZ DE INTERVENCIONES PROPUESTAS PARA EL COMBATE DE LA DESNUTRICIÓN EN GUATEMALA																						
Eje	Programa	Descripción	Institución responsable	Beneficiarios meta		Beneficios	Cobertura						Costos									
							Número de beneficiarios			Porcentaje cubierto de los beneficiarios meta			En Quetzales de cada año			En dólares de cada año			Como porcentaje del PIB			
							2012	2017	2021	2012	2017	2021	2012	2017	2021	2012	2017	2021	2012	2017	2021	
Económico	Microcréditos a beneficiarios de hogares comunitarios	Programa de microcréditos a hogares comunitarios que se atenderá por medio del Programa Nacional de la Microempresa.	Ministerio de Economía	Beneficiarios de hogares comunitarios		Promover la generación de mayores fuentes de ingreso para los hogares	1,109	19,498	37,611	3%	52%	100%	13.1	294.0	689.2	1.7	37.5	88.0	0.00%	0.05%	0.09%	
Protección Social	Hogares Comunitarios	Programa de atención a niños entre 0 a 4 años para apoyar su desarrollo nutricional, emocional, intelectual y social. Funciona a cargo de madres de las comunidades previamente capacitadas, bajo la supervisión y acompañamiento de personal público capacitado.	Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente, con el apoyo del Ministerio de Educación	Cobertura universal a niños y niñas de 0 a 4 años de edad, 5 días a la semana. Se priorizará a población en extrema pobreza		Educación, estimulación temprana y alimentación equivalente al 80% de la dieta diaria	16,632	292,474	564,158	3%	52%	100%	68.9	1,554.3	3,448.3	8.8	198.5	440.4	0.02%	0.27%	0.44%	
	Mifapro +	Programa de transferencias condicionadas al cual se incorporará como condicionalidad los controles que evidencien el crecimiento de los niños y niñas, tanto en peso como en talla.	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	Beneficiarios de Mifapro		Mantener un control periódico del crecimiento de los niños y niñas menores de 5 años																
Educación	Alimentación Escolar	Programa de alimentación para escolares de preprimaria que asisten al sector oficial	Ministerio de Educación	Cobertura universal a niños y niñas de 5 a 6 años en el nivel preprimario del sector oficial, 5 días a la semana.		Dotación de un tercio de la dieta alimenticia diaria	546,485	777,940	982,563	56%	79%	100%	250.6	386.9	535.4	32.0	49.4	68.4	0.06%	0.07%	0.07%	
Salud	Micronutrientes	Programa orientado a universalizar la cobertura en la dotación de 2 dosis de vitamina A, 120 sobres de micronutrientes y una dosis de medicamento desparasitante por niño o niña hasta los 3 años. Asimismo, se prevé la dotación de hierro, ácido fólico y vitaminas prenatales a las madres en estado de gestación	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	Cobertura universal	Niños de 6 a 12 meses	Vitamina A, chispitas nutricionales y medicamento desparasitante	101,135	174,530	234,807	45%	75%	100%	1.8	3.1	4.2	0.23	0.39	0.53	0.00%	0.00%	0.00%	
					Niños de 1 a < 2 años		199,042	346,819	470,218	45%	75%	100%	6.8	11.8	16.1	0.87	1.51	2.05	0.00%	0.00%	0.00%	
					Niños de 2 a < 3 años		153,120	369,594	473,509	35%	80%	100%	5.7	13.9	18.1	0.73	1.77	2.32	0.00%	0.00%	0.00%	
					Niños de 3 a < 4 años		129,770	323,097	476,888	30%	70%	100%	4.8	12.1	18.3	0.62	1.55	2.33	0.00%	0.00%	0.00%	
					Mujeres en estado de gestación	Hierro, ácido fólico y prenatales	224,743	325,121	469,216	55%	70%	100%	6.8	11.4	20.0	0.87	1.46	2.55	0.00%	0.00%	0.00%	
	Total												25.9	52.3	76.6	3.31	6.68	9.79	0.01%	0.01%	0.01%	
	Alimentación complementaria	Programa para la dotación de cuatro libras mensuales de incaparina a hogares con niños y niñas de entre 6 meses y 2 años de edad en condiciones de desnutrición crónica. Se entregarán en la consulta médica habitual de seguimiento y control nutricional		Niños de 0 a 3 años en condiciones de desnutrición crónica	Incaparina	349,321	362,587	413,855.5	45%	70%	100%	108.0	143.1	198.5	13.79	18.27	25.35	0.03%	0.03%	0.03%		
	Programa Familiar de Salud y Programa Comunitario de la Salud	Programa destinado a brindar atención para la prevención y promoción de la salud, salud infantil, el cual incluye un componente familiar de atención y un comunitario de la salud que abarca, entre otros, promoción de lactancia materna exclusiva y lactancia materna extendida hasta los dos años, alimentación complementaria, prácticas alimenticias y hábitos higiénicos y salud sexual y reproductiva. El programa se inserta dentro de la estrategia del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) actualmente promovido por el Ministerio de Salud y Asistencia Social.		Cobertura universal, priorizando los 125 municipios en extrema pobreza	Atención incluyente y de calidad en promoción y prevención				4 municipios de mayor extrema pobreza en 2006	54 municipios de mayor extrema pobreza en 2006	125 municipios de mayor extrema pobreza en 2006	6.8	122.2	295.0	0.87	15.61	37.67	0.00%	0.02%	0.04%		



MATRIZ DE INTERVENCIONES PROPUESTAS PARA EL COMBATE DE LA DESNUTRICIÓN EN GUATEMALA

Eje	Programa	Descripción	Institución responsable	Beneficiarios meta	Beneficios	Cobertura						Costos								
						Número de beneficiarios			Porcentaje cubierto de los beneficiarios meta			En Quetzales de cada año			En dólares de cada año			Como porcentaje del PIB		
						2012	2017	2021	2012	2017	2021	2012	2017	2021	2012	2017	2021	2012	2017	2021
Salud	Inmunizaciones	Programa orientado a universalizar la cobertura de las acciones orientadas a la prevención de enfermedades de la niñez a través de la vacunación.	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	Cobertura universal de niños y niñas de 0 a 4 años y mujeres en estado de gestación	Esquema completo de vacunación	Aproximadamente 1,017,282 personas	Aproximadamente 1,483,009 personas	Aproximadamente 1,889,223 personas	De 50 a 80%, dependiendo edad y tipo de vacuna	De 70 a 90%, dependiendo edad y tipo de vacuna	100%	4.8	37.2	68.6	0.61	4.75	8.76	0.00%	0.01%	0.01%
	Sistema de Información	Sistema de información instalado con base en los requerimientos del MAIS y cuyo objetivo principal es llevar un registro completo de la población con cobertura de los servicios de salud.		Cobertura universal, priorizando los 125 municipios en extrema pobreza	Reportes de población y grupos prioritarios, características del medio, fichas familiares e indicadores de producción. Alertas tempranas sobre crisis alimentarias				4 municipios de mayor extrema pobreza en 2006	54 municipios de mayor extrema pobreza en 2006	125 municipios de mayor extrema pobreza en 2006	0.9	10.8	26.4	0.12	1.38	3.37	0.00%	0.00%	0.00%
Ambiental	Agua potable	Programa orientado a universalizar el acceso a agua potable, priorizando las inversiones en hogares en situación de pobreza y pobreza extrema	Instituto Nacional de Fomento Municipal y Ministerio de Comunicaciones, Infraestructura y Vivienda	Lugares habitacionales del país, priorizando las inversiones en hogares en situación de pobreza y pobreza extrema	Agua potable	2,541,223	3,177,475	3,956,327	64.2%	80.3%	100.0%	221.8	3,545.5	5,157.1	28.3	452.8	658.6	0.06%	0.62%	0.66%
	Drenajes	Programa orientado a universalizar la conexión de todos los hogares a un sistema de drenajes			Vivienda conectada a red de drenajes	1,722,177	2,800,948	3,956,327	55.3%	78.8%	100.0%	426.7	1,635.6	2,577.4	54.5	208.9	329.2	0.11%	0.29%	0.33%
	Desechos y Excretas	Programa para ampliar y mejorar el servicio de extracción de basura a nivel municipal. Cada municipio contará con vertederos municipales que utilizarán técnicas adecuadas para el manejo de los desechos sólidos. Se costea en esta intervención únicamente el manejo de los mismos, no la infraestructura necesaria para ello.			Manejo de desechos sólidos	1,967,563	2,950,231	3,956,327	49.7%	74.6%	100.0%	7.5	74.4	186.1	1.0	9.5	23.8	0.00%	0.01%	0.02%
Gestión	Monitoreo y evaluación de políticas públicas destinadas al combate de la desnutrición	Sistema de monitoreo y evaluación de indicadores de resultado, de proceso y de insumo de las intervenciones propuestas en los ejes económico, protección social, salud, educación y ambiental.	Sesan	Instituciones involucradas en la política de SAN	Conducción, evaluación y mejora continua en la implementación de las políticas públicas							17.6	120.1	203.1	2.3	15.3	25.9	0.00%	0.02%	0.03%
Total												1,193.4	8,124.3	13,743.8	152.4	1,037.5	1,755.3	0.31%	1.43%	1.76%

6.3 ¿CUÁL ES EL IMPACTO DE LAS MEDIDAS IMPLEMENTADAS?

El promedio de desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años, observado en los 125 municipios con mayor porcentaje de pobreza extrema, es de 61.1%. Las intervenciones puestas en marcha de manera integral en los próximos diez años permitirán, en 2021, disminuir la desnutrición crónica a entre 44.1 y 38.0%.

En un intento por medir el impacto de las intervenciones descritas anteriormente, se ha utilizado la información y los coeficientes obtenidos por Bhutta *et al.* (2008). Asimismo, se han tomado las proyecciones de población por municipio del INE. Se ha supuesto que los niveles observados de desnutrición en 2008/2009 se mantienen constantes en aquellos municipios en donde no se implementan las intervenciones y, en aquellos municipios priorizados en donde esto sí se ha hecho, se supone una cobertura gradual, alcanzando el 99% hasta el tercer año de implementación.

Desafortunadamente, no se encontraron estudios que precisen el impacto sobre la desnutrición de medidas tales como el acceso de los jefes de hogar a créditos, o el impacto puntual que tendrá sobre la desnutrición la

mejora en las condiciones ambientales del hogar. De manera general, se conoce que estas medidas mejoran el bienestar de los hogares, lo que disminuye en los niños y niñas la probabilidad de padecer desnutrición.

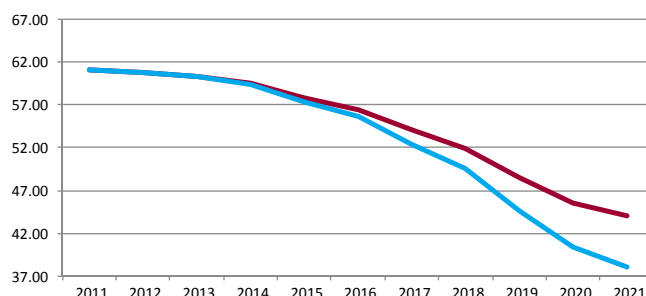
Tanto las dificultades en la implementación y mejora de las intervenciones descritas, como la carencia de mediciones de impacto de algunas de ellas, deben obligar a pensar que la presente proyección de impacto podría variar al momento de ser contrastada con la realidad. Sin embargo, su valor estriba en estimar una aproximación sobre lo que dichas medidas implementadas correctamente podría dar como resultado en el lapso de diez años.

En 2012, los 125 municipios priorizados tendrán aproximadamente 1,034,548 niños menores de 5 años, es decir, cerca del 40% de la población total de niñas y niños de 0 a 5 años. El porcentaje de desnutrición crónica en estos 125 municipios es, en promedio, de 61.1%. La puesta en marcha de las intervenciones permitirá disminuir la desnutrición crónica de niños menores de 5 años en un rango de entre 27.9 y 37.8%, lo que significará una baja en la tasa de desnutrición a entre 44.1 y 38%.

A nivel nacional, el impacto de las intervenciones en los 125 municipios priorizados dará como resultado una disminución del nivel de desnutrición crónica de niños menores de 5 años, que pasará del 49.8%, reportado en 2008/2009, a entre 41.1 y 38.7%. En términos relativos, al final del período, la variación de la desnutrición crónica será de entre 17.3 y 22.3%.

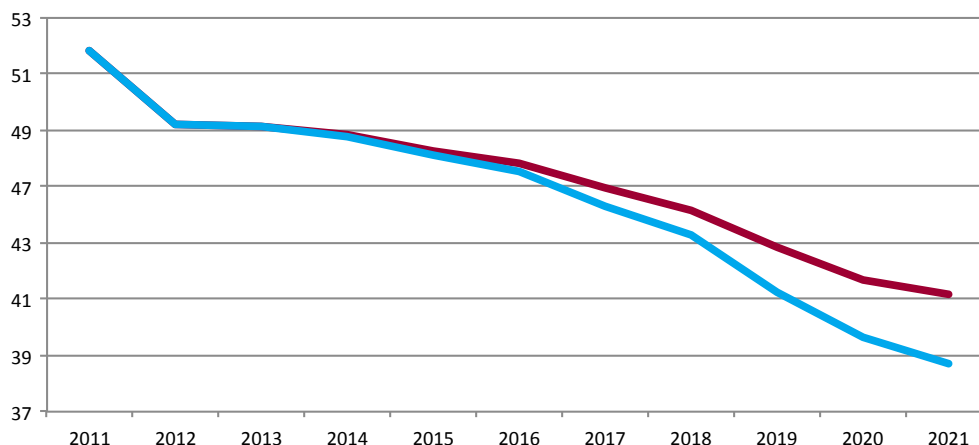
Gráfica 10

Proyección de la tasa de desnutrición crónica en niños menores de 5 años, 125 municipios priorizados



Gráfica 11

Proyección de la tasa de desnutrición crónica en niños menores de 5 años
Estimación nacional, incluyendo el impacto en los 125 municipios priorizados



Fuente: Icfi/Unicef, según estimaciones propias, tomando como base Bhutta *et al.* (2008). *What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival.*

6.4 ¿CUÁNTO CUESTA PROTEGER LA NUEVA COSECHA?

Las propuestas de intervención requerirán de entre Q1,193.4 millones en 2012 —lo que representará cerca del 0.3% del PIB—, hasta Q13,743.8 millones en 2021, es decir, aproximadamente 1.75% del PIB.

Si se desea lograr los efectos esperados de las intervenciones, será necesario, por un lado, revisar los rubros de seguridad alimentaria en los que el Estado gasta actualmente alrededor de Q 4,500 millones. Asimismo, se requerirá aumentar los recursos para que estos permitan mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de salud; implementar de manera rápida el programa de Hogares Comunitarios; avanzar en los programas de agua potable y saneamiento ambiental; mejorar el presupuesto para alimentación escolar y establecer un programa de microcréditos para las familias beneficiarias de dichas intervenciones.

En 2012, se deberá destinar cerca de Q 1,193.4 millones (0.3% del PIB), cantidad que permitirá iniciar los procesos para la mejora de servicios en salud, imprimir velocidad a los procesos de mejora de agua y saneamiento ambiental y garantizar mejores resultados por medio del programa de alimentación escolar. En 2012 se sentarán las bases para la puesta en marcha del programa de Hogares Comunitarios y la mejora en la gestión de la política de nutrición.

Para 2017, los costos de las intervenciones serán de Q 8,124.3 millones (1.4% del PIB). Este incremento revela el mayor peso que irá teniendo la mejora de los servicios de salud, así como el programa de mejora del agua y saneamiento. Solo estos dos rubros representarán cerca del 70% del gasto total.

En 2021, el monto de las inversiones ascenderá a Q 13,743.8 millones, representando cerca del 1.75% del PIB. El programa de mejoramiento de los servicios de salud representará cerca del 40% del costo total de las intervenciones. El programa de Hogares Comunitarios, funcionando plenamente en los 125 municipios priorizados, requerirá cerca del 25% de los recursos totales empleados en la lucha contra el hambre, mientras que programas como el de mejora del agua y

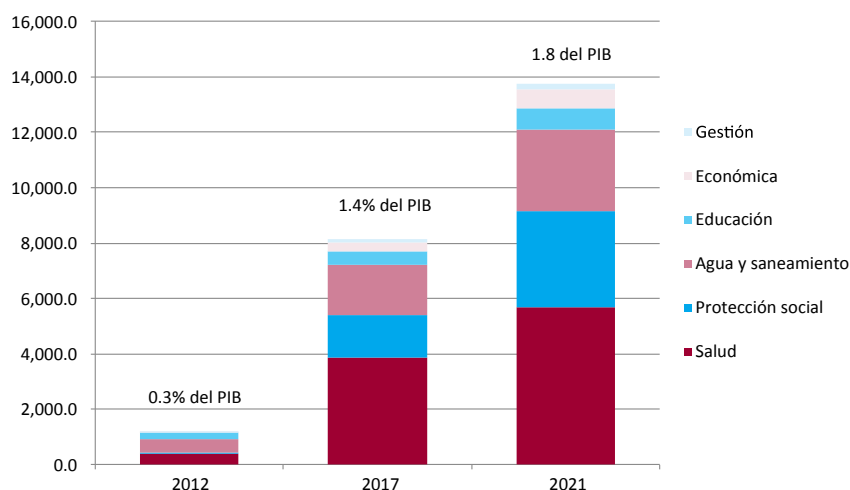
saneamiento ambiental, junto con el de alimentación escolar, representarán otro 25% de los recursos.

A lo largo del tiempo, los programas de apo-

yo económico por medio de microcréditos y las mejoras en la gestión representarán entre el 2.6 y el 6.5% del total de recursos financieros anuales destinados al combate a la desnutrición.

Gráfica 12

Costos de las intervenciones desarrolladas para erradicar la desnutrición, 2012-2021 En millones de quetzales



Fuente: Icefi/Unicef, según estimaciones propias.

6.5 ¿CÓMO FINANCIAR LOS COSTOS DE LAS INTERVENCIONES?

Actualmente, la sociedad guatemalteca pierde Q 66 millones diarios como resultado de la desnutrición. En 2012, con una inversión diaria de Q 3.25 millones, la sociedad guatemalteca estará comenzando a garantizar la reducción de la desnutrición, aumentando, de esa manera, sus posibilidades de lograr un mayor crecimiento económico y un mayor bienestar social, ingredientes esenciales para la consolidación de la democracia.

Existe una serie de condicionantes para la movilización de recursos destinados a la lucha contra el hambre. Entre éstos, destacan el bajo nivel de ingresos tributarios del Estado guatemalteco, las rigideces presupuestarias y los compromisos de gasto, así como el marco de compromisos asumidos como parte del Pacto Fiscal.

En cuanto a los ingresos tributarios, las proyecciones del Ministerio de Finanzas Públicas sitúan en los próximos años una carga tributaria en torno al 11% como proporción del PIB. A pesar de los esfuerzos de los últimos 4 años encaminados al incremento de los ingresos, las proyecciones futuras de ingresos no contemplan nada más que la aprobación de la *Ley Antievasión II*, la cual podría incrementar los recursos del Estado en aproximadamente Q 1,000 millones.

Además de esta ausencia de planes para aumentar los ingresos tributarios, éstos muestran rigideces importantes como resultado de las persistentes exoneraciones y exenciones

tributarias; así también, como efecto de la tradicional oposición política que han enfrentado diferentes intentos de reforma tributaria.

Las rigideces presupuestarias constituyen otro elemento importante para analizar, pues limitan la posibilidad de reasignar gastos para dedicarle una proporción mayor a los programas contra la desnutrición. Por un lado, existen Obligaciones del Estado a cargo del Tesoro que suman las asignaciones que tienen como propósito registrar los recursos financieros transferidos a los organismos y entidades del Estado y que no son imputados a ningún ministerio específico, por ser resultado de un mandato constitucional, leyes específicas y tratados internacionales.

Además, existen otras disposiciones legales que establecen un destino a los ingresos ordinarios, los cuales deben utilizarse para financiar el funcionamiento de los organismos Legislativo, Ejecutivo y Judicial; el funcionamiento de la administración tributaria; el gasto para desarrollo urbano y rural; el aporte patronal al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (Igss) y la contribución a la educación superior. Lo anterior revela que, ante un aumento general de la disponibilidad de recursos, éstos no podrían destinarse exclusivamente a un solo fin, a menos que se adopten las medidas legales especiales para asegurar que así sea.

En los últimos años, las rigideces y los compromisos de gasto del gobierno central han superado en 0.08 centavos a cada quetzal que se registra como ingreso ordinario, lo que ha obligado al Estado a endeudarse para hacer frente a las necesidades más básicas de su quehacer.

Los compromisos establecidos en el Pacto Fiscal y en las directrices que han surgido de éste condicionan también la forma de movilizar recursos para el Estado. Por un lado, el Pacto afirma que es preciso contar con un sistema tributario globalmente progresivo. Es decir, la carga tributaria promedio que debe soportar cada ciudadano debe ir en aumento en la medida en que sus ingresos

aumenten. La progresividad de la tributación también significa que, cuando aumenta el ingreso del país, tenderá a aumentar más la tributación.

Por otro lado, el Pacto afirma que la estabilidad y la certeza en materia tributaria son fundamentales para reducir los riesgos de cambios imprevistos o arbitrarios, permitiendo que los contribuyentes puedan prever el monto de sus obligaciones tributarias además de avanzar hacia la simplificación de la legislación tributaria. Finalmente, deberá favorecerse la descentralización fiscal, que consiste en la transferencia de recursos y capacidades entre dos entes autónomos de nivel jerárquico distinto, con el objeto de mejorar la provisión y calidad de los servicios públicos y ampliar el acceso, gestión, mantenimiento, control ciudadano, sostenibilidad y transparencia de los mismos.

En este contexto, se exponen a continuación algunas alternativas que permitirían movilizar recursos para luchar contra la desnutrición.

Reducción de exenciones

La renuncia tributaria o gasto tributario constituye una importante fuente de fragilidad fiscal. Es el resultado de la utilización de incentivos tributarios que se traducen en tratamientos preferenciales para sectores privilegiados por medio de la concesión de exoneraciones y exenciones de impuestos. Según los cálculos del Minfin, el gasto tributario ha representado en los últimos años cerca del 7% del PIB, es decir, el 70% de la recaudación total.

Según estudios realizados, al estimar el incremento en la recaudación que se produciría por la eliminación de las exoneraciones y exenciones, la proporción del PIB que se podría percibir estaría en torno al 3.2%. Realizando dos ajustes adicionales, como la no eliminación del mínimo vital exento de Q 36,000 y un ajuste por algunas subestimaciones del gasto tributario, entonces se estima que el Estado podría recibir entre 0.8 y 1% del PIB.⁵⁹

59 Icefi (2007a). *Más y mejor educación en Guatemala (2008-2021). ¿Cuánto nos cuesta?*. Preparado para el Proyecto Diálogo para la inversión social en Guatemala. Guatemala.

Existe dificultad en reducir estos incentivos debido a la existencia de «derechos adquiridos» para algunas empresas. Afortunadamente, los convenios internacionales en materia de comercio han acordado eliminar cualquier tipo de privilegio fiscal para las empresas a partir de 2015, lo que podría dar pie a hacer los cambios necesarios en esta materia.

Aumento en el impuesto sobre la renta (ISR)

Esta medida permitiría avanzar en la ejecución de una política tributaria globalmente progresiva. Un incremento gradual del ISR aplicable a la renta bruta que actualmente se calcula como el 5% del ingreso bruto de personas y empresas, podría significar para el Estado un aumento en el mediano plazo de entre 0.2 y 0.6% del PIB.

En todo caso, una mayor movilidad de ingresos por la vía del ISR también podría lograrse por medio de la reducción de exenciones y exoneraciones de este impuesto.

Aumento del impuesto al valor agregado

El IVA es un impuesto que no aporta mucho a la construcción de una carga tributaria globalmente progresiva, más bien es un impuesto de carácter regresivo (paga más quien tiene menos). Sin embargo, es un impuesto de fácil recaudación y sus incrementos pueden constituirse en ingresos pre-asignados para el combate a la desnutrición, de la misma forma que el IVA-paz, ya que esto permitiría que el aumento de la carga tributaria fuese utilizado íntegramente para este fin.

La utilización de esta medida requeriría continuar avanzando en otras reformas que permitan mejorar su fiscalización y los controles contra la evasión y elusión. En el ejercicio actual, se proyecta un aumento gradual en la tasa del IVA de un 2%, que inicia en 2013 con un incremento de 0.5% y que sube en la medida en que aumenten las necesidades de financiamiento de las intervenciones desarrolladas en este documento. Con esta gradualidad, el IVA podría aumentar los in-

gresos del Estado entre 0.16 y 0.63% del PIB en el período estudiado.

Fortalecimiento administrativo

La movilización de recursos para financiar las metas de combate a la desnutrición debe complementarse con programas antievasión, acompañados de un mejoramiento permanente de la efectividad de la administración tributaria. La persecución y el combate de los delitos tributarios aumentan la responsabilidad ciudadana. La aprobación de la *Ley Antievasión II* y la continua mejora de los mecanismos de eficiencia, eficacia y fiscalización fiscal podrían suponer un incremento de los ingresos tributarios entre 0.06 y 0.2% del PIB en los próximos años.

Endeudamiento público y cooperación internacional

El endeudamiento público puede constituir una fuente inicial de financiamiento, mientras se ajusta la política fiscal y, en particular, la política tributaria. Por otro lado, la comunidad internacional podría plegar todos sus esfuerzos o la mayor parte de estos a la lucha contra el hambre en Guatemala (véase *tabla 13*).

El presente ejercicio revela muchas formas de movilizar recursos para el financiamiento de la lucha contra la desnutrición. Sin embargo, las estimaciones técnicas no son suficientes para generar cambios en materia política. Es urgente que las y los ciudadanos de Guatemala se comprometan con la imposterable necesidad de enfrentar el hambre que padece la población, especialmente la niñez entre 0 y 5 años. Para que el Estado actúe, la sociedad debe demandar con la fuerza de su voto, aún más en período electoral, que el próximo presidente de la República de Guatemala haga de la lucha contra la desnutrición la bandera de un país menos desigual. Para lo mismo, la sociedad debe continuar con su demanda durante toda la legislatura.

Tabla 13

Posibles mecanismos para la movilización de recursos, como porcentaje del PIB de cada año

Concepto	2012	2012-2013	2014-2015	2016-2017	2018-2019	2020-2021
Brecha a financiar	0.31	0.32	0.62	1.25	1.54	1.70
Reducción de exenciones	0.00	0.40	0.50	0.60	0.80	0.80
Aumento del ISR (7-9%)	0.00	0.20	0.20	0.30	0.60	0.60
Aumento del IVA (13-14%)	0.00	0.16	0.31	0.32	0.47	0.63
Fortalecimiento administrativo (antievasión y contrabando)	0.06	0.06	0.10	0.10	0.10	0.20
Endeudamiento público y cooperación internacional	0.25	0.15	0.15	0.15	0.15	0.15

Fuente: Icefi/Unicef, según estimaciones propias.

7

CONCLUSIONES

- La desnutrición crónica que afecta a cerca de un millón trescientos mil niñas y niños menores de cinco años de edad, es una manifestación de los grandes problemas que enfrenta Guatemala para garantizar la vida de su población desde el inicio. El impacto de la desnutrición sobre el desarrollo infantil representa una cadena perpetua no sólo para este grupo de población, sino para toda la sociedad.
- De todas las causas que condicionan la desnutrición de las niñas y niños menores de 5 años, las cuatro principales son: la pobreza del hogar y su baja capacidad adquisitiva; la situación nutricional de la madre, previo al embarazo y como condicionante del bajo peso al nacer de sus hijos; el reducido acceso a servicios de salud y educación de la madre; y la falta de agua segura y saneamiento ambiental en el hogar. En otras palabras, la desnutrición no solo es resultado de la pobreza, sino también de la exclusión en el acceso a servicios de salud y educación, el limitado acceso a agua segura y la poca responsabilidad en el manejo de los desechos.
- La desnutrición limita las posibilidades de romper el círculo de la pobreza por sus efectos adversos en la salud, la educación y los ingresos futuros de quien la padece. Si el cerebro de estos niños y niñas no se desarrolla de la manera debida antes de los tres años de edad, por la carencia de una alimentación adecuada, no alcanzarán a cabalidad sus facultades físicas y emocionales y verán limitadas las posibilidades futuras de desarrollar un proyecto de vida pleno, así como una participación social y económica beneficiosa para el conjunto de la sociedad. En la actualidad, las pérdidas ocasionadas por el hambre hacen que Guatemala pierda diariamente 66 millones de quetzales.
- El gasto público en seguridad alimentaria y nutricional (GPSAN) se acercó a los Q 2,265.5 millones en 2008, pasó a Q 3,508.6 millones en 2009 y Q 4,507.9 millones en 2010, mientras que en 2011 la asignación de recursos ascendió a Q 4,753.7 millones. En términos reales, la inversión en seguridad alimentaria y nutricional pasó de representar un 0.76% del PIB, en 2008, a cerca de 1.30% en 2010 y 2011. Este incremento es resultado, en buena medida, del incremento en el programa de protección social Mifapro, que en estos últimos dos años ha tenido una asignación promedio de Q 1,082.0 millones.
- El gasto público *per cápita* anual en seguridad alimentaria y nutricional pasó de representar Q 165.33, en 2008, a cerca de Q 323.07 en 2011. La mayor inversión está constituida por los programas de protección social que representan cerca del 37.7% del gasto total, en tanto que los programas de agua potable y saneamiento, así como el de vivienda, representan el 17.0 y el 12.7%, respectivamente. Con niveles muy similares, en torno al 12.0%, se encuentra la inversión en salud preventiva, materna e infantil, en tanto que los programas de apoyo a pequeños productores agrícolas equivalen aproximadamente al 10.0% del gasto total.
- El derecho a una alimentación adecuada es de importancia fundamental para el disfrute de

todos los derechos. La importancia radica en que vincula indisolublemente el derecho a la alimentación con otros derechos humanos, a saber, el derecho a la educación, la salud, la vivienda, las condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias y la protección a la familia, entre otros derechos, de manera que los esfuerzos para la garantía de un derecho deben hacerse en todos estos ámbitos de manera simultánea.

- El mayor desafío para la democracia y el desarrollo de Guatemala es que cada uno de los 400,000 niños y niñas que nacen anualmente y los 2.5 millones de niños menores de 5 años estén protegidos frente al hambre.
- Dado que la desnutrición es un fenómeno que responde a causas variadas, el impacto de los programas relacionados con la nutrición está condicionado por intervenciones adicionales que atiendan, en conjunto, el contexto socioeconómico familiar. Aquellos países en donde los programas de nutrición han sido acompañados por medidas orientadas a dotar de infraestructura básica, mejorar los servicios de salud y educación, ampliar los programas de protección social a los grupos más vulnerables e incorporar políticas para el fomento del empleo, no solo han reducido los niveles de desnutrición, sino que han logrado combatir la pobreza y la indigencia.
- El Estado guatemalteco necesita dar una respuesta contundente e integral al combate del hambre, actuando en el ámbito económico y ambiental, en la protección social, en la salud, en la educación, en la generación de más información para la mejora en la gestión de las políticas públicas. En este sentido, muchas de las intervenciones identificadas en este estudio responden a esfuerzos que existen en la actualidad pero que no actúan ni en conjunto ni a una escala tal que puedan impactar significativamente sobre el hambre.
- A pesar de que algunas intervenciones tienen un carácter universal, entre 2012 y 2021, en todas se pretende dar prioridad a los 125 municipios identificados con los más altos niveles de pobreza extrema. En estas localidades, la desnutrición crónica afecta, en promedio, al 61.1% de los niños menores de 5 años. Las intervenciones puestas en marcha de manera integral en los próximos diez años permitirán, en 2021, disminuir la desnutrición crónica a entre 44.1 y 38.0%. En el ámbito nacional, la desnutrición crónica disminuiría a entre 41.1 y 38.7%.
- Las intervenciones propuestas en este estudio requerirán de entre Q1,193.4 millones en 2012 —lo que representará cerca del 0.3% del PIB—, hasta Q13,743.8 millones en 2021, es decir, aproximadamente 1.75% del PIB. Si se desea lograr los efectos esperados de las intervenciones, será necesario, por un lado, revisar los rubros de seguridad alimentaria en los que el Estado gasta actualmente alrededor de Q 4,500 millones. Asimismo, se requerirá aumentar los recursos para mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de salud; implementar de manera rápida el programa de Hogares Comunitarios; avanzar en los programas de agua potable y saneamiento ambiental; mejorar el presupuesto para alimentación escolar y establecer un programa de microcréditos para las familias beneficiarias de dichas intervenciones.
- Se han identificado algunos mecanismos para el financiamiento de las intervenciones presentadas, entre ellos la modernización y el incremento del impuesto sobre la renta general y el impuesto al valor agregado; la reducción de exoneraciones y privilegios fiscales a sectores tales como la maquila y las zonas francas. Asimismo, se presentan como posibilidad de financiamiento el endeudamiento público y la idea de priorizar el combate a la desnutrición ante la ayuda de la cooperación internacional.
- Las estimaciones técnicas no son suficientes para generar cambios en materia política. Es urgente que las y los ciudadanos de Guatemala se comprometan con la impostergable necesidad de enfrentar el hambre que padece la población, especialmente la niñez entre 0 y 5 años.

Sigla	Nombre
AEC	Auxiliares de enfermería comunitaria
Banguat	Banco de Guatemala
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
Cadi	Centros de Atención de Desarrollo Infantil
CD	Consejos de Desarrollo
Cecode	Centro de Comunicación para el Desarrollo
Cepal	Comisión Económica para América Latina
Codesan	Comisión Departamental de Seguridad Alimentaria y Nutricional
Comusan	Comisión Municipal de Seguridad Alimentaria y Nutricional
Conasan	Consejo Nacional para la Seguridad Alimentaria y Nutricional
Edas	Enfermedades diarreicas agudas
Encovi	Encuesta nacional de condiciones de vida
Ensmi	Encuesta nacional de salud materno infantil
Enredc	Estrategia nacional para la reducción de la desnutrición crónica
FAO (siglas en inglés)	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
Fonades	Fondo Nacional de Desarrollo
Fonapaz	Fondo Nacional para la Paz
GPDNA	Gasto público directo destinado a la niñez y adolescencia
GPSAN	Gasto público en seguridad alimentaria y nutricional
Iarna	Instituto de Agricultura, Recursos Naturales y Ambiente
Icefi	Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales
Igss	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
INE	Instituto Nacional de Estadística
Infom	Instituto Nacional de Fomento Municipal
Iras	Infecciones respiratorias agudas
Isis	Instituto de Salud Incluyente
ISR	Impuesto sobre la renta
ITS	Infecciones de transmisión sexual
IVA	Impuesto al valor agregado
Ivisan	Índice de vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria y nutricional
LPINA	<i>Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia</i>
Maga	Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación
Marn	Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales

MCO	Mínimos cuadrados ordinarios
MI (siglas en inglés)	Micronutrient Initiative
Micivi	Ministerio de Comunicaciones, Infraestructura y Vivienda
Mifapro	Programa «Mi Familia Progres»
Mineco	Ministerio de Economía
Mineduc	Ministerio de Educación
Minfin	Ministerio de Finanzas Públicas
MIS	Modelo incluyente de salud
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
MTPS	Ministerio de Trabajo y Previsión Social
NBI	Necesidad básica insatisfecha
NCHS (siglas en inglés)	Norma del Centro Nacional de Estadísticas de Salud de Estados Unidos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
Pain	Programa de Atención a la Primera Infancia
PAT	Programa de Alimentos por Trabajo
PEA	Población económicamente activa
Pesan	Plan estratégico de seguridad alimentaria y nutricional
PIB	Producto interno bruto
Pidesc	<i>Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales</i>
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
POA	Plan operativo anual
Prorural	Programa de Desarrollo Rural
Provimi	Programa de Vivienda Mínima
PTC	Programas de transferencias monetarias condicionadas
SAA	Secretaría de Asuntos Agrarios de la Presidencia de la República
SBS	Secretaría de Bienestar Social
Sesan	Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional
Siaf-Muni	Sistema Financiero de Administración Financiera Municipal
Sicoín	Sistema de Contabilidad Integrado
Sicsan	Sistema de Información y Comunicación de Seguridad Alimentaria y Nutricional
Sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
Simis	Sistema de información del Modelo Incluyente de Salud
Sinasan	Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional
Sosep	Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente
SRO	Sales de rehidratación oral
Unicef (siglas en inglés)	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
URL	Universidad Rafael Landívar
Usac	Universidad de San Carlos de Guatemala
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
Visan	Viceministerio de Seguridad Alimentaria

Asamblea General de las Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. París, diciembre.

_____ (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

_____ (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*.

_____ (2009). «Guatemala, evaluación de la pobreza, buen desempeño a bajo nivel». Marzo.

Banco Interamericano de Desarrollo (1998). «América Latina frente a la desigualdad». Washington.

Banco Mundial (2006). «Revalorización del papel fundamental de la nutrición para el desarrollo: estrategia para una intervención en gran escala». Panorama General, Washington, D.C.

_____ (2010). «Scaling Up Nutrition. What Will It Cost?». Washington, D.C.

_____ (2007). «Nutrition Failure in Ecuador, Causes, Consequences, and Solutions». Washington, D.C, February.

Bhutta *et al.* (2008). «What Works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. Maternal and child undernutrition». January.

Bronwyn Mariella Sinclair (2008). «Compliance with In-Home Administration of Sprinkles among Caregivers in Guatemala». May.

Care (2010). «Análisis del éxito en la lucha contra la desnutrición en Perú». Estudio de caso.

C. Gopalan and Bani Tamber Aeri (2001). «Strategies to Combat Under-Nutrition». *Economic and Political Weekly*, Vol. 36, number 33, August.

Centro Internacional de Agricultura Tropical (2007). «Estudio sobre la situación alimentaria y nutricional en los departamentos de Madriz, Nueva Segovia y la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN)». Managua, octubre.

CESR/Icefi (2009). *¿Derechos o privilegios? El compromiso fiscal con la salud, la educación y la alimentación en Guatemala*. Guatemala/España.

Comisión de Apoyo Técnico del Congreso de la República (2011). «Conversatorio: Seguridad Alimentaria y Nutricional». Foro Permanente de Partidos Políticos, Guatemala, junio.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2007). «El costo del hambre: impacto social y económico de la desnutrición infantil en Centroamérica y República Dominicana». Santiago de Chile.

Unicef. (2008). «Evolución de la desnutrición crónica infantil y su distribución socioeconómica en siete países de América Latina y el Caribe». Serie Políticas Sociales, núm. 140. División de Desarrollo Social. Santiago de Chile, marzo.

(2008). «Análisis de las mejores prácticas recientes en América Latina en políticas de nutrición para cumplir con los objetivos de desarrollo del milenio». Versión preliminar.

Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (2009). «Plan Estratégico de Seguridad Alimentaria y Nutricional PESAN 2009-2012». Guatemala, junio.

Copenhagen Consensus Center (2004). «Hunger and Malnutrition». February.

Davis, Benjamin (2006). «Complementarities between CCTs and Food Security Programs». FAO, Seminario Internacional de Programas de Transferencia de Ingresos y Seguridad Alimentaria.

Delgado HL. (2010). «Bases para el mejoramiento de la situación de desnutrición crónica en Guatemala». Informe Técnico. Bethesda, MD: University Research Co.

Duffy Tanamly Mellen. «Desnutrición crónica: un llamado de alerta para salvar a una generación de niños guatemaltecos» (presentación). Washington.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2008). «El costo del hambre: impacto social y económico de la desnutrición infantil, caso paraguayo» (presentación). Primera versión. Paraguay, mayo.

(2003). *Los objetivos de desarrollo del milenio tienen que ver con los niños*. Nueva York.

(2010). «La tormenta perfecta, impacto del cambio climático y la crisis económica en la niñez y la adolescencia». Guatemala.

(2011). «Estado mundial de la infancia. Adolescencia una época de oportunidades». Nueva York, febrero.

Guatemala, (1993). *Constitución Política de la República de Guatemala*. Guatemala, noviembre.

Graziano Da Silva, José (2008). «Estado de la desnutrición infantil: razones para erradicarla». *En Conferencia regional ministerial*, PMA. Santiago de Chile.

Instituto de Agricultura, Recursos Naturales y Ambiente (2009). «Cuenta integrada de residuos de Guatemala». Banguat y URL.

Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (2007a). *Más y mejor educación en Guatemala (2008-2021). ¿Cuánto nos cuesta?* Elaborado para el Proyecto Diálogo para la Inversión Social en Guatemala.

(2007b). «Análisis presupuestario del gasto en seguridad alimentaria y nutricional en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua». Preparado para el Instituto de Nutrición para Centroamérica y Panamá.

Icefi/Unicef (2010a). *Sobre la ejecución del presupuesto público de Guatemala orientado a la niñez y adolescencia, al mes de agosto 2010*. ¡Contamos! número 1. Guatemala.

(2010b). *Análisis del presupuesto 2011 enfocado a la niñez y adolescencia*. ¡Contamos! número 2. Guatemala.

● (2011). *¿Cuánto hemos invertido en la niñez y adolescencia guatemalteca? Análisis del presupuesto del gobierno central, 2008 – 2011*. ¡Contamos! número 3. Guatemala.

Instituto Nacional de Estadística de Guatemala (2010). «Índice de Precios al Consumidor». Diciembre.

Instituto Nacional de Salud de Perú (2009). «Sistema de monitoreo del Plan de Implementación de Micronutrientes». APURIMAC, 1 de octubre.

● (2009). «Sistema de monitoreo del Plan de Implementación de Micronutrientes». Huancavelica, octubre.

John W Lynch, George Davey Smith, et al. (2000). «Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions». BMJ volume 320-29, April.

Médicos Mundi Navarra, Guatemala (2008). «Del dicho al hecho... Los avances de un primer nivel de atención en salud incluyente».

Méndez Cerna, Blanca Azucena. «Seguridad alimentaria y nutricional». Guía de estudio semipresencial, Universidad Rafael Landívar.

Ministerio de Salud del Perú (2008). «Asistencia y asesoría en aspectos técnicos de evaluación de chispitas nutricionales (sprinkles) versus sulfato ferroso en la mejora de los niveles de hemoglobina en niños de 6 a 23 meses de edad». Lima, Perú.

Ministerio de Educación de Guatemala, et al. (2009). «Tercer censo nacional de talla en escolares del primer grado de educación primaria del sector oficial de la República de Guatemala». Informe final, junio.

Ministerio de Finanzas Públicas, Sistema de Contabilidad Integrada, Guatemala: www.sicoin.minfin.gob.gt

Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social de Perú. «Recopilación de experiencias en la disminución de la desnutrición crónica infantil a nivel de países de América Latina en el marco de la seguridad alimentaria».

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2010). «Departamento Financiero: informe físico-financiero 2009 ejercicio fiscal». Guatemala, febrero.

●. «Normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel», Guatemala.

●. Sistema de Información Gerencial en Salud, Guatemala: www.sigsa.mspas.gob.gt

● (2010). *V Encuesta nacional de seguridad materno infantil 2008/2009*. Guatemala, diciembre.

Ministerio de Trabajo y Previsión Social (2010). «Salario mínimo 2010-2011». Acuerdo Gubernativo 388-2010. Guatemala, diciembre.

Monzón, Irene y Valladares, Ricardo (2008). «Estudio de costos del Modelo Incluyente de Salud». URL. Guatemala, junio.

Organización de las Naciones Unidas (1994). «Acuerdo para el resarcimiento de las poblaciones desarraigadas por el enfrentamiento armado interno». Oslo, diciembre.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2006). «Taller: hacia la elaboración de una estrategia de asistencia técnica de la FAO en apoyo a la implementación de la Iniciativa América Latina y el Caribe Sin Hambre». Guatemala, octubre.

• (2005). «El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo». Roma.

• (2010). «Misión de evaluación de cosecha y seguridad alimentaria, informe final». Febrero.

Oxfam International (2011). «Cultivar un futuro mejor, justicia alimentaria en un mundo con recursos limitados». Oxford.

Pesa-GSH (2010). «Evaluación del Proyecto Estratégico para la Seguridad Alimentaria Guerrero sin Hambre».

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2010). *Informe de desarrollo humano 2010, la verdadera riqueza de las naciones*.

Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas (2006). «La experiencia de combate al hambre en América Latina: ¿Una de las puertas de salida de la indigencia?». Seminario Internacional, Santiago de Chile, diciembre.

• (2007). «Estudio de factibilidad para la elaboración y comercialización de las chispitas y suplementos de cinc para la región de Centro América y República Dominicana». Guatemala, diciembre.

• (2008a). «Alza de precios, mercados e inseguridad alimentaria y nutricional en Centroamérica: capítulo Guatemala». Guatemala, septiembre.

• (2008b). «Hacia la erradicación de la desnutrición infantil en América Latina y el Caribe». Santiago de Chile.

• (2008c). «La experiencia chilena en la erradicación de la desnutrición infantil». En *Conferencia regional ministerial*. Santiago de Chile.

• (2008d). «La serie de Lancet sobre desnutrición materna e infantil». En *Conferencia regional ministerial*. Santiago de Chile.

R. Black, L. Allen, et al., (2008). «Maternal and child undernutrition: global and regional exposures an health consequences». Lancet, 371: 243-60.

Reunión de los Países de Meso América sobre Alimentación y Nutrición del Niño Pequeño (2010). «Memoria de la Reunión Subregional de los Países de Mesoamérica». Managua, Nicaragua, febrero.

Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente. Guatemala: www.sosep.gob.gt

Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Presidencia de la República de Guatemala (2008). «Programa conjunto de apoyo a la *Estrategia nacional de reducción de la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 36 meses 2008-2011*». Guatemala, junio.

«Programa para la Reducción de la Desnutrición Crónica 2006-2016», Guatemala.

Sistema de Contrataciones y Adquisiciones del Estado de Guatemala: www.guatecompras.gt

United States Agency for International Development (2008). «Evaluation of the AIN-C program in Honduras». Arlington, VA, United States of America.

Universidad de San Carlos de Guatemala (2010). «Encuesta nacional de seguridad alimentaria». Tesis colectiva de graduación de médico cirujano.

1. Principales indicadores de los 125 municipios priorizados

Pobreza y Población 125 municipios con mayor pobreza									
Departamento	Municipio	Población							
		Índice de pobreza 2006		Total			0 a 5 años		
		Extrema	General	2012	2017	2021	2012	2017	2021
Alta Verapaz	Cobán	31.40	71.70	232,703	279,372	317,251	45,856	50,538	53,279
	Santa Cruz Verapaz	32.80	76.90	36,858	47,808	56,872	7,261	8,648	9,552
	San Cristóbal Verapaz	29.30	76.80	60,760	68,867	75,555	11,969	12,454	12,686
	Tamahú	38.00	88.60	20,047	23,878	26,986	3,952	4,324	4,540
	Tucurú	49.00	90.40	41,421	47,705	52,841	8,159	8,620	8,857
	Panzós	34.70	85.60	59,547	66,041	71,513	11,732	11,940	11,998
	Senahú	47.10	91.40	67,201	72,268	76,825	13,240	13,063	12,886
	San Pedro Carchá	42.80	88.00	221,173	257,136	286,449	43,563	46,485	48,068
	San Juan Chamelco	38.20	81.80	57,904	67,223	74,820	11,407	12,159	12,565
	Lanquín	57.90	92.20	24,612	28,586	31,826	4,849	5,171	5,347
	Cahabón	61.10	93.80	59,901	67,746	74,224	11,806	12,258	12,468
	Chisec	52.00	93.00	67,423	77,656	86,024	13,286	14,043	14,438
	Chahal	54.40	92.00	26,268	31,107	35,040	5,176	5,629	5,890
	Fray Bartolomé de las Casas	55.30	91.20	64,370	73,879	81,667	12,681	13,361	13,712
	La Tinta	26.70	79.20	72,232	82,825	91,501	14,230	14,970	15,347
Baja Verapaz	San Miguel Chicaj	32.40	84.70	28,207	31,190	33,824	5,437	5,728	5,964
	Rabinal	31.50	78.60	36,266	39,386	42,253	6,979	7,217	7,429
	Cubulco	28.50	82.00	62,192	73,444	82,855	11,977	13,455	14,555
	Purulhá	31.10	87.90	51,005	62,020	71,195	9,844	11,397	12,555
Chiquimula	Camotán	38.20	88.90	51,714	61,038	68,861	9,627	10,627	11,324
	Olopa	26.30	84.90	24,376	28,268	31,558	4,532	4,917	5,185

Pobreza y Población

125 municipios con mayor pobreza

Departamento	Municipio	Población							
		Índice de pobreza 2006		Total			0 a 5 años		
		Extrema	General	2012	2017	2021	2012	2017	2021
Huehuetenango	Malacatancito	22.90	74.60	21,128	23,513	25,380	3,989	4,075	4,078
	Cuilco	23.90	82.80	59,234	64,233	68,276	11,142	11,081	10,914
	Nentón	31.80	83.80	44,535	52,133	58,012	8,395	9,008	9,281
	San Pedro Necta	42.30	88.90	33,749	36,837	39,300	6,384	6,405	6,343
	San Idelfonso Ixtahuacán	51.00	91.90	43,613	49,581	54,206	8,235	8,598	8,718
	Santa Bárbara	64.00	97.70	17,274	17,812	18,369	3,258	3,081	2,944
	La Democracia	24.20	70.80	44,540	47,535	50,040	8,402	8,231	8,034
	San Miguel Acatán	43.50	91.50	25,524	26,719	27,805	4,805	4,622	4,464
	San Rafael La Independencia	32.90	87.50	11,993	12,277	12,607	2,253	2,115	2,013
	Todos Santos Cuchumatán	43.70	88.50	35,210	39,050	42,070	6,616	6,727	6,713
	San Juan Atitán	51.70	94.60	15,565	16,262	16,904	2,922	2,792	2,684
	Santa Eulalia	37.20	88.80	46,885	55,194	61,621	8,856	9,577	9,917
	San Mateo Ixtatán	41.20	91.80	39,734	43,751	46,924	7,505	7,588	7,548
	Colotenango	60.20	95.70	26,701	28,453	29,930	5,018	4,904	4,779
	San Sebastián Huehuetenango	53.90	93.80	29,213	32,693	35,409	5,514	5,667	5,692
	Tectitán	26.30	84.80	8,168	8,447	8,728	1,535	1,453	1,389
	Concepción Huista	23.60	77.70	19,013	19,559	20,141	3,590	3,387	3,232
	San Juan Ixcoy	32.10	85.30	27,265	30,782	33,507	5,173	5,375	5,434
	San Sebastián Coatán	35.90	89.10	24,627	27,465	29,681	4,664	4,786	4,803
	Barillas	35.50	86.10	140,332	177,353	206,604	26,569	30,854	33,347
	Aguacatán	29.40	81.70	53,740	58,523	62,374	10,062	10,045	9,919
	San Rafael Pétzal	41.00	87.90	8,563	9,455	10,159	1,612	1,633	1,627
	San Gaspar Ixchil	64.90	97.20	6,966	7,363	7,709	1,305	1,259	1,217
	Santiago Chimaltenango	37.40	83.90	7,251	7,790	8,234	1,365	1,343	1,312
Jalapa	Jalapa	28.10	68.70	147,266	171,068	191,056	29,994	32,866	34,937
	San Pedro Pinula	47.30	89.70	60,134	69,926	78,142	12,255	13,436	14,284
	San Carlos Alzatate	32.90	84.90	18,000	21,411	24,254	3,670	4,114	4,432
	Mataquescuintla	30.50	75.40	43,113	48,885	53,810	8,791	9,405	9,855
Jutiapa	Jutiapa	29.10	70.40	139,342	163,227	183,809	25,840	28,734	30,983
	Yupiltepeque	31.10	80.70	15,659	17,808	19,699	2,903	3,135	3,321
	El Adelanto	28.60	76.50	5,544	5,776	6,061	1,035	1,033	1,045
	Zapotitlán	32.00	80.40	9,986	11,161	12,218	1,857	1,974	2,072
	Comapa	43.50	89.00	27,670	31,041	34,059	5,133	5,469	5,748
	Conguaco	46.10	88.10	19,327	21,803	24,000	3,596	3,856	4,067
	Moyuta	26.50	74.40	39,025	42,712	46,169	7,255	7,556	7,836
	Pasaco	25.10	70.60	9,289	10,166	10,988	1,730	1,805	1,875
Petén	La Libertad	25.10	79.40	118,188	138,236	153,357	24,912	27,630	29,317

Pobreza y Población

125 municipios con mayor pobreza

Departamento	Municipio	Población							
		Índice de pobreza 2006		Total			0 a 5 años		
		Extrema	General	2012	2017	2021	2012	2017	2021
Quetzaltenango	Cabricán	32.80	84.00	25,713	28,935	31,588	4,524	4,846	5,076
	Cajolá	25.40	81.60	10,196	10,350	10,620	1,791	1,727	1,698
	Concepción Chiquirichapa	22.60	76.50	18,215	19,263	20,267	3,179	3,196	3,224
	San Martín Sacatepéquez	28.10	82.90	26,273	28,965	31,238	4,611	4,835	5,002
	Huitán	35.50	85.10	14,593	17,209	19,327	2,553	2,859	3,076
	El Palmar	24.50	77.70	28,894	31,776	34,212	5,093	5,331	5,506
	Palestina de los Altos	25.50	78.50	12,973	13,552	14,150	2,278	2,262	2,263
Quiché	Chiché	35.90	88.60	27,594	31,431	34,595	6,089	6,544	6,857
	Chinique	26.90	76.90	10,827	12,169	13,286	2,394	2,544	2,648
	Zacualpa	34.00	84.40	46,472	61,927	74,889	10,256	12,885	14,828
	Chajul	40.60	92.80	53,166	65,282	75,142	11,795	13,676	14,994
	Chichicastenango	28.70	83.50	148,855	169,162	185,910	32,916	35,299	36,936
	Patzité	29.40	88.60	5,984	6,564	7,063	1,322	1,370	1,405
	San Antonio Ilotenango	38.40	91.00	20,990	22,615	24,072	4,632	4,706	4,766
	San Pedro Jocopilas	42.00	92.30	29,034	32,443	35,295	6,419	6,769	7,011
	Cunén	34.50	87.60	36,424	41,815	46,246	8,032	8,695	9,152
	San Juan Cotzal	29.10	83.90	27,938	31,794	34,966	6,193	6,660	6,980
	Joyabaj	42.40	87.10	79,321	93,351	104,786	17,506	19,426	20,752
	Nebaj	29.50	85.50	85,272	102,519	116,535	18,873	21,409	23,168
	San Andrés Sajcabajá	37.70	88.60	25,666	28,815	31,435	5,684	6,020	6,252
	Uspantán	36.60	87.70	66,875	80,528	91,612	14,834	16,851	18,247
	Sacapulas	33.20	85.10	47,348	52,792	57,352	10,488	11,038	11,419
	San Bartolomé Jocotenango	43.10	90.80	15,389	19,400	22,693	3,395	4,035	4,492
	Canillá	33.90	79.00	12,448	14,076	15,424	2,744	2,919	3,037
	Chicamán	38.40	87.70	36,188	41,646	46,114	8,006	8,685	9,147
	Playa Grande -Ixcán	36.50	88.30	98,543	118,886	135,408	21,857	24,876	26,969
Retalhuleu	Nuevo San Carlos	23.10	75.90	31,920	34,206	36,306	5,521	5,717	5,898
	El Asintal	27.10	82.30	40,239	47,039	52,608	6,939	7,812	8,471

Pobreza y Población

125 municipios con mayor pobreza

Departamento	Municipio	Población							
		Índice de pobreza 2006		Total			0 a 5 años		
		Extrema	General	2012	2017	2021	2012	2017	2021
San Marcos	Comitancillo	44.10	90.70	62,494	70,758	77,441	11,077	11,621	11,909
	San Miguel Ixtahuacán	32.80	86.40	36,612	39,997	42,863	6,460	6,519	6,526
	Concepción Tutuapa	45.40	92.20	58,894	63,454	67,454	10,364	10,311	10,236
	Tacaná	32.40	84.40	77,004	83,989	89,923	13,583	13,689	13,694
	Sibinal	43.90	90.00	16,286	17,749	18,994	2,877	2,901	2,903
	Tajumulco	48.90	93.30	56,823	64,879	71,362	10,085	10,675	10,999
	Nuevo Progreso	30.20	84.50	36,849	42,498	47,023	6,546	6,998	7,251
	El Tumbador	24.70	80.90	41,715	44,667	47,297	7,358	7,275	7,194
	San Pablo	24.90	78.30	52,948	61,765	68,815	9,396	10,160	10,604
	El Quetzal	26.10	79.50	23,495	25,697	27,552	4,154	4,204	4,216
	La Reforma	33.70	84.40	15,512	15,944	16,465	2,755	2,627	2,543
	Ixchiguan	38.10	88.50	28,852	33,372	36,989	5,128	5,503	5,719
	San José Ojetenam	36.00	87.20	19,824	21,398	22,764	3,505	3,500	3,483
	Sipacapa	27.60	84.00	18,396	20,588	22,381	3,259	3,382	3,445
	San Lorenzo	32.60	83.50	11,974	13,072	14,002	2,119	2,148	2,160
Santa Rosa	Casillas	23.10	70.20	23,971	26,503	28,803	4,139	4,363	4,555
	San Rafael Las Flores	25.60	71.20	13,021	15,627	17,838	2,252	2,577	2,827
	San Juan Tecuaco	31.40	79.30	9,799	11,078	12,199	1,699	1,841	1,955
	Santa María Ixhuatán	25.30	74.00	21,043	22,483	23,939	3,637	3,704	3,789
	Pueblo Nuevo Viñas	23.40	71.10	24,583	27,591	30,251	4,258	4,563	4,813
Sololá	Sololá	26.50	76.00	118,723	149,951	175,050	24,303	28,849	31,951
	San José Chacayá	26.30	75.00	4,615	5,870	6,884	942	1,120	1,239
	Nahualá	38.00	85.80	66,348	71,785	76,369	13,587	13,815	13,944
	Santa Catarina Ixtahuacán	44.70	90.00	50,234	53,322	56,075	10,295	10,271	10,247
	Concepción	30.00	85.30	6,677	7,809	8,704	1,364	1,494	1,576
	San Antonio Palopó	40.40	87.00	13,274	14,289	15,155	2,718	2,748	2,764
	San Lucas Tolimán	27.00	76.40	30,189	33,986	37,025	6,190	6,556	6,782
	Santa Cruz La Laguna	42.30	89.30	7,329	9,027	10,379	1,504	1,746	1,910
	San Pablo La Laguna	32.20	85.00	7,464	8,175	8,758	1,531	1,577	1,603
	San Juan La Laguna	38.10	80.90	11,047	12,247	13,220	2,264	2,361	2,420
	Santiago Atitlán	26.30	79.80	45,982	52,045	56,887	9,419	10,021	10,394
Suchitepequez	San Bernardino	23.60	73.90	19,018	24,258	28,609	3,421	4,162	4,719
	San Antonio Suchitepéquez	25.50	77.70	50,279	56,783	62,247	9,056	9,757	10,283
	San Miguel Panán	28.60	84.50	8,506	9,176	9,787	1,528	1,566	1,599
	Chicacao	30.00	83.90	51,656	56,018	59,931	9,300	9,616	9,884
Totonicapán	Momostenango	30.20	81.20	128,727	149,840	166,703	27,674	30,698	32,792
	Santa María Chiquimula	35.00	87.50	48,525	54,997	60,223	10,405	11,231	11,806
	Santa Lucía La Reforma	55.40	94.50	22,296	27,218	31,160	4,780	5,551	6,094
	San Bartolo Aguas Calientes	26.40	77.40	18,590	25,263	30,844	3,988	5,170	6,064

2. Breve descripción del gasto presupuestario por eje estratégico

A continuación se presenta una breve descripción de las actividades consideradas y de las entidades relacionadas con la ejecución de dichas erogaciones. La información ha sido extraída, en mayor medida, del plan operativo anual (POA) que cada entidad presenta y que se encuentra disponible en la ventanilla de información pública de las instituciones descritas.

Tabla 9

Gasto público en ejes estratégicos considerados para la reducción de la desnutrición crónica En millones de quetzales 2008-2011/*										
Cód.	Concepto	Entidad o Unidad Ejecutora	2008		2009		2010		2011	
			Subtotal	Total	Subtotal	Total	Subtotal	Total	Subtotal	Total
1	Gasto administrativo de la conducción de la política de seguridad alimentaria	Sesan	17.04	17.04	17.81	17.81	29.49	29.49	107.10	107.10
2	Programas de apoyo técnico y financiero a pequeños productores agrícolas y atención a hogares para garantizar el consumo de alimentos	Mintrab	2.32		3.50		6.07		5.24	
		Mineco	125.28		12.57		6.66		11.47	
		Maga	479.83		226.10		338.72		276.71	
		MAGA / PESCA	-		-		-		-	
		Fonades	50.14		345.93		218.97		179.88	
		Fonapaz	24.18		-		84.53		139.38	
		Secretaría de Asuntos Agrarios	22.40		23.44		21.93		26.04	
		Otras secretarías	13.09		81.60		71.57		80.25	
		Consejos de Desarrollo	11.11	728.35	12.34	705.48	14.51	762.97	37.21	756.18
3	Acceso a servicios de salud preventiva y salud materna e infantil	Maga	-		-		-		1.63	
		MSPAS	326.26	326.26	384.27	384.27	570.75	570.75	542.17	543.80
4	Atención a hogares a través de programas de protección social	MINEDUC / MIFAPRO	420.89		642.89		430.71		596.95	
		SBS	6.95		36.17		23.73		27.35	
		Maga	56.11		-		-		-	
		Sosep	1.27	485.22	13.69	692.75	9.13	463.57	12.35	636.65

/* Cifras preliminares.

Fuente: Icefi/Unicef, con base en información presupuestaria del Sicoín.

Cód.	Concepto	Entidad o Unidad Ejecutora	2008		2009		2010		2011	
			Subtotal	Total	Subtotal	Total	Subtotal	Total	Subtotal	Total
5	Programa de vivienda	Micivi	120.28		160.58		496.30		402.39	
		Fonades	1.00		0.54		-		-	
		Otras secretarías	5.83		0.62		-		-	
		Consejos de Desarrollo	-		-		-		50.74	
		Fonapaz	28.36	155.47	89.78	251.52	193.25	689.56	32.32	485.45
6	Extensión de servicios de agua potable y saneamiento	Micivi	-		2.21		5.44		56.44	
		Otras secretarías	5.15		-		-		-	
		Fonapaz	31.14		45.01		131.46		149.03	
		Fonades	2.40		3.99		1.39		-	
		Marn	-		-		-		0.26	
		MSPAS	-		-		-		103.00	
		Infom	97.56		104.91		162.92		298.32	
		Consejos de Desarrollo	287.44	423.69	320.16	476.29	375.10	676.32	289.28	896.32
7	Atención de desastres ante fenómenos naturales	Maga	-		-		111.33		100.00	
		Micivi	6.95		11.80		32.44		26.94	
		SBS	-		-		8.91		0.69	
		MSPAS	-		-		-		90.00	
		Otras secretarías	5.80		-		-		-	
		Fonapaz	-		-		-		84.37	
		Sosep	-		-		3.79		-	
		Infom	-		-		-		-	
		Obligaciones a Cargo del Tesoro	-	12.75	-	11.80	20.00	176.48	-	302.00
8	Programa de transferencias condicionadas	Mineduc	116.70	116.70	968.67	968.67	1,138.78	1,138.78	1,026.24	1,026.24
TOTAL				2,265.46		3,508.59		4,507.92		4,753.74

1. Gasto realizado por la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Sesan), en su calidad de ente coordinador del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Sinasan)

Este eje estratégico comprende las asignaciones presupuestarias manejadas por la Sesan en su papel de coordinación del Sinasan. Dichas asignaciones abarcan la coordinación administrativa y financiera, así como la coordinación de planificación y comunicación de la *Política nacional de seguridad alimentaria y nutricional*.

El gasto en este eje ha registrado aumentos considerables, pues de ubicarse en Q 17.0 millones en 2008, se prevé una ejecución de Q 107.1 millones para 2011. Asimismo, dentro de las estimaciones realizadas, este gasto ha representado aproximadamente el 1.5% del GPSAN entre 2010 y 2011.

De conformidad con el *Plan operativo anual integrado de SAN* para 2011, la Sesan prevé que los gastos presupuestados permitan implementar los mecanismos de coordinación interinstitucional para el abordaje de las intervenciones de forma integral y sostenible, orientadas a la reducción del riesgo de inseguridad alimentaria y nutricional y la desnutrición crónica, atendiendo a las poblaciones vulnerables en los municipios priorizados.

Para ello, la Sesan presenta cinco objetivos estratégicos que abarcan la disponibilidad alimentaria; el acceso de la población a la canasta básica alimentaria; la promoción de la educación, información y comunicación en alimentación y nutrición (lo cual incluye la promoción de la lactancia materna); la ampliación de la cobertura de los servicios de salud, agua, saneamiento básico e higiene familiar y comunitaria y el fortalecimiento de las capacidades institucionales del Sinasan y de la sociedad civil para la reducción de la inseguridad alimentaria y nutricional.

2. Programas de apoyo técnico y financiero a pequeños productores agrícolas y atención a hogares para garantizar el consumo de alimentos

En este eje estratégico se consideran de suma importancia aquellos programas de apoyo a pequeños productores agrícolas que garanticen la capacidad de los hogares de tener acceso a alimentos, o bien de mejorar sus condiciones y su capacidad adquisitiva, de manera que puedan adquirir los alimentos de la canasta básica. Ello es especialmente importante al considerar que la desnutrición es un fenómeno que afecta principalmente a los hogares ubicados en el área rural y cuya población es indígena. Por otra parte, este eje concentra la atención en la asistencia alimentaria que es brindada a familias en condiciones de vulnerabilidad para garantizar el consumo de alimentos. Las instituciones relacionadas con este eje estratégico se presentan a continuación.

Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación (Maga):

La *Política agropecuaria 2008-2012* del Maga contempla, como objetivo general, contribuir al mejoramiento sostenido de las condiciones de vida de la población, especialmente la rural. Ello, por medio de sistemas productivos compatibles; la atención a campesinas y campesinos que dependen de las actividades agropecuarias; la conservación y uso sostenible de los recursos naturales renovables y la participación equitativa de todos los sectores que contribuyen al desarrollo del sector. De tal forma, de acuerdo con el POA del Maga, los subprogramas identificados con mayor incidencia para el apoyo técnico y financiero son el Subprograma de Desarrollo Productivo, el Subprograma del Sistema Financiero Rural, el Subprograma de Agricultura a Pequeña Escala.

Asimismo, el Maga, por conducto de su Vice-ministerio de Seguridad Alimentaria (Visan), ha brindado ayuda durante el período de análisis mediante los siguientes programas:

Información sobre la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Sesan)

La Sesan es el ente coordinador del Sinasan (Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional). Tiene la responsabilidad de la coordinación operativa interministerial del *Plan estratégico de SAN* (seguridad alimentaria y nutricional), así como de la articulación de los programas y proyectos de las distintas instituciones nacionales e internacionales vinculadas con la seguridad alimentaria y nutricional del país.

Según lo estipulado en su misión, la Sesan es la institución responsable de la planificación, coordinación, integración y monitoreo de las intervenciones en materia de seguridad alimentaria y nutricional que realizan el sector público, la sociedad y organismos de cooperación internacional, con miras a optimizar los esfuerzos y recursos, con el fin de lograr un mayor impacto en el país.

- Asistencia alimentaria
- Alimentos por acciones
- Apoyo a la producción y almacenamiento de alimentos
- Alimentación para el progreso
- Apoyo a la seguridad alimentaria
- Asistencia alimentaria a la población campesina

Fondo Nacional para la Paz (Fonapaz):

Esta institución registra una inversión de recursos mediante la implementación de proyectos productivos en el área rural, la capacitación, asistencia técnica y promoción agropecuaria y la asistencia que brinda a través de la compra y legalización de tierras.

Por otra parte, se registra apoyo brindado para la distribución de alimentos donados por el Programa Mundial de Alimentos (PMA) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), cuyo objetivo principal es ayudar con alimentos a todas las familias que fueron afectadas por el conflicto armado interno y del Programa de Alimentos por Trabajo (PAT), el cual se encarga de administrar el alimento y seleccionar a las comunidades para su distribución.

Fondo Nacional de Desarrollo (Fonades):

Es el fideicomiso creado para la administración e inversión de los recursos para financiar la viabilización y ejecución de diversidad de programas y proyectos que permiten mejorar el nivel de vida y las condiciones eco-

nómicas y sociales de la población más vulnerable a la pobreza y pobreza extrema del país. Para el efecto, debe asistir administrativa, técnica y financieramente al Programa Nacional de Desarrollo Rural (Prorural).

De conformidad con el POA 2010, Prorural coordina esfuerzos con los entes involucrados en el desarrollo rural del país. Tiene el objetivo de atender prioritariamente a las comunidades rurales del país más vulnerables a la pobreza y extrema pobreza mediante el impulso de actividades agropecuarias y forestales y el incremento de la inversión económica productiva.

De tal forma, dentro del presupuesto público se identificaron actividades relacionadas con la SAN como infraestructura productiva, apoyo a la producción agrícola, capacitación, asistencia técnica y transferencia de tecnología y apoyo al desarrollo social y económico. Asimismo, cabe indicar que se consideró en este eje estratégico el gasto que Fonades ejecuta en concepto de seguridad alimentaria, el cual apoya las actividades encaminadas a la sostenibilidad de la SAN por medio de la asistencia técnica, económica y crediticia, así como la dotación de insumos para aumentar la producción de pequeños productores (en donde destaca la dotación de cupones para la entrega de fertilizantes).

Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente (Sosep):

Esta institución registra inversión de recursos relacionados con el objetivo estratégico

descrito en programas tales como la promoción comunitaria y asistencia alimentaria, las donaciones en especie y algunas acciones de asistencia social y nutricional.

Ministerio de Economía (Mineco):

En este Ministerio se consideró el gasto que realiza la actividad de servicios financieros, la cual forma parte del Programa de Desarrollo de la Micro, Pequeña y Mediana Empresa, el cual tiene como objetivo contribuir al desarrollo de dichas empresas a través del otorgamiento de créditos, privilegiando las áreas donde se concentra la pobreza.

Ministerio de Trabajo y Previsión Social (MTPS):

Este Ministerio plantea como uno de sus objetivos operativos facilitar la vinculación laboral, mejorando la utilización del talento humano mediante mecanismos de orientación y formación laboral. De tal cuenta, se han considerado las erogaciones que realiza en sus programas de Servicio Nacional de Empleo, Fomento de Becas y Capacitación y Formación del Trabajador.

Secretaría de Asuntos Agrarios de la Presidencia de la República (SAA):

Presenta como objetivo estratégico reformar el régimen de tenencia de la tierra, desincentivando su reconcentración mediante mecanismos de acceso a la tierra y otros recursos productivos, observando lo preceptuado en la legislación vigente, minimizando los conflictos agrarios e impulsando el desarrollo rural integral. Dentro del presupuesto se encontraron actividades relacionadas con el impulso y la operativización de la *Política agraria*, el impulso y fomento de la *Política nacional de desarrollo rural integral*, la resolución de conflictos agrarios y la prevención para la resolución de conflictos y fomento del diálogo como cultura para la paz.

Consejos de Desarrollo (CD):

Como parte de las Obligaciones del Tesoro a cargo del Estado, se consideró como gasto en este eje estratégico las transferencias realizadas a los Consejos de Desarrollo en concepto de agricultura y producción pecuaria, entre otros.

Sintetizando, el gasto en este eje ha ascendido a entre Q 728.35 millones en 2008 y Q. 756.18 (presupuestado) en 2011. Asimismo, dentro de las estimaciones realizadas, este gasto ha representado aproximadamente el 16.4% del GPSAN entre 2010 y 2011. Cabe indicar que el gasto en este eje muestra niveles que permanecen muy similares a lo largo de la serie en estudio, destacando la disminución de la participación del Maga debido a las funciones que ha adquirido el Fonades, especialmente en lo relativo a la distribución de fertilizantes.

3. Acceso a servicios de salud preventiva y salud materna e infantil

En este eje estratégico se ha considerado principalmente el gasto ejecutado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el cual integra varias actividades que son descritas a continuación con base en la definición conceptual de la estructura programática utilizada por dicha institución para la elaboración de su presupuesto.

Promoción de la salud:

Son todas las acciones dirigidas a fomentar el cuidado de la salud de los individuos y de la comunidad, promoviendo estilos de vida saludables. Ello, mediante intervenciones de educación sanitaria a través de medios de comunicación masiva, de participación social y capacitación.

Inmunizaciones:

Es el conjunto de acciones orientadas a la prevención de enfermedades de la niñez a través de la vacunación, con el fin de estimular la inmunidad. Incluye actividades de

adquisición y distribución de vacunas, adquisición y distribución de jeringas y agujas descartables, aseguramiento de la cadena de frío, seguimiento de coberturas de vacunación, realización de campañas de vacunación para grupos específicos, elaboración y actualización de las normas nacionales de vacunación e instrumentos de capacitación.

Extensión de cobertura en el primer nivel de atención:

Es el conjunto de acciones que permiten extender los servicios en áreas postergadas en el primer nivel de atención en salud. Entre las actividades están: prestación de los servicios de salud, monitoreo, evaluación y coordinación con la red de servicios de salud, así como actividades realizadas a través de las organizaciones no gubernamentales (ONG) de salud que ejecutan un paquete básico de salud en diferentes jurisdicciones que les son asignadas durante un período de un año.

Prevención, promoción y atención a la salud reproductiva:

Conjunto de acciones de promoción, educación, consejería, orientación general, prescripción y entrega de anticonceptivos, que se realiza para el cuidado de la salud sexual y reproductiva de la población. También incluye campañas de información, formación y comunicación que buscan promover actitudes y prácticas sexuales responsables y seguras.

Prevención y control de la desnutrición:

Acciones dirigidas a la prevención, reducción y control de la desnutrición a través de actividades de diagnóstico nutricional, asistencia alimentaria complementaria, control nutricional, asesoría nutricional en talleres y personalizada, estimulación de la lactancia materna y visitas domiciliarias para detectar casos de desnutrición en la familia.

Vigilancia y control de agua para consumo humano y saneamiento:

Conjunto de acciones orientadas al saneamiento ambiental y al registro, vigilancia y control de agua para el consumo humano. Entre las acciones se encuentra evaluar el riesgo que representa para la salud pública la calidad del agua, vigilando las fuentes de agua (desde el punto de vista físico, químico y bacteriológico) y realizando inspecciones sanitarias a los sistemas de suministro de agua para consumo humano.

En tal sentido, la inversión en este eje estratégico ha registrado niveles que se ubican en Q 326.3 millones en 2008, Q 384.3 millones en 2009, Q 570.8 en 2010 y Q 543.8 en 2011. Como puede observarse, existe una tendencia creciente en los niveles invertidos, evidenciándose sobre todo un incremento de nivel a partir de 2010, lo cual se debe principalmente al incremento de recursos destinados a la prevención y promoción de la salud. Destaca que, a partir de 2011, se hace visible en el presupuesto la actividad de prevención y control de la desnutrición, así como la de inmunizaciones, las cuales juegan un papel muy importante en el monitoreo de los esfuerzos enfocados al combate de la desnutrición. Finalmente, conviene indicar que, en promedio, durante 2009 y 2010 estos gastos representaron aproximadamente el 12.0% de la inversión realizada en SAN.

4. Atención a hogares a través de programas de protección social, tal el caso de los programas de alimentación escolar

Otras políticas enfocadas a afrontar los problemas de seguridad alimentaria se han concretado en programas ejecutados por diversas entidades que tratan de proveer protección social a los hogares en condiciones de vulnerabilidad. Dentro de los hallazgos presupuestarios en este eje estratégico destacan los siguientes:

Programa de Alimentación Escolar:

Se ejecuta a través del Ministerio de Educación (Mineduc), el cual traslada los fondos necesarios a las Juntas Escolares de Padres para brindar a los estudiantes, durante el ciclo escolar, una comida nutritiva e higiénica y de acuerdo a sus hábitos.

Programa Creciendo Bien:

Se ejecuta por conducto de la Sosep; tiene como misión facilitar los mecanismos y articular esfuerzos multisectoriales para potencializar la capacidad productiva de las familias más pobres del país, a través de organizaciones de mujeres denominadas Unidades Productivas Solidarias. De tal forma, este Programa constituye un modelo de autogestión comunitaria enfocado en mujeres en edad reproductiva, embarazadas, lactantes y menores de cinco años.

Programa Vaso de Leche Escolar:

Fue un Programa ejecutado interinstitucionalmente por el Maga, autoridades del Mineduc, juntas escolares, autoridades de establecimientos educativos y la Cámara de Productos de Leche. Consistía en brindar a la población comprendida entre 5 y 12 años un vaso de leche diario para contribuir a mejorar su condición nutricional y de aprendizaje; sin embargo, el mismo dejó de funcionar en 2008 y sus fondos fueron trasladados al Mineduc para el Programa de Alimentación Escolar.

De acuerdo con los datos presupuestarios, puede observarse que los niveles de inversión en este eje estratégico ascendieron a Q 485.2 millones en 2008, Q 692.7 millones en 2009, Q 463.6 millones en 2010 y se prevé alcancen Q. 485.5 millones en 2011. Cabe destacar que el mayor peso de los recursos lo constituye la alimentación escolar, que registró en 2010 una disminución de aproximadamente Q 212.0 millones en su ejecución. Esto comprometió las metas de cobertura establecidas en el Mineduc, incrementando el riesgo de seguridad alimentaria para los

niños y niñas beneficiarios de la iniciativa. Se prevé que para 2011 dicha situación registre una mejoría, sin embargo aún se observan brechas de cobertura en los recursos presupuestados.⁶⁰

5. Programa de vivienda

Derivado del análisis del modelo económico descrito previamente, puede inferirse que garantizar condiciones de vivienda apropiadas reduce la probabilidad de padecer desnutrición. Esto obedece a que los miembros del hogar tenderán a padecer menores problemas de salud si se reducen los efectos nocivos que genera el hacinamiento. En tal sentido, la inversión presupuestaria realizada en este eje estratégico da cuenta de recursos empleados por las siguientes entidades:

Ministerio de Comunicaciones, Infraestructura y Vivienda (Micivi):

Presenta como uno de sus objetivos estratégicos el proporcionar subsidios para facilitar el acceso a soluciones habitacionales a la población en situación de pobreza y pobreza extrema, con el objeto de contribuir a reducir el déficit habitacional. En tal sentido, las actividades presupuestarias del Micivi relacionadas con este eje estratégico engloban el programa de vivienda, servicios de urbanización y desarrollo, construcción y mejoramiento de urbanizaciones y viviendas y servicios de vivienda.

Fondo Nacional para la Paz (Fonapaz):

Cuenta con el Programa de Vivienda Mínima (Provimi), el cual fue creado como un programa emergente para proveer de vivienda mínima a familias guatemaltecas en situación de pobreza extrema mediante la dotación de láminas y materiales para la construcción. Al respecto, dentro del presupuesto público se consideraron actividades relacionadas con la construcción de viviendas, dotación de techo mínimo y dotación de materiales de construcción para vivienda.

60 Icefi/Unicef (2011). *¿Cuánto hemos invertido en la niñez y adolescencia guatemalteca?, análisis del presupuesto del gobierno central, 2008-2011*. ¡Contamos! No. 3. Guatemala.

Consejos de Desarrollo (CD):

Como parte de las Obligaciones del Tesoro a cargo del Estado, se consideró como gasto en este eje estratégico las transferencias realizadas a los CD en concepto de vivienda.

De esta forma, puede resumirse que el gasto presupuestario en este eje estratégico registró niveles de Q 155.5 millones en 2008, Q 251.5 millones en 2009, Q 689.6 millones en 2010 y se prevé un gasto de Q 485.5 millones para 2011. Dicho gasto muestra incrementos a lo largo de la serie, especialmente a partir de 2010, los cuales son explicados fundamentalmente por mayores asignaciones al Provimi.

6. Extensión de servicios de agua potable y saneamiento

El gasto presupuestario relacionado con este eje estratégico consiste en todos aquellos recursos destinados a la extensión de los servicios de agua potable y saneamiento que son llevados a cabo por diversas entidades gubernamentales. Al respecto, las principales instituciones ejecutoras de estos fondos son:

Consejos de Desarrollo (CD):

En este apartado se consideran las transferencias en concepto de Obligaciones del Estado a cargo del Tesoro que son trasladadas a los CD en los rubros de agua y saneamiento. Cabe indicar que, debido a las restricciones en la información provista por el Sicoi, no se considera la ejecución *per se* realizada por estas instituciones, sino que únicamente se consigna el monto ejecutado de transferencias.

Instituto Nacional de Fomento Municipal (Infom):

Entidad estatal y autónoma cuya misión es promover el progreso de los municipios del país, proporcionando asistencia técnica, administrativa y financiera a las municipalidades. Dada la importancia de las acciones que esta entidad realiza en materia de proyectos de agua potable y saneamiento, se consideró prudente incluir la ejecución presupuestaria

registrada y no únicamente la transferencia que se registra en Obligaciones del Estado a cargo del Tesoro hacia la misma.

De tal cuenta, entre las acciones que esta entidad realiza se consideraron principalmente dos:

- Asistencia crediticia para ejecutar obras de agua potable, saneamiento y desarrollo urbano y rural, las cuales se realizan según las solicitudes presentadas por las municipalidades del país.
- Saneamiento del medio: cuyo objetivo operativo es ejecutar y supervisar proyectos de agua y saneamiento en municipios priorizados para mejorar la calidad de vida de los habitantes.

Fondo Nacional para la Paz (Fonapaz):

Lleva a cabo un programa de agua potable y saneamiento para el desarrollo humano denominado «Agua Fuente de Paz». Esta iniciativa tiene como objetivo mejorar y ampliar el acceso a los servicios de agua potable y saneamiento en áreas rurales, urbanas y periurbanas, en un marco que incentive el desarrollo institucional del sector, promueva la participación organizada de las comunidades rurales y municipalidades y asegure la sostenibilidad de los sistemas a mediano y largo plazos.

Ministerio de Comunicaciones, Infraestructura y Vivienda (Micivi):

Esta entidad registra erogaciones en concepto de actividades relacionadas con la construcción o mejoramiento de sistemas de drenajes sanitarios y aguas pluviales. Estas acciones se enmarcan en el objetivo estratégico de dicha dependencia que establece su contribución a través del Fondo Social de Solidaridad, con miras a mermar la necesidad de infraestructura básica urbana y rural a nivel nacional y en forma consecutiva.

Asimismo, para 2011 se considera el *Plan piloto de desechos sólidos de comunidades*, el cual tiene previsto implementar el MSPAS y

la actividad de manejo de desechos sólidos conducida por el Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales (Marn).

Con ello se obtienen niveles de inversión que alcanzan Q 423.7 millones en 2008, Q 476.3 millones en 2009, Q 676.3 millones en 2010 y se prevé un gasto de Q 896.3 millones en 2011. Estas cifras muestran incrementos a lo largo de la serie, los cuales se deben, principalmente, a la mayor ejecución de proyectos por parte del Infom y de los Consejos de Desarrollo. En 2011 los incrementos obedecen a la inclusión de los programas de manejo de desechos a cargo del MSPAS y del Marn.

7. Atención a desastres ante fenómenos naturales

Derivado de los efectos que el cambio climático ha causado en Guatemala en los últimos años y que han exacerbado las condiciones de vulnerabilidad del país para dar respuesta a fenómenos naturales, se consideró de importancia distinguir dentro del presupuesto aquellas asignaciones relacionadas con las últimas emergencias que ha tenido que afrontar Guatemala, tal es el caso de la tormenta Agatha y la erupción del volcán Pacaya, en 2010. Estos fenómenos tuvieron un impacto del 2.6% del PIB, afectando al 3.9% de la población guatemalteca.⁶¹

En tal sentido, en tanto que para 2008 y 2009 se observan erogaciones en este eje estratégico de Q 12.8 millones y Q 11.8 millones, respectivamente, en 2010 y 2011 se registran gastos por Q 176.5 y Q 302.0 millones. Esta situación pone de manifiesto el sostenido esfuerzo que debe ser planteado por el Gobierno para atender emergencias derivadas de fenómenos climáticos que ponen en riesgo la seguridad alimentaria y nutricional del país.

Las principales instituciones que han recibido recursos en este orden son el Maga, el Micivi, el MSPAS, Fonapaz y la Secretaría de Bienestar Social (SBS), entre otras. Todas ellas han realizado actividades de apoyo al

sector agrícola y pecuario, reconstrucción o mejoramiento de sistemas de drenajes sanitarios y aguas pluviales, reconstrucción de viviendas y urbanización, atención de desastres y dotaciones diversas para las familias afectadas.

8. Programa de transferencias condicionadas

Los programas de transferencias monetarias condicionadas (PTC) han sido concebidos como una herramienta de política pública que busca aliviar las condiciones de pobreza de familias vulnerables. Ello, mediante la dotación de recursos económicos que pueden invertirse en la formación de capital humano y en la mejora de las condiciones de salud. Debido a que la mayoría de beneficiarios de los PTC se encuentran expuestos a situaciones de seguridad alimentaria, esta clase de estrategias puede tener un impacto positivo en diversas esferas de la seguridad alimentaria, pues ayudan a incrementar la ingesta de micronutrientes e introducen una gama de prácticas apropiadas en la administración pública que pueden ser replicadas en intervenciones de SAN.⁶²

En Guatemala, el programa de transferencias condicionadas «Mi Familia Progres» (Mifapro) fue creado mediante el Acuerdo Gubernativo 117-2008, de fecha 16 de abril de 2008. Mifapro está dirigido a apoyar económicamente a las familias que viven en condiciones de pobreza y pobreza extrema, otorgándoles un bono de Q 150.0 para salud y de Q. 150.0 para educación. El Programa, además, contempla un bono de nutrición que es aplicable únicamente en los municipios de Camotán, Jocotán, San Juan Ermita y Olopa, Chiquimula.

La importancia de Mifapro en el ámbito de la seguridad alimentaria y nutricional ha sido corroborada por una reciente evaluación realizada por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para el caso de Guatemala, la cual resalta que ha habido mejoras en salud,

61 Icefi/Unicef (2011). *¿Cuánto hemos invertido en la niñez y adolescencia guatemalteca?, análisis del presupuesto del gobierno central, 2008-2011*.jContamos! No. 3. Guatemala.

62 Davis, Benjamin (2006). «Complementarities between CCTs and Food Security Programs». FAO, Seminario Internacional de Programas de Transferencia de Ingresos y Seguridad Alimentaria.

nutrición y educación, refiriendo, por ejemplo, que los niños menores de 2 años de los hogares receptores cuentan con un esquema completo de vacunación y padecen entre 9 y 12% menos enfermedades que los niños de familias no receptoras.

De tal manera, este eje estratégico muestra erogaciones que han alcanzado Q 116.7 millones en 2008, Q 968.7 millones en 2009, Q 1,138.8 millones en 2010 y se prevé un gasto de Q 1,026.2 millones en 2011. Este Programa en el presupuesto público se encuentra actualmente a cargo del Mineduc.

