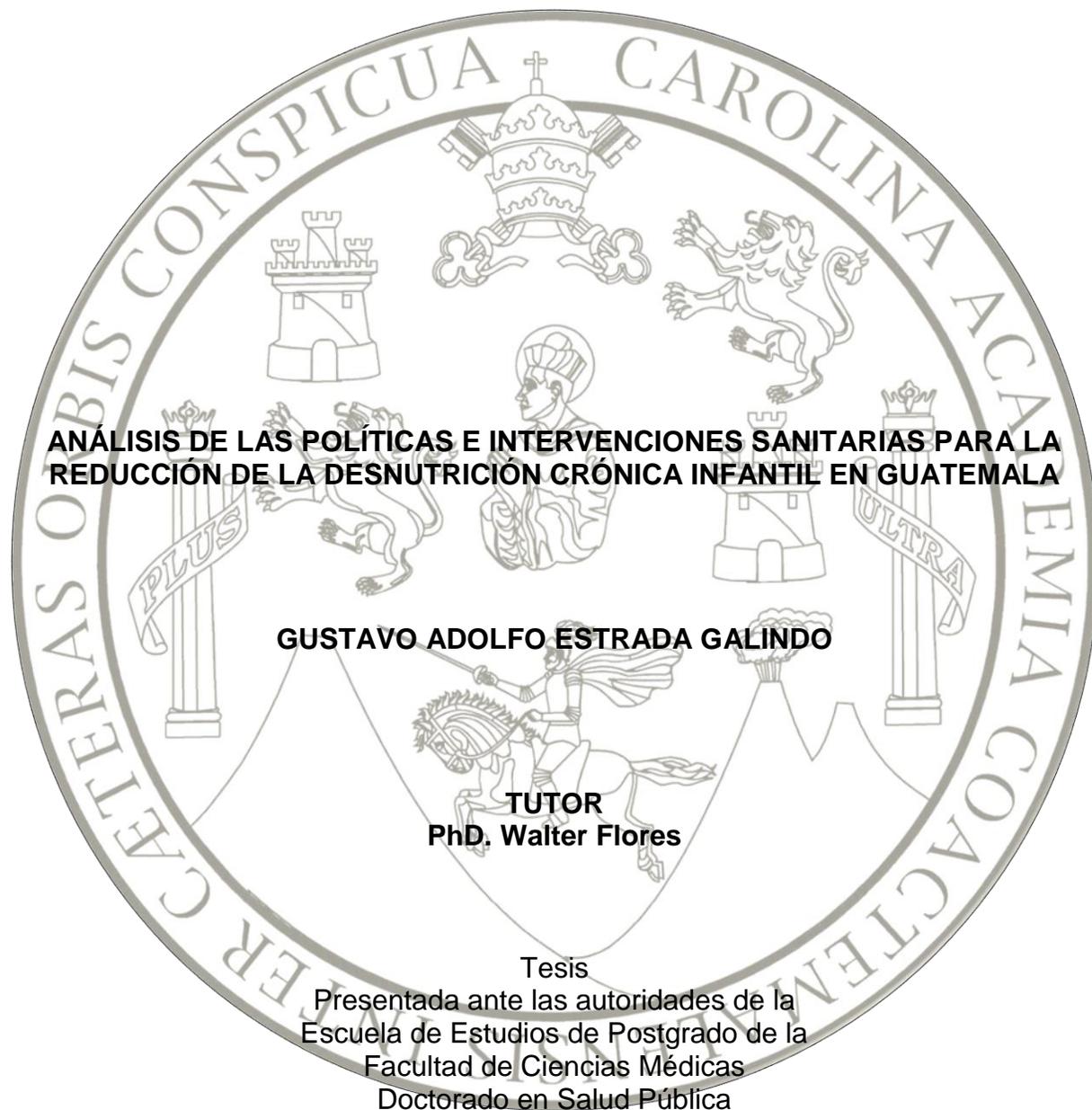


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA



**ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS PARA LA  
REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL EN GUATEMALA**

**GUSTAVO ADOLFO ESTRADA GALINDO**

**TUTOR**  
**PhD. Walter Flores**

Tesis

Presentada ante las autoridades de la  
Escuela de Estudios de Postgrado de la  
Facultad de Ciencias Médicas  
Doctorado en Salud Pública  
Para obtener el grado de  
Doctor en Salud Pública

**Guatemala, mayo 2019**

## ORDEN DE IMPRESIÓN DE TESIS DOCTORAL

Nombre del Doctorando: Gustavo Adolfo Estrada Galindo

Número de carné: 1003630

Título de la Tesis: Análisis de las políticas e intervenciones sanitarias para la reducción de la desnutrición crónica infantil en Guatemala

Nombre del Tutor: Dr. C, Walter Flores

Nombre del Revisor y Oponente: Dr. Cs, Julio Cesar Díaz Argueta

El Director de la Escuela de Estudios de Postgrado, valorando los siguientes documentos: Acta de examen de Defensa de Tesis donde consta que el sustentante ha sido Aprobado al defender su tesis antes señalada y el dictamen de Coordinador del Doctorado en Salud Pública donde se indica que se ha cumplido con los requisitos necesarios para proceder a la impresión de la Tesis.

Da por autorizada la impresión del documento final, con las características que se establecen en los Lineamientos para la presentación de la tesis de Doctorado en Salud Pública.

Guatemala, 29 de abril 2019

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**



Dr. Giovany Franco Santiesteban  
Director  
Escuela Estudios de Postgrado  
Facultad de Ciencias Médicas

C.c. Archivo

### DICTAMEN DEL COORDINADOR DEL DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

Nombre del Doctorando: Gustavo Adolfo Estrada Galindo

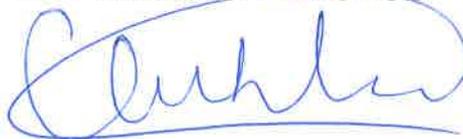
Número de carné: 1003630

Título de la Tesis: Análisis de las políticas e intervenciones sanitarias para la reducción de la desnutrición crónica infantil en Guatemala

El Coordinador del Doctorado en Salud Pública, en base al acta de defensa de tesis Número 11, donde consta la aprobación del examen de defensa de Tesis por el tribunal examinador, la entrega de la publicación de dos artículos derivados de la tesis doctoral en su calidad de autor, la documentación que respalda la calidad de la tesis y cumplidas las recomendaciones indicadas finales, da por verificados los requisitos necesarios para autorizar la impresión de la tesis doctoral presentada.

Guatemala, 28 de abril 2019

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**



*Dr. Cs. Mario Rodolfo Salazar Morales*  
*Coordinador Doctorado en Salud Pública*  
*Escuela Estudios de Postgrado*  
*Facultad de Ciencias Médicas*



*C.c. Dr. Giovany Franco Santiesteban, Director Escuela Estudios de Postgrado, Archivo*

ACTA DE EXAMEN DE DEFENSA DE TESIS  
Doctorado en Salud Pública

acta No. 11

En la ciudad de Guatemala, siendo las ~~seis~~ horas del día ~~veintiocho~~ del mes de ~~septiembre~~ del año dos mil ~~dieciséis~~ reunidos en sede de la Facultad de Ciencias Médicas para practicar examen de Defensa de Tesis del Doctorado en Salud Pública de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, los abajo firmantes, todos miembros del tribunal examinador, nombrados para realizar el ejercicio académico en mención previa.

Se declara haber realizado examen a Mtro. Gustavo Adolfo Estrada Plindo con número de carné 1003630, quien defendió la tesis titulada Análisis de la efectividad de los políticas e intervenciones sanitarias para la reducción de la desnutrición crónica infantil en Guatemala cuyo tutor es Dr. Walter Flores

El tribunal habiendo previamente valorado la tesis presentada, expuso sus críticas e interrogantes al doctorando, se otorgó la palabra al público presente y considerando las proposiciones expuestas por el Candidato a Doctor, tanto en su documento escrito como verbalmente, se le otorga la calificación de NO apto ( ) aprobado (X) aprobado notable ( ) aprobado sobresaliente ( ), por votación de la mayoría (X) unánime ( ) de los miembros examinadores.

Acto seguido, el Presidente del tribunal examinador pronunció las palabras de cierre e indicó las recomendaciones necesarias para el documento escrito final.

El sustentante queda enterado que en término no mayor de ocho (8) días hábiles se le notificará por escrito sobre el resultado y recomendaciones pertinentes para que se pueda proceder al acto de graduación.

En fe de lo cual, se firma la presente ACTA, en el mismo lugar y fecha al inicio indicados, siendo las once horas.

"D Y ENSEÑAD A TODOS"

f. MARIO SALAZAR

Nombre y firma del presidente

f. Dr. Juan César Díaz A

Nombre y firma del vocal I

f. Analía Alejandra Rodríguez Rodríguez

Nombre y firma del secretaria

f. Dr. Carlos Vargas Reyes

Nombre y firma del Director de la Escuela de Estudios de Postgrado

Guatemala, 29 de abril de 2,019.

Universidad de San Carlos de Guatemala,  
Facultad de Ciencias Médicas,  
Escuela de Estudios de Postgrado.

A quien interese.

Tengo el honor de saludarlo-a y, al mismo tiempo, informarle que en mi calidad de especialista en Letras y formalidades lingüísticas, he revisado: sintaxis, morfología, semántica, ortografía, metalingüística y otros aspectos. Respeté las correcciones de los señores asesores, en cuanto a lo técnico de la especialidad, con el fin de asegurar el contexto del proyecto de graduación de:

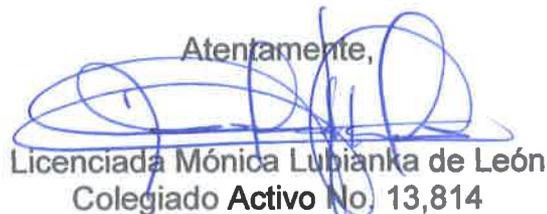
**Gustavo Estrada Galindo**

El cual lleva el título de:

**Análisis de las políticas e intervenciones sanitarias para la  
reducción de la desnutrición crónica infantil en Guatemala**

El candidato debe presentar el trabajo corregido acompañado del original.

Atentamente,



Licenciada Mónica Lubianka de León  
Colegiado Activo No. 13,814

Guatemala 22 de marzo de 2019

**Dr. Mario Salazar**  
**Coordinador del Doctorado en Salud Pública**  
**Facultad de Ciencias Médicas**  
**Universidad de San Carlos de Guatemala**

**Estimado Dr. Salazar**

**Por este medio le informo que doy por aprobada la versión revisada y ampliada del trabajo de tesis de Gustavo Estrada Galindo, el cual reúne todos los requisitos técnicos y científicos requeridos en una tesis doctoral.**

**Cualquier ampliación no dude en contactarme**



**Dr. Walter Flores**  
**Asesor**  
**Número telefónico (502) 40341393**

## **Agradecimientos**

Decir gracias es reconocer que las realizaciones personales son tan solo el resultado de una serie de relaciones, apoyos, alientos y ayudas de otras personas. En el recorrido del doctorado se han conjugado todas estas y han provenido de diversas fuentes. La principal, sin la menor duda, han sido mi esposa, hijo e hijas, quienes, aun limitándoles el tiempo de convivencia, han sido la principal inspiración y estímulo para continuar en este esfuerzo. Los compañeros y compañeras, uno de ellos, ya ausente en esta vida, con su alegría, consejos y apoyo han sido parte fundamental del recorrido. Los profesores, profesoras y mi tutor, no han permitido ningún desmayo y siempre han estado atentos y oportunos con sus consejos, asesoría y estímulo. La Universidad de San Carlos de Guatemala y la Facultad de Ciencias Médicas tan cercanos y queridos, desde los estudios de grado han abrigado mi corazón y mi entendimiento. A todos, mi más profundo agradecimiento

## Dedicatoria

Dedico esta tesis A:

Mi esposa Susy, esposa, amiga, confidente y cómplice, con el más profundo amor

Mis hijos Diego Fernando, Luis Pedro, Ema Lucia, Adriana Isabel y Luis Diego,  
toda mi inspiración y sentido en la vida

Mis Padres Augusto y Emma, origen de mi vida, carácter, sueños, anhelos y  
logros, siempre presentes en todas mis acciones y pensamientos

Mis hermanos Carlos, Carola, Emma, Sonia, Jorge y José, hermanos queridos,  
fuente inagotable de amor y alegría,

Mis amigos y amigas conspiradores de alegrías y sueños

Guatemala por que algún día todo sea diferente y no haya inequidades ni  
injusticias

## ACRONIMOS

AIEPI	Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CONASAN	Consejo Nacional para la Seguridad Alimentaria y Nutricional
DCI	Desnutrición Crónica Infantil
ENA	Encuesta Nacional Agropecuaria
ENCOVI	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida
ENPDC	Estrategia Nacional de Prevención de la Desnutrición Crónica
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materna e Infantil
FAO	Fondo de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
IARNA	Instituto de Recursos Naturales, Agricultura y Ambiente, Universidad Rafael Landívar
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
INCAP	Instituto para la Nutrición en Centroamérica y Panamá
INE	Instituto Nacional de Estadística
IRAS	Infecciones Respiratorias Superiores
LME	Lactancia Materna Exclusiva
MEF	Mujeres en Edad Fértil
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
MINFIN	Ministerio de Finanzas Públicas
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEC	Programa de Extensión de Cobertura
PEI	Plan Estratégico Institucional
PESAN	Plan Estratégico para la Seguridad Alimentaria y Nutricional
PH0	Plan Hambre Cero
PMSS	Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud
PNSR	Programa Nacional de Salud Reproductiva
POA	Plan Operativo Anual
POASAN	Plan Operativo para la Seguridad Alimentaria y Nutricional
PRDC	Programa para la Reducción de la Desnutrición Crónica
PSINA	Programa de Salud Integral para la Niñez y Adolescencia
RL	Regresión Lineal
SBS	Secretaría de Bienestar Social
SEGEPLAN	Secretaría de Programación y Planificación de la Presidencia
SESAN	Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional
SINASAN	Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional
SOSEP	Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del presidente
TCE	Transferencias Condicionadas en Efectivo
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
URL	Universidad Rafael Landívar
USAID	Agencia Internacional para el Desarrollo
VMD	Ventana de los Mil Días

## INDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO 1: Marco teórico conceptual.....	10
1.1 Las políticas públicas sanitarias ¿cuáles son sus significados y procesos? .....	11
1.2 Las políticas públicas y el Estado .....	22
1.3 Consideraciones epistemológicas de las políticas sanitarias.....	25
1.4 La nutrición, la desnutrición, conceptos, enfoques, estrategias.....	31
CAPÍTULO 2: Metodología .....	46
2.1 Tipo de investigación .....	47
2.2 Proceso metodológico .....	48
2.3 Aspectos éticos.....	52
CAPÍTULO 3: Presentación de resultados.....	53
3.1 Las políticas sanitarias promulgadas durante el período 1996-2015.....	54
3.2 Contexto socio histórico que ha configurado el perfil de salud y nutrición de la población.....	68
3.3 Marco legal que delimita las políticas y acciones para la reducción de la desnutrición crónica infantil.....	79
3.4 Elementos que obstruyen la implementación y resultados de las políticas sanitarias para la reducción de la DCI en Guatemala .....	94
3.5 ¿Están incluidos en las políticas todos los elementos necesarios?.....	97
CAPÍTULO 4: Discusión y análisis de resultados .....	104
4.1 ¿Cómo se formulan las políticas públicas sanitarias y su impacto en su diseño y desempeño?.....	105
4.2 ¿Cómo se priorizan y se asignan los recursos y cuál es el impacto en el combate a la DCI? .....	112
4.3 El origen de las políticas a partir del contexto histórico social .....	119
4.4 Los límites de las políticas, el marco legal .....	121
4.5 Los problemas que afectan la implementación y resultados de las políticas sanitarias para la reducción de la DCI .....	127
CONCLUSIONES.....	176
RECOMENDACIONES.....	181
BIBLIOGRAFIA.....	184
ANEXOS.....	194

## INDICE DE TABLAS

TABLA 1: DIFERENTES CONCEPTOS Y AUTORES DE POLÍTICA PÚBLICA .....	120
TABLA 2: LA PLANIFICACIÓN SANITARIA, SUS FASES, FINALIDADES Y EXPRESIONES.....	131
TABLA 3: ETAPAS DEL CICLO DE LA POLÍTICA PÚBLICA SEGÚN DISTINTOS AUTORES .....	153
TABLA 4: PARADIGMAS DEL ANÁLISIS DE POLÍTICAS PÚBLICAS .....	286
TABLA 5: CATEGORÍAS DE VARIABLES, R <sup>2</sup> , VALOR DE "F" Y NÚMERO DE VARIABLES .....	98
TABLA 6: CATEGORÍAS, NÚMERO DE VARIABLES ORDENADAS Y EL VALOR DE R <sup>2</sup> .....	9805
TABLA 7: CATEGORÍAS Y NÚMERO DE VARIABLES AGRUPADAS SEGÚN R <sup>2</sup> MAYOR DE 50%.....	99
TABLA 8: VARIABLES CON ALTA SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA P MENOR DE 0.05.....	9906
TABLA 9: VARIABLES ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS ORDENADAS SEGÚN EL VALOR DE P .....	10007
TABLA 10: ESTADÍSTICAS DE LA REGRESIÓN LINEAL .....	101
TABLA 11: ANÁLISIS DE VARIANZA .....	101
TABLA 12: COEFICIENTES Y VALORES DE LAS VARIABLES .....	10108
TABLA 13: VALORES DE LOS COEFICIENTES DE LAS NUEVE VARIABLES SELECCIONADAS .....	102
TABLA 14: INDICADORES DE DESARROLLO HUMANO PARA PAÍSES CENTROAMERICANOS 2015.....	17480

## INDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA 1: EL CICLO DE LA POLÍTICA .....	24
GRÁFICA 2: MARCO EXPLICATIVO DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL.....	42
GRÁFICA 3: DIFERENCIA DEL VALOR DE DCI Y EL VALOR DE PREDICCIÓN.....	103
GRÁFICA 4: COMPARACIÓN DEL LUGAR DE ATENCIÓN SEGÚN ENCOVI 2011 Y 2014 EN PORCENTAJES .....	14147
GRÁFICA 5: EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE POBREZA Y POBREZA EXTREMA EN PORCENTAJES 2014 .....	14249
GRÁFICA 6: BRECHA DE POBREZA EXTREMA 2014 .....	14450
GRÁFICA 7: ESTRUCTURA DE LA TENENCIA DE LA TIERRA EN GUATEMALA 2003 .....	1473
GRÁFICA 8: COMPARACIÓN DEL NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE CON LA PREVALENCIA DE HIJOS(AS) CON DCI .....	15460
GRÁFICA 9: FINANCIAMIENTO EN SALUD DE 2000 A 2015.....	1585
GRÁFICA 10: PRESUPUESTO DEL MSPAS EN MILLONES DE QUETZALES Y COMO PORCENTAJE DEL PIB.....	1595
GRÁFICA 11: PRESUPUESTO DEL MSPAS POR GRUPO DE GASTO EN PORCENTAJES.....	1606
GRÁFICA 12: PRESUPUESTO DESTINADO A LA VMD EN MILLONES DE QUETZALES.....	1617
GRÁFICA 13: DIMENSIONES DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....	169
GRÁFICA 14: MORTALIDAD EVITABLE POR GRUPOS DE EDAD UTILIZANDO AVPP, 2014 .....	16773
GRÁFICA 15: MORTALIDAD EVITABLE POR GRUPO DE ENFERMEDAD Y DEPARTAMENTO 2014.....	1684
GRÁFICA 16: PREVALENCIA DE LA DCI Y DCI SEVERA POR QUINTILES DE RIQUEZA .....	1728
GRÁFICA 17: EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE DCI SEGÚN LA ETNIA DE LA MADRE .....	1739
GRÁFICA 18: SALARIO MÍNIMO Y CANASTA BÁSICA ALIMENTICIA POR ACTIVIDAD ECONÓMICA 2014-2016 .....	17581

## **Resumen**

La desnutrición crónica infantil en Guatemala, ha sido un problema ampliamente reconocido y estudiado. Según la Encuesta Nacional de Salud Materna e Infantil, 2014-2015 -ENSMI-, el 46.5% de los niños y niñas menores de 5 años padecen de desnutrición crónica. En 1982, la prevalencia fue de 62% lo que significa un promedio de reducción de medio punto porcentual anual, en los últimos 33 años, dato que revela la insuficiencia.

Guatemala ha promulgado leyes, políticas y normativas para la reducción de la desnutrición crónica, sin embargo, como los datos muestran, estas iniciativas han tenido poco éxito. El objetivo de esta investigación es analizar dichas políticas, enfatizando en los procesos del contexto histórico, legal, de diseño, conceptuales y operativos que han contribuido a la falta de resultados de las políticas.

Metodológicamente, se realizó un estudio de tipo mixto y los resultados muestran que la desigualdad y las inequidades contribuyen de manera notable la ineffectividad de las políticas. Además, el marco legal, segmenta las actividades sectoriales y las desvincula del combate a las desigualdades e inequidades. Desde la perspectiva conceptual, se observan enfoques restringidos de la salud y de la generación de la desnutrición, además, en la operación de las intervenciones resultantes de las políticas, se descubren las limitadas capacidades de ejecución de la red de servicios públicos. En cuanto al diseño, es evidente que el planteamiento focalizador de las intervenciones no solo es insuficiente, sino ayuda a perpetuar resultados negativos de las políticas.

# INTRODUCCIÓN

La desnutrición crónica infantil ha sido una preocupación mundial desde hace más de 6 décadas, la comunidad internacional y los países afectados han realizado esfuerzos para enfrentar el problema con resultados variables, pero, de acuerdo con la FAO 2015, actualmente, este problema es de gran magnitud y es una amenaza contra el desarrollo y el bienestar de grandes grupos de seres humanos en todo el planeta.(FAO, 2015)

En diciembre de 1948, la Asamblea de las Naciones Unidas promulgó la Declaración Universal de los Derechos Humanos y dentro de ésta, fue reconocido el derecho a la alimentación mediante el artículo 25.1 “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”.(UNESCO, 2008)

Este derecho fue, posteriormente, desarrollado de forma exhaustiva en el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales –PIDESC y ha sido decisivo para que “el tema de la nutrición infantil haya estado en el centro del debate de la salud pública en las últimas 4 décadas, asimismo, sea parte fundamental de la atención de la salud este grupo poblacional”. (UNICEF, 2006) Guatemala es signataria de ambos instrumentos internacionales.

En 1978, en la conferencia de Alma Ata, acerca de la Atención Primaria en Salud, se declaró que la atención de los niños es fundamental para el logro de la salud de toda la población, posteriormente, en 1986, en la conferencia de Ottawa, se declaró que la atención de los niños debe ser parte integral de las políticas públicas y de la adecuación de los servicios. En septiembre de 2000, los dirigentes de muchos países del mundo, incluyendo a Guatemala, se reunieron en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York, para aprobar la Declaración del Milenio, comprometiendo a sus países con el cumplimiento de una serie de objetivos para alcanzar un desarrollo sostenible y universal.

Estos objetivos son conocidos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio -ODM- y cuyo vencimiento del plazo fue fijado para el año 2015. Entre estos se declaró el objetivo número uno como la reducción de la pobreza extrema y el hambre a un 50%, entre el año 1990 y el año 2015 (ODM1). (OMS, 1978)(PNUD INDH, 2008)

Todos los ODM guardan entre sí una estrecha relación y, por lo tanto, su abordaje es integral e implica que el logro de cualquiera de ellos incide en el progreso de los demás, aunque algunos objetivos, como la reducción del hambre, parecen ser una suerte de prerequisites para el logro de otros.

En el año 1996, se realizó, en Roma Italia, la Cumbre Mundial respecto de la Alimentación y se proyectaron los problemas nutricionales a través del concepto de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

*“La seguridad alimentaria, a nivel de individuo, hogar, nación y global, 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”.* (FAO, 1996, pág. 12)

Recientemente, se ha desarrollado el concepto de Soberanía Alimentaria como: *“el derecho de los pueblos, las naciones o las uniones de países a definir sus políticas agrícolas y de alimentos, sin ninguna manipulación de los precios de países terceros”* (Gordillo G, 2013).

Mundialmente, la desnutrición crónica, afectó a 870 millones de personas, a finales del 2012. (FAO, FIDA, PMA, 2012, pág. 62) Aproximadamente, 850 millones de personas, habitaban en diversos países en vías de desarrollo. Para el año 2015, el número de personas con desnutrición crónica se redujo a 795 millones (FAO, 2015) y 129 países con altas prevalencias de desnutrición crónica, Guatemala entre éstos, 72 habían alcanzado su meta de reducción para el 2015.

En Guatemala, el panorama fue diferente, pues redujo su prevalencia de DCI de 62% en 1987 a 46.5% en 2015, sin embargo, la meta trazada, de acuerdo con los

compromisos de los ODM era lograr una prevalencia de 31%. En otras palabras, Guatemala no logró la meta establecida.

La desnutrición crónica tiene consecuencias muy relevantes para la vida de quienes la padecen: sus familias, comunidades y para el país. Los niños afectados por este problema tienen mayor morbilidad y mortalidad, sus funciones cognitivas se ven afectadas a lo largo de sus vidas, tienen menor rendimiento escolar y capacidad de aprendizaje, no logran su potencial en cuanto a crecimiento lineal y su capacidad para el trabajo y productividad se ve afectada y se ha estimado que la desnutrición crónica produce una pérdida del 22% de los futuros ingresos económicos en la edad adulta. (Banco Mundial, 2006)

Los niños con desnutrición crónica tienen cuatro veces un mayor riesgo de morir que aquellos que no la padecen y la proporción se eleva a nueve veces en quienes sufren desnutrición aguda severa.(Bhutta Za, 2013). Las deficiencias nutricionales específicas pueden ocasionar problemas adicionales, por ejemplo, la deficiencia de vitamina A puede conducir a la ceguera, las deficiencias de ácido fólico pueden derivar en problemas del tubo neural, entre otras; las deficiencias de hierro, ácido fólico y yodo pueden afectar el desarrollo cerebral y derivar en problemas de aprendizaje y mal desempeño escolar.(FAO, FIDA, PMA, 2012)

Además de estas consecuencias en el corto y mediano plazo, se ha comprobado que el bajo peso al nacer y las deficiencias nutricionales en los primeros años de vida provocan una suerte de programación metabólica cuya consecuencia es una importante ganancia de peso en la vida adolescente y adulta, situación que predispone a una mayor prevalencia de problemas coronarios, hipertensión, obesidad y diabetes. Las niñas que sufrieron desnutrición crónica que derivó en baja estatura en su vida adulta (menos de 145 cm) tienen un riesgo aumentado de problemas en el embarazo y el parto y de problemas del desarrollo fetal, ambos pueden conducir a una mayor morbilidad y mortalidad.(Black Robert, 2008).

Las familias, además de las carencias que padecen, se ven afectadas por el incremento de los gastos de bolsillo lo que perturba la economía familiar y

contribuye a perpetuar los círculos viciosos de la pobreza: enfermedad-mayor gasto-menor productividad-mayor pobreza-mayor enfermedad. (Contreras A, 2011a).

Las consecuencias que los países sufren a causa de la desnutrición crónica, además de la pérdida de capital humano, son de índole económico. La desnutrición desacelera el crecimiento económico por tres vías: por pérdidas directas de productividad a causa de la mala salud, por pérdidas indirectas de productividad, a causa del deterioro cognitivo y la falta de escolaridad y por el aumento de los gastos en la atención de la mala salud. Las pérdidas de productividad superan el 10% de los ingresos que una persona tendría a lo largo de su vida y, debido a la desnutrición, se puede perder del 2 al 3% del PIB.(Banco Mundial, 2006).

La desnutrición crónica en Guatemala es un problema de gran trascendencia y magnitud; de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Materna Infantil 2014/15 (ENSMI) (MSPAS INE, 2015), el 46.5% de los niños entre 3 y 59 meses presentan retardo en el crecimiento. De estos niños y niñas, quienes habitan en áreas rurales, el porcentaje se eleva a 53% y quienes pertenecen a la etnia indígena, se incrementa la proporción a 58%, cifra que solo es superada por los hijos de madres sin educación, en los que se eleva a 67%.

Guatemala tiene una proporción de niños desnutridos, superior al promedio de África, Asia y América Latina. Aún con estos datos tan alarmantes, la desnutrición crónica en menores de 5 años, como promedio nacional, ha disminuido de 55.2% en 1995 a 49.8% en 2008/09 y a 46.5% en 2014/2015.

La alta prevalencia de la desnutrición crónica infantil en Guatemala se debe explicar más allá de las vinculaciones con la pobreza. El Banco Mundial identifica a Guatemala como un país de ingresos medios y su crecimiento económico ha sido sostenido; entonces ¿por qué persisten estos problemas, generalmente asociados a sociedades profundamente empobrecidas y marginadas? Quizás parte de la respuesta está en las desigualdades sociales, las cuales, a su vez, son producto del desarrollo de las fuerzas productivas y el modelo económico social de corte neoliberal predominante.

No obstante, en otras sociedades con similares condiciones, tales como Honduras y El Salvador, la prevalencia de desnutrición crónica no llega a niveles tan alarmantes como la de Guatemala.<sup>1</sup> Es claro que una acción, la cual busque la reducción sostenida de la desnutrición crónica, debe partir de combatir la desigualdad social, mejorar y profundizar los mecanismos de distribución de la riqueza, como los buenos salarios y una política fiscal progresiva e integral, además de apuntalar las instituciones del Estado que soportan las políticas sociales. Este tipo de reformas del Estado necesitan complejos procesos sociales, los cuales requieren más tiempo del necesario para los niños y niñas que sufren de desnutrición o quienes se identifiquen dentro de esta categoría y, es precisamente, en este contexto urgente, en donde intervienen las políticas sanitarias.

Las políticas para la reducción de la DCI pueden inscribirse en las políticas de Estado, las cuales derivan en intervenciones intersectoriales, integrales y con visión de largo plazo, en donde los cambios esperados son de tipo estructural, los cuales se basan en cambios y mejoras en las condiciones de vida y reducción de las desigualdades. Por otro lado, las políticas sanitarias o políticas de salud son promulgadas por el sector salud y derivan en intervenciones que buscan impactar el corto y mediano plazo, modificando las condiciones de salud, el modelo de atención, la gestión y la regulación de la atención. (Molina Marin G, 2008).

En términos generales, las políticas sanitarias para reducir la DCI no buscan “curar” a los niños que la padecen sino prevenir su ocurrencia y con esto disminuir su prevalencia. En este sentido, se han promovido una serie de intervenciones las cuales han probado su efectividad para la prevención del problema. En el año 2008, se lanzó una publicación que promovía un grupo de intervenciones, las cuales, al ser implementadas, podrían lograr que los niños y niñas lleguen a los 2 años de vida sin desnutrición, aun cuando las condiciones de pobreza y marginación no se modifiquen. (Bhutta, Z et al 2008).

---

<sup>1</sup> De acuerdo con datos de UNICEF, la prevalencia de desnutrición crónica en 2012 en El Salvador es de 19% en los menores de 5 años y en Honduras la cifra se eleva a 29%. En Guatemala esta proporción es de 49%. (Icfei/Unicef, 2011a)

Estas intervenciones, llamadas “la ventana de los 1000 días” -VMD- (los 1000 días que transcurren entre la concepción y los 2 años de vida), se refieren a aquellas que pueden proveer los servicios de salud, tales como: promover el control prenatal efectivo, el uso de lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida, las inmunizaciones, la provisión de micronutrientes y la introducción de la alimentación complementaria a los 6 meses de vida, entre otros.

Es importante señalar que, en dicha publicación, se analizaron 36 países con altas prevalencias de desnutrición y los cuales lograron importantes reducciones con un grupo de intervenciones, en donde el logro promedio fue la reducción de la desnutrición crónica en 33%, si se mantenía una cobertura de 99% de los servicios de salud.

Nuevos estudios han encontrado que estas intervenciones suelen ser efectivas si se agregan otras llamadas “sensibles a la nutrición”, los cuales incluyen una serie de programas con potencial de mejorar la nutrición y que abordan los principales determinantes subyacentes de la desnutrición crónica, tales como: la pobreza, la inseguridad alimentaria y escasez de acceso a recursos de atención adecuada, e incluyen metas y acciones de nutrición. Por lo tanto, pueden ayudar a mejorar la eficacia, la cobertura y la escala de las intervenciones específicas de nutrición. (Bhutta Za, 2013)

Ahora bien, aun cuando en Guatemala las intervenciones llamadas de la “ventana de los mil días” se realizan desde 1985, con diferentes nombres, no se han logrado los resultados esperados (Contreras A, 2011a). Esto plantea una gran interrogante acerca de cuáles son los procesos normativos, legales, históricos, institucionales, conceptuales y operativos que han impedido la efectividad de estas intervenciones, tanto desde la perspectiva de la política sanitaria que las impulsa como respecto de los elementos vinculados a la implementación.

El objetivo general de la investigación es contribuir a la mejora en la formulación, implementación y resultados de las políticas sanitarias para la reducción de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil en Guatemala, a través el análisis de los elementos que favorecen u obstaculizan su desempeño.

Para el logro de este objetivo, se pretende solucionar las siguientes interrogantes ¿cuáles son las políticas sanitarias promulgadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil durante 1996-2015 en los períodos presidenciales de Álvaro Arzú, Alfonso Portillo, Oscar Berger, Álvaro Colom, Otto Pérez y Alejandro Maldonado? Y, de forma simultánea, conocer ¿cuáles han sido los elementos centrales del contexto social histórico y político de Guatemala, los cuales han influenciado el diseño e implementación de las políticas sanitarias para la reducción de la desnutrición crónica infantil? y ¿cuál es el marco legal y normativo que delimita las políticas sanitarias e intervenciones para la reducción de la desnutrición crónica infantil?

Una vez establecida esta realidad, la indagación gira hacia conocer, desde la perspectiva de los actores involucrados en la formulación e implementación de las políticas sanitarias para reducir la DCI en Guatemala, ¿Cuáles son los elementos conceptuales y operativos relacionados con el diseño e implementación de las políticas públicas para la reducción de la DCI en Guatemala?; por otro lado, desde una perspectiva cuantitativa, utilizando datos disponibles, se busca establecer ¿Cuáles son los elementos demográficos, nutricionales, de condiciones del hogar, de migración, de participación social, de comunicación, de asistencia social recibida, de salud, medioambientales, de educación, económicos, de desigualdad, de pobreza, de salud reproductiva, de inmunizaciones, de violencia, de personal de salud que atiende, de desarrollo y de inversión municipal, los cuales permiten predecir la prevalencia de la DCI y si estos elementos fueron tomados en cuenta en el diseño de las políticas sanitarias para la reducción de la desnutrición crónica infantil?

Metodológicamente, esta investigación se inscribe en un estudio mixto secuencial que indaga entre los actores involucrados, seleccionados por su vinculación con los distintos momentos del ciclo de las políticas, acerca de cuáles son los factores que favorecen el logro de los objetivos de las políticas y cuáles son los que las obstruyen. Además, se realiza un análisis de las leyes y se examina el contexto histórico social, en el cual éstas políticas se han promulgado e implementado. Es a partir de las

categorías encontradas en esta indagación inicial que se construyen categorías de variables cuantitativas para relacionarlas con la desnutrición crónica infantil. La primera parte cualitativa se basa en un diseño narrativo: los sucesos históricos y las leyes; y, en un diseño fenomenológico: explorando, describiendo y comprendiendo las experiencias de los actores en el proceso de formulación o implementación de las políticas públicas sanitarias para la reducción de la desnutrición crónica. El componente cuantitativo es de tipo correlacional, estableciendo el peso, que una serie de variables cuantitativas tiene sobre la desnutrición crónica infantil para construir con ésta información un modelo predictivo de la DCI en el nivel departamental.

El análisis utiliza como marco teórico, la determinación multidimensional de la salud analizada por los niveles epistémicos singular, particular y general y teorías de análisis de política de decisiones racionales e incrementales y el enfoque poliárquico.

Las limitantes de esta investigación surgen a raíz de ser un estudio de tipo retrospectivo, por lo tanto, no da cuenta del proceso político, sino solamente de la su interpretación, de acuerdo con el marco teórico definido.

La relevancia de esta investigación radica en el imperativo ético de plantear, de forma urgente, soluciones efectivas que resuelvan la DCI en Guatemala, la cual ha contribuido, en gran medida, a frenar el desarrollo, a perpetuar la pobreza y a generar condiciones de vida poco dignas para los guatemaltecos. Los aportes tradicionales de la política se han reducido a describir los resultados de las intervenciones sin avanzar, en las causas de estos resultados que, evidentemente, han sido insuficientes. En esta investigación se aporta información novedosa, a partir del análisis socio histórico, estadístico y, sobre todo, el análisis de los actores involucrados en los procesos de diseño e implementación de estas políticas.

La presente tesis se organiza en capítulos, iniciando con el marco teórico y el marco metodológico. La presentación de resultados versa acerca del recuento y análisis de las políticas e intervenciones desarrolladas en el período de estudio, luego desarrolla el contexto histórico social que influenció la promulgación de las políticas

e intervenciones, analizando el marco legal que encuadra la promulgación y desarrollo de las políticas e intervenciones. En este capítulo se presentan, además, los resultados de las entrevistas con los actores clave y se desarrolla el componente cuantitativo. El siguiente capítulo se dedica a discutir los resultados para poder arribar finalmente a conclusiones y recomendaciones.

## CAPITULO 1: Marco teórico conceptual

El objeto de análisis de esta investigación son las políticas públicas sanitarias que buscan la reducción de la desnutrición crónica infantil. Una primera aproximación a la teoría que fundamenta este estudio consiste en comprender las definiciones y marcos aclaratorios, relativos a la política pública, en sí misma, y luego en el contexto, en el cual los actores sociales las diseñan, implementan y utilizan los beneficios derivados de las mismas. Este capítulo se organiza en cuatro apartados, el primero es una conceptualización de la política y el ciclo de su formulación e implementación; el segundo se refiere al marco contextual, el cual muestra las vinculaciones de los actores con el Estado, luego se aborda, en el tercer apartado, el marco epistemológico, desde el cual se analiza la situación de la desnutrición por los actores sociales y, a partir del cual, ocurre la formulación de las políticas, para terminar con un análisis teórico de los distintos abordajes de producción de la desnutrición crónica infantil.

### **1.1 Las políticas públicas sanitarias ¿cuáles son sus significados y procesos?**

Existen diversas definiciones referente al significado de política pública. Una primera consideración es la diferenciación que se hace en el idioma inglés entre Politics y Policy. La primera es relativa al juego de poderes, dentro de los estamentos de gobierno o entre grupos distintos que imprimen sus ideas/intereses a las actividades de lo público, partidos políticos, por ejemplo, mientras que Policy se refiere a las políticas públicas entendidas como lo que el gobierno hace o no hace respecto de problemas o situaciones de índole público, consideradas problemáticas. (Dye, 2016).

Esta última acepción, si bien es sencilla, recoge la esencia de la política pública al mostrar, en primer lugar, que ésta es relativa al ámbito del gobierno, en segundo lugar, que se trata de acciones o inacciones. En un concepto más amplio, a los elementos anteriores, se le agrega la noción de que esta decisión no es tomada por un gobierno homogéneo sino, más bien, por grupos con distintos espacios de

decisión, intereses y poder para hacer que las cosas pasen. En la tabla siguiente se resumen algunos conceptos.

Tabla 1: Diferentes conceptos y autores de política pública

CONCEPTO	AUTOR
<b>Todo lo que el gobierno elige hacer y no hacer</b>	Dye, Thomas R, Understanding Public Policy, Pearson Education, 2016
<b>La política pública es el resultado de la actividad de una autoridad investida de poder público y de legitimidad gubernamental, y se presenta bajo la forma de un conjunto de prácticas y normas que emanan de uno o de varios actores públicos, en un momento dado, en un contexto dado en donde la autoridad adopta prácticas de determinado género, actúa o no actúa.</b>	Ives Meny, Jean-Claude Thoening. Las Políticas Públicas, Editorial Ariel S. A. Barcelona 1992
<b>Una propuesta de curso de acción dentro de un contexto determinado, que provee las oportunidades para lograr los objetivos y fines deseados</b>	Frederich Carl J., Man and his government, McGraw Hill, New York 1963
<b>Una guía amplia para las decisiones presentes y futuras seleccionadas de acuerdo con condiciones dadas dentro de un número variable de alternativas para hacer viable un determinado curso de acción y con esto lograr los objetivos y fines deseados</b>	Daneke, Gregory A. and Alan Walter Steiss, "planning and policy Analysis for Public Administrators" in John Sutherkand (ed.), Management Handbook for Public Administrators, Van Norstrand and Reinhold Company, New York 1978
<b>Compromiso hacia un curso de acción o plan de acción que se ha acordado por un grupo de personas con el poder para hacer que suceda.</b>	Dodd, Julie Devon and Michelle Hébert Boyd, Capacity Building – Linking Community Experience to Public Policy, Population and Public Health Branch, Atlantic Regional Office, Health Canada
<b>es un marco amplio de ideas y valores entre los cuales las decisiones son tomadas para desencadenar acciones o inacciones en la búsqueda de los objetivos y fines de un gobierno respecto a algún problema</b>	Brooks, Stephen, Public Policy in Canada: an introduction, McLelland and Steward Inc. Toronto Ontario, 1989

Fuente: Adaptación y traducción libre del Autor sobre el texto del Libro: Definition of Public Policy en Public Policy and Public Participation, Engaging citizens and community in the development of Public Policy, Smith Bruce, Atlantic Regional Office, Health Canada 2003;(Smith Bruce, 2003) Ives Meny, Jean-Claude Thoening 1992 (I Meny y T Thoening, 1992)

Queda claro que, sin importar la manera como se defina la política pública, involucra la acción de gobierno, la definición de cursos de acción, la adopción de metas y objetivos y el deseo de cambiar una situación no deseada por algo aceptable,

socialmente. El término Política Sanitaria se refiere a la política que se promulga para reaccionar ante problemas de salud pública. Es importante la diferenciación entre política sanitaria y política saludable. La primera evoca a las promulgadas para ser adoptadas por el sector sanitario, ante un problema de la salud colectiva, mientras que el segundo término se refiere a las políticas que, sin ser propias del sector salud, tienen impacto en la salud poblacional por el hecho de generar condiciones saludables, por ejemplo: la educación, el salario digno, la vivienda, los accesos y carreteras, entre otros.

Un concepto relevante en la comprensión de las políticas públicas es entenderlas como una parte del proceso de planificación sanitaria.

Tabla 2: La planificación sanitaria, sus fases, finalidades y expresiones

<b>TIPO DE PLANIFICACIÓN</b>	<b>DURACIÓN</b>	<b>FINALIDAD</b>	<b>ACTIVIDAD Y PROCESO</b>	<b>FORMALIZACIÓN</b>
<b>Normativa</b>	5 a 10 años	Proveer los grandes lineamientos	Diseño de las políticas	Políticas publicas
<b>Estratégica</b>	5 a 10 años	Establecer las prioridades	Orientaciones y prioridades	Plan estratégico
<b>Táctica</b>	3 a 5 años	Asignar los recursos	Definición de actividades y asignación de recursos	Plan programático
<b>Operativa</b>	1 año	Utilización de los recursos	Desarrollo de actividades	Plan Operativo Anual POA

fuelle: La planificación sanitaria, conceptos, métodos y estrategias, Pineault & Daveluy 1987(Pineault R, 1989, pág. 45)

Como se observa en la tabla 2, las políticas públicas, son el inicio de cualquier planificación sanitaria y de ella se derivan los planes estratégicos, tácticos y operativos. La importancia de la política pública es que provee a todo el andamiaje administrativo y financiero, los grandes lineamientos de hacia dónde ir. Es en las políticas donde se define qué problema atender, y qué enfoque darle a esta atención. Las políticas son la base para los planes estratégicos y estos la base para los planes programáticos o tácticos y los planes operativos anuales -POA-. También es cierto que, en muchas instituciones, se desarrollan planes de todo tipo considerándolos como procesos discretos y aislados lo que contribuye a su falta de operación.

En el análisis de las políticas públicas, se consideraron como resultado, únicamente, de fuerzas externas al gobierno y, por lo tanto, reactivas. A partir de esta noción se buscaba entender el proceso político general, más que las políticas en sí mismas y la acción del gobierno como actos gobernados por las fuerzas y actores externos. “El gobierno carecía de iniciativa propia, no tenía la capacidad de elegir sus propósitos y acciones. Era gobernado más que gobierno”(Aguilar Villanueva, 1992).

“De forma progresiva se fue reconociendo la autonomía relativa de las decisiones gubernamentales de la mano con el surgimiento de nuevos espacios sociales de influencia que se distanciaban de los conceptos previos que despojan de sustancialidad a todo lo que se aleja de las visiones deterministas desde lo económico”. (Aguilar Villanueva, 1992, pág. 50)

Con el avance de otros desarrollos teóricos, dentro de las ciencias sociales, el análisis de las políticas públicas se ha convertido en un campo de estudio científico, (Aguilar Villanueva, 1992), y se han desarrollado distintos abordajes. Uno de mucha utilidad es que en todas las definiciones de política pública, se vislumbra la noción de un proceso, el cual ha sido llamado, por la mayoría de los autores, como: “ciclo de la política” en el que se identifica un distinto número de fases y etapas.(Gilson, 2012), (Roberts M, 2008).

Sin embargo, esto no significa que se trate de una descripción o una prescripción rígida; por el contrario, se admite que, como proceso, la política no es estática y se modifica de manera dinámica y constante.(Gilson, 2012), (Molina Marin G, 2008).

A continuación, se presentan distintos enfoques del ciclo de la política de acuerdo con sus autores.

Tabla 3: Etapas del ciclo de la política pública, según distintos autores.

<b>NÚMERO DE ETAPAS</b>	<b>ETAPAS</b>	<b>AUTOR</b>
<b>3</b>	1. Formulación 2. Implementación 3. Evaluación	Parson W. Public Policy. Aldershot: Eduard Elgar; 1995
<b>4</b>	1. formulación 2. toma de decisiones 3. implementación 4. Evaluación	Howlet & Ramesh, Studying Public Policy. Policy cycles and Policy subsystems. Ontario: Oxford University Press; 1995
<b>5</b>	1. Identificación del problema 2. Formulación de soluciones 3. Toma de decisiones 4. Implementación 5. Evaluación	Jones CO. An Introduction to the study of public Policy. Belmont: Wadsworth; 1970
<b>6</b>	1. Definición del problema 2. Formulación 3. Legislación 4. Implementación 5. Cambio institucional 6. Consolidación	Gonzalez-Rossetti A, Bossert TJ. Enhancing the political feasibility of health reform: A comparative Analysis of Chile, Colombia and Mexico. Health Sector Reform, LAC-HSR 2000; 36:1-60
<b>7</b>	1. Estableciendo la agenda política 2. La definición de los problemas 3. La previsión 4. El establecimiento de los objetivos 5. La selección de la opción 6. La implementación 7. La evaluación	Pallares Francesc, Las políticas públicas, El sistema político en acción. Revista de Estudios Políticos (nueva época) Núm. 62 octubre diciembre 1988

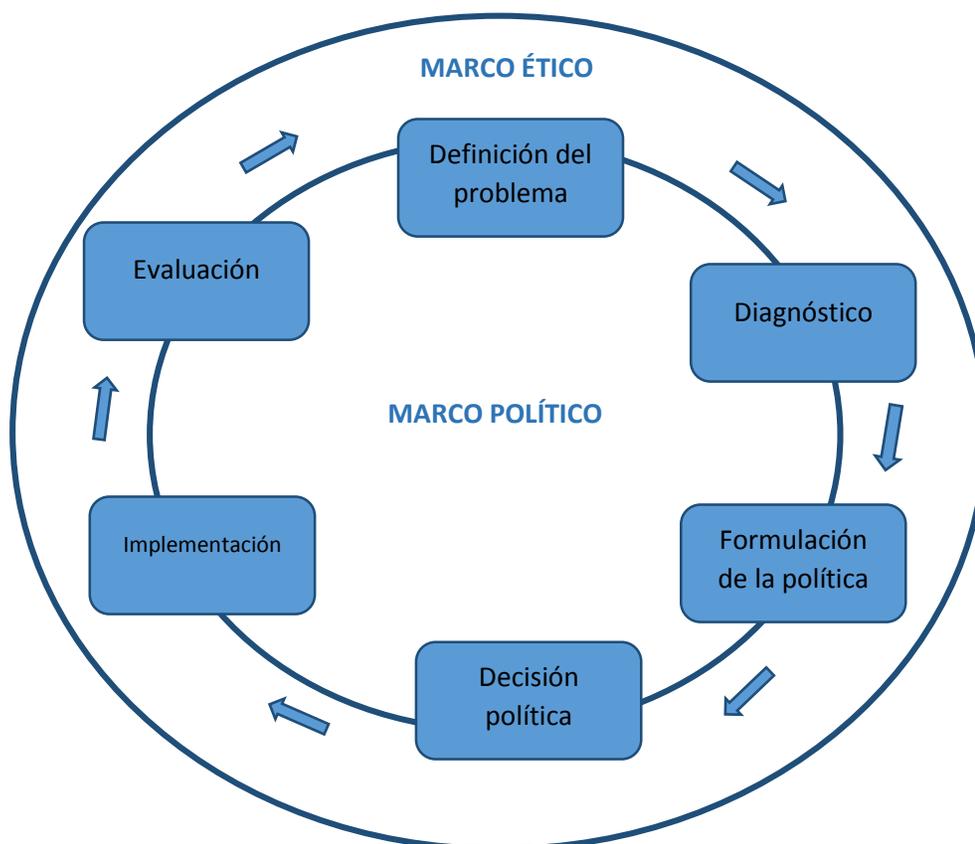
Fuente: Adaptado por el autor a partir de Políticas Públicas en Salud, Aproximación a un análisis, Facultad de Salud Pública "Héctor Abad Gómez" Universidad de Antioquía, Gloria Molina Marín y Gustavo Alonso Cabrera, compiladores, Colombia 2008 y traducción libre del autor del texto Pallares Francesc, Las políticas públicas, El sistema político en acción. Revista de Estudios Políticos (nueva época) Núm. 62 octubre diciembre 1988 (Molina Marín G, 2008), (Pallares Francesc, 1988)

Del ciclo de la política, no se espera que sea un esquema rígido y secuencial de las etapas por las que atraviesa la política en la realidad, sino, más bien, como un marco para comprender los grandes momentos involucrados y con esto ayudar a la reflexión y el análisis; por otro lado, desde un enfoque prescriptivo, no se plantea como una receta que deba seguirse, sino como un marco para la sistematización de las distintas experiencias en el desarrollo de la política.

En cuanto al ciclo de la política, con fines heurísticos se concibe en un escenario ideal donde las decisiones son racionales, no obstante, la realidad es muy distinta;

muchas de las decisiones de los actores políticos son tomadas por intereses particulares y bajo un contexto que no sugiere racionalidad alguna. (Thaler Richard, 2017).Aun con esto, se parte de comprender que su formulación, se da en un contexto político y un marco ético, donde se expresan los valores e ideología de los tomadores de decisiones, por ejemplo, el enfoque de derechos humanos o el enfoque del mercado y sus distintas variantes.

Gráfica1: ciclo de la política



Fuente: Getting Health Reform Right, Roberts, Hsiao, Berman, 2002(Roberts M, 2008)

Las tres grandes fases del ciclo de la política son: la formulación, la implementación y la de evaluación.(Aguilar Villanueva, 1992), (Roberts M, 2008). La formulación, a su vez, se subdivide en la fase de definición del problema, el diagnóstico, el desarrollo de la política y la decisión política.

La parte inicial de todo el proceso es la definición del problema y esta implica que los actores sociales y políticos quienes están en posición de tomar decisiones elijan

entre los problemas que están presentes y visibles en la llamada **agenda pública**, es decir que son problemas que se perciben y reconocen por los actores sociales y la comunidad en general, como problemas que afectan a un grupo de la población y por lo tanto, necesitan ser revertidos o solucionados. De la agenda pública, los problemas necesitan, en la mayoría de los casos, pasar a la **agenda política** para convertirse en sujetos de una política pública.

Está documentado que muchas políticas no siguen este proceso sino surgen del interés particular de uno o más actores con el suficiente poder para hacerlo. (Aguilar Villanueva, 1992), (Robert M, 2008), (Molina Marin G, 2008). En la agenda política suelen estar los problemas que se incluyen en la agenda pública, además, en la agenda de los grupos de interés y actores sociales y políticos con poder de decisión. Resulta obvio que los problemas elegidos, llevan implícito el interés de los grupos de poder y, con esto, sus perspectivas y sesgos.

Una vez elegido el problema que será objetivo de la política pública, se debe pasar a la comprensión profunda del problema que se ha señalado. En este momento es necesario realizar el diagnóstico, definiendo con claridad, cuál es la naturaleza del problema, cuáles son sus causas, como se produce y mediante qué mecanismos afecta a las personas. Por supuesto, es poco frecuente que se logre una comprensión total del problema y debe aceptarse que, en su definición, interviene la subjetividad de quienes los estudian, o simplemente, la política es adoptada por el interés y poder de uno o pocos actores sin el proceso de reflexión, respecto de sus causas. Esto hace que, usualmente, en esta definición se encuentren escenarios de politización del tema. Por esta razón, muchas políticas fracasan debido a una mala formulación del problema. (Roberts M, 2008), (Gilson, 2012).

En cuanto a la siguiente etapa, el desarrollo de la política, una vez se ha definido el problema y se han diagnosticado sus causas, corresponde hacer una previsión acerca del impacto que tendrá modificar la tendencia de la situación que se busca cambiar de acuerdo con distintos cursos de acción. Este ejercicio, basado en la construcción de escenarios futuros, enfrenta, de manera general, el problema de la falta de datos o la mala calidad de estos por lo que las previsiones del futuro pueden

no ser lo suficientemente rigurosas que se desearía para evaluar las posibles alternativas de cursos de acción sobre él o los problemas elegidos. (Roberts M, 2008), (Molina Marin G, 2008), (Godet M, 2007).

Completada la etapa anterior, toca definir el futuro deseado mediante la formulación de los objetivos. Esta etapa debe considerar los recursos existentes, las posibilidades de cambio en el contexto del cumplimiento de los objetivos y las características y particularidades de las instituciones que los harán efectivos. Con los objetivos claros y definidos, llega el momento de elegir entre las distintas opciones la que se convertirá en política pública y será implementada.

La implementación de la política elegida es la parte del proceso que generalmente se asocia a la administración pública, situación que genera una fragmentación en la que se asume que el diseño corresponde al ámbito político y la implementación al de la administración pública institucional.

Este último enfoque, da lugar a considerar la política pública como un ente estático, el cual una vez es formulado, solo corresponde su implementación. La perspectiva que se asume en esta investigación es la de la política pública como un proceso dinámico e iterativo, en donde la formulación continúa en la implementación y es modificada sobre la marcha. Este enfoque incluye, por lo tanto, la construcción de arriba abajo, como la de abajo hacia arriba, es decir, que las decisiones formuladas, desde instancias centrales de gobierno, son interpretadas y reformuladas en las distintas instancias de gobierno.

El modelo de planificación sanitaria, expuesto anteriormente, responde a otro modelo de “construcción” de políticas públicas desarrollado por Herbert Simon en el texto “Administrative Behavior”(Simon, 1997), llamado modelo racional, en el que enfatiza que esta secuencia ordenada de toma de decisiones busca maximizar los valores de quienes formulan la política, pero ocurre en un mundo ideal. Más adelante, el mismo Simon reescribe su modelo llamándolo de “racionalidad limitada”, pues reconoce que el decisor no tiene todas las alternativas posibles y no controla los elementos externos e internos a la propia decisión. Años después, este autor reconoce que los problemas derivados de la cultura política predominante, la

“inercia” de las políticas previas y el papel de los intereses opuestos al decisor, genera mucha más incertidumbre al proceso que se pensaba racional.

Otro enfoque respecto de la manera como se construyen las políticas públicas, es desarrollado por el autor Charles Lindblom, uno de los intelectuales iniciadores del análisis de políticas públicas en su texto “The Policy-Making Process” citado por Pallares (Pallares Frances, 1988), cuyo enfoque es congruente con el de racionalidad limitada de Simon, al reconocer la incertidumbre, el poder y el interés diverso de los involucrados en las decisiones y que , si bien el proceso de elaboración política surge como algo nuevo, siempre se basa en una posición o política previa, por lo tanto, lo que se observan son “incrementos” de diversas intensidades de la misma política, ajustando los objetivos a los recursos disponibles.

El mismo autor, posteriormente, acuña el término incrementalismo desarticulado, caracterizado por un ajuste mutuo entre las partes. Este modelo incrementalista, propone que existen varios centros de poder lo que permite el ajuste mutuo, sin embargo, considera que el poder es asimétrico lo que conduce a mejores posibilidades de grupos poderosos de lograr sus intereses frente a los menos poderosos; y, por otro lado, si bien existen iniciativas incrementales, también existen las posibilidades de innovación y planteamientos distintos a la inercia que son llamadas “Decisiones Fundamentales”, las cuales se contraponen a las incrementales.(William, 2016).

La última etapa en el ciclo de la política pública es la evaluación, la cual se enfoca en el proceso y en el logro de sus objetivos, no obstante, debe ser lo suficientemente flexible para considerar los cambios en el entorno de implementación que afectan los resultados.

Estas etapas, como se describió, son una construcción teórica que permite comprender y sistematizar las experiencias de formulación, implementación y evaluación de políticas, asimismo, permiten, a su vez, clarificar diversos aspectos que, en tanto, objeto de estudio, dan pie a realizar un análisis más profundo y comprensivo de las políticas.

No obstante, la visión del análisis de políticas puede proveer un marco analítico ordenado, lo cual proviene de una visión lineal del proceso de la política pública que, a su vez, asume como marco analítico el marco del proceso por estados y que lo divide, como se ha mostrado en los párrafos precedentes, como un proceso discreto integrado por una serie de “estados” o “fases” secuenciales –definición de la agenda política, formulación de la política, implementación y evaluación-. Uno de los problemas de este marco analítico es que establece un escenario tal, en el que las partes del proceso se pueden analizar por separado y, de hecho, muchos estudios lo reafirman. (William, 2016).

Existen otros marcos explicativos, por ejemplo, el marco de las múltiples corrientes en el que proceso político está integrado por tres corrientes de actores y procesos: Una corriente con datos acerca de problemas y proponentes de varios problemas y sus definiciones; una corriente política consistente en varias propuestas de soluciones a los problemas públicos-políticos y una corriente de políticos interesados en asuntos electorales. El proceso político o de las políticas permite la operación independiente de las tres corrientes que solamente se encuentran cuando se abre una “ventana de oportunidad”. (Gilson, 2012), (William, 2016)(Robert M, 2008).

Otro ejemplo es el marco analítico de la elección racional institucional, el cual se enfoca en cómo las reglas y valores institucionales y sus relaciones con otras instituciones, alteran el comportamiento de los individuos racionales motivados por el interés propio material y esto reconfigura la interpretación y operación de la política. (William, 2016).

Otro es el Marco de coaliciones de abogacía, sostiene que el proceso de política pública es el resultado de la interacción de distintas coaliciones, que son actores que los coaliga una serie de valores e intereses sobre la política dentro de un subsistema político, su foco es mapear las creencias, valores y posiciones resultantes de distintas elites, analizando las condiciones bajo las cuales las relaciones ocurren. (William, 2016).

Sin importar el marco analítico que se asuma para aproximarse a la política y tomando las ideas de diversos autores, es necesario considerar cuatro aspectos fundamentales:(Aguilar Villanueva, 1992, pág. 60), (Ozlak O, 2011), (I Meny y T Thoening, 1992), (Robert M, 2008), (Behn R, 1992),(William, 2016).

1. Toda política pública ocurre dentro del sistema administrativo, en donde concurren una serie de actores con grados variables de autonomía. Más que un sistema jerárquico, en realidad se configura una estructura poliárquica, con muchos polos de poder que dependen de sus relaciones con el sistema político y con la sociedad y este esquema, finalmente, reconfigura la política pública en el plano operativo.
2. El sistema administrativo, como el “operativo” de la política, no debe verse aislado del sistema político ni del sistema social, en realidad, forma parte de un todo profundamente enlazado. Un caso similar ocurre con los actores técnicos, administrativos y políticos, a quienes se tiende a considerar de manera fragmentada.
3. El análisis de políticas no debe privilegiar la perspectiva de la eficiencia económica. Ésta, sin duda, es una dimensión importante, pero insuficiente para explicar la dinámica del proceso de la política pública. Por consiguiente, las políticas públicas no se pueden considerar como el simple tránsito, a través de una instancia administrativa, la cual funciona con la misma lógica de la administración privada, en donde se busca maximizar la eficiencia y la productividad en términos de productos concretos y medibles.
4. Es importante resaltar que, en el análisis de políticas públicas, un elemento que no se debe soslayar es la legitimidad de la administración pública, tanto la que emana de los procesos electorales, como la que resulta de la relación de las instituciones públicas con la población

Tomando en cuenta todos estos elementos, el análisis necesita entender la política como una decisión que surge de múltiples orígenes y que involucra múltiples actores que, finalmente, esperan que sea en la administración pública en donde se haga efectiva, pero que, precisamente, no se ejecuta como se consideró, sino es

reconfigurada de acuerdo con intereses de los distintos nodos de toma de decisiones entre una poliarquía institucional.

Por lo tanto, más allá de la conceptualización de la política pública como los lineamientos generales del gobierno ante un problema público, es necesario profundizar el proceso que ocurre en los distintos momentos de la formulación e implementación de la política. Esto tiene dos vertientes fundamentales; la primera se refiere al carácter que toma el proceso dentro del Estado y su profunda relación con éste. La segunda, el marco conceptual que se utiliza para elegir y definir el problema. A continuación, se desarrollan en los apartados siguientes.

## ***1.2 Las políticas públicas y el Estado***

La política pública es un asunto vinculado con el Gobierno y, por lo tanto, es una expresión del Estado, entendido este, de acuerdo con Oszlak y O`Donnell,(Oszlak O, 2011), como el conjunto de instituciones y relaciones sociales que, normalmente, penetra y controla el territorio y a los habitantes que ese conjunto delimita geográficamente, mediante el monopolio de los medios para la coacción física. Esto abre la puerta para examinar los actores involucrados y en interdependencia con el ámbito público.

El considerar el Estado como la arena en donde ocurre el proceso de formulación e implementación de la política pública, brinda nuevos elementos que pueden ayudar a comprender las relaciones complejas que ocurren en estos procesos. De acuerdo con Oszlak y O`Donnell (Oszlak O, 2011), el problema objeto de la política pública o “la cuestión”, como la llaman los autores, resulta de demandas y necesidades problematizadas, pero que los actores estatales pueden negar, ignorar o aún reprimir. Lo importante, según los autores, no es en realidad cuál es el problema elegido para una política, sino qué actor social la reconoce, cómo se convierte en “la cuestión”, sobre la base de qué recursos y alianzas y con qué oposición.

Para estos autores, la toma de posición de los actores estatales respecto de una política no es un simple acto reflejo en el que se deben acatar los lineamientos

emanados de la autoridad central, sino es un conjunto de iniciativas y respuestas diferentes en un momento histórico, en donde se adopta una posición “predominante” más que un consenso referente al problema y las acciones.

En el proceso de implementación de la política, por parte de los distintos niveles y departamentos de las entidades de gobierno, encargadas de realizar las acciones, se suelen ver grados variables de autonomía, los cuales permiten distintas interpretaciones de lo que debe hacerse, por qué debe hacerse y con qué intensidad debe hacerse. Estos argumentos conducen a considerar al Estado y sus instituciones como actores heterogéneos en la arena de la formulación e implementación de la política pública.

Estos ámbitos de análisis consideran a la política pública como un proceso de toma de decisiones, más que una serie de pasos necesarios o un grupo de productos y resultados. Es indispensable tomar en cuenta que el problema que es sujeto de intervención, aún sin ésta, estaría modificándose de manera dinámica. Por lo tanto, la política también adopta estas formas dinámicas y cambiantes.

Ante estas circunstancias, el análisis de la política debe ir más allá del contenido de una política sanitaria en particular, y adentrarse en el comportamiento de los actores sociales de la salud, es decir, en sus procesos de toma de decisiones y en las acciones que eligen y toman, así como cuando eligen no actuar, en la influencia del contenido de la política en estos comportamientos y en el contexto que influencia y es influenciado por los mismos.

Cuando se habla de actores sociales de la salud, se deben incluir aquellas personas, instituciones u organizaciones que tiene responsabilidad específica en el desarrollo formal de políticas en el sector público, incluyendo aquellos que aunque no pertenecen al gobierno, influyen las políticas, tales como: las agencias internacionales, o proveedores del Estado. También, se incluyen aquellos que son parte de las instancias burocráticas que se responsabilizan en trasladar a la práctica las políticas (gerentes, trabajadores de la salud, usuarios de servicios de salud, y ciudadanos en general). Así mismo, es necesario considerar a quienes, de manera

explícita, buscan influenciar las políticas mediante grupos organizados de interés, tanto nacionales como internacionales.(Roberts M, 2008).

De acuerdo con Gilson,(Gilson, 2012), el análisis de política, desde una perspectiva del Estado debe considerar lo siguiente.

1. Los roles e intereses de los actores que influyen la política en diferentes niveles: individual, organizacional nacional y global.
2. La influencia que emana del poder de las instituciones en relación con sus reglas, normativas, costumbres organizacionales e ideas preponderantes
3. La influencia de la economía política y sus procesos en el desempeño de la política con el objeto de comprender las fuerzas que influyen por qué y cómo las políticas son iniciadas, desarrolladas, negociadas, comunicadas, implementadas y evaluadas
4. Las razones de las brechas entre la formulación, la implementación y la evaluación de la política, tanto en la práctica como en los contenidos y resultados.
5. El análisis puede hacerse retrospectivo, se debe considerar que el análisis prospectivo, de manera que, a medida que avanza la política, se analiza en sus componentes fundamentales y puede dar lugar a fortalecer los procesos de formulación, implementación y evaluación.

Este enfoque resulta de mucha utilidad para el contexto guatemalteco, en donde las instituciones públicas han sufrido deterioros a distintos niveles. En el caso particular del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-, las reformas impulsadas, a finales de los 90, se implementaron sobre un aparato institucional débil, lo que hizo más dramática la reducción de sus capacidades. De manera particular, el proceso de retiro voluntario, más la tercerización de servicios, más la flexibilización laboral, generaron una situación en la que, un ejemplo de ello sería el siguiente: la infraestructura/personal del primer nivel de atención del MSPAS, para

el año 2015, era la que se debería tener para atender a la población que Guatemala tenía en 1960.(Hernandez-Mack L, 2011)

Esta situación ha producido diversos cambios y desempeños en las distintas dependencias del MSPAS, mismas que son las encargadas de implementar las acciones relativas al combate de la desnutrición crónica. El análisis de la política permitirá aproximarse a esta situación de una manera estructurada y con posibilidades de proponer mejoras.

### **1.3 Consideraciones epistemológicas de las políticas sanitarias**

La política pública, forma parte de un proceso planificado de intervenciones diseñado para modificar las situaciones que se consideran problemáticas y que requieren un curso de acción ordenado y coherente. En este sentido, cobra una gran importancia la forma de enfocar y definir el problema de salud que da origen al proceso de intervenciones, pues, es a partir de esta manera de ver el problema, que se definen todas las actividades subsecuentes. Los problemas de salud son complejos y multidimensionales y, para fines de este apartado, se abordan desde tres perspectivas complementarias.

- a) La salud como fenómeno colectivo, lo cual no es la suma de los “diagnósticos de los individuos”, sino la situación de salud que emerge como un resultado sistémico de los procesos de salud enfermedad en su relación con los procesos de determinación social.(Castellanos , 1998, págs. 81-102).
- b) La salud como un producto social, económico, político y cultural, es decir que, es en el seno de la sociedad y sus relaciones, en donde la salud se produce y reproduce en distintos niveles que se influyen mutuamente como resultado dinámico y sistémico de las relaciones sociales, políticas, económicas y culturales,(Castellanos , 1998).
- c) La salud como un derecho humano, entendido éste como el más alto nivel posible de salud que pueden alcanzar los titulares del derecho y con la responsabilidad de su garantía por el Estado.

Para profundizar en las relaciones entre estos tres paradigmas o perspectivas, en esta investigación se adopta como marco integrador, el modelo propuesto por Castellanos respecto de los distintos niveles de la determinación de la salud.(Castellanos , 1998).

De acuerdo con este modelo, todas las sociedades, en cada momento histórico, tienen un **Modo de Vida** correspondiente, el cual es la expresión de factores tales como las condiciones físicas y geográficas donde la sociedad se asienta, el grado de desarrollo de las fuerzas productivas, de su organización económica, social y política, de su cultura y su historia. Este Modo de Vida se corresponde con una situación de salud determinada, lo cual hace que, en cada país, dicha situación sea diferente. En el modelo de Castellanos, el Modo de Vida corresponde al nivel general de análisis.

Este último nivel, determina que los distintos grupos sociales tengan diversas **Condiciones de Vida**, las cuales establecen cómo se insertan en el funcionamiento general de la sociedad y diferencian, a su vez, sus perfiles de enfermedad, muerte y riesgos a la salud. Estos grupos de personas se forman como construcciones sociales, a partir de diversas estratificaciones, tales como: la edad, el sexo, el lugar de residencia, la situación socioeconómica, por mencionar algunos. Las Condiciones de Vida corresponden al nivel Particular de análisis.

Estos niveles (general y particular), a su vez, determinan los **Estilos de Vida** que corresponden al nivel singular de análisis y que se expresan en los individuos, determinando su medio residencial, laboral, sus hábitos, normas y valores, su nivel educativo y su inserción en los procesos de producción y reproducción sociales. Los Estilos de Vida, también determinan perfiles individuales de enfermedad, muerte y riesgo singulares.

Este modelo brinda un marco para profundizar en el proceso de definición e implementación de la política pública de salud; especialmente porque, como ya se indicó, un paso previo a la elección de una política, debe ser desarrollar un proceso en el que, entre todos los problemas identificados, se elige y prioriza uno o varios de los que se consideran más importantes.

De acuerdo al modelo de Castellanos, al elegir un problema de salud, o más bien, una situación de salud no deseada, el cual en el caso de la salud, puede verse desde el plano de daño a la salud en individuos (nivel singular), se está asumiendo que existen una serie de determinantes situados en los niveles particular y general los cuales deben considerarse en el abordaje de políticas, pues son parte de una cadena compleja de determinación, en la que si solo se observa un elemento, se estará incurriendo en el error de hacer simple un evento complejo, lo que conduciría a una mala formulación de la política.

En la elección de los problemas, también interviene como un factor sumamente relevante, el paradigma explicativo que rige el pensamiento de quienes toman las decisiones y esto se ve expresado en las consideraciones acerca de las intervenciones que darían lugar al promulgar la política.

Sin importar el problema elegido, dada su magnitud y trascendencia, es en el análisis de la causalidad de los problemas, en donde se empiezan a ver las diferencias, de acuerdo con el paradigma que sustenta la explicación. Existen diversas maneras de abordar este tema, para esta investigación se han agrupado en tres posibles paradigmas.(Estrada Galindo G, 2015). El positivista (y post positivista) que busca explicar la realidad de la salud, basándose en teorías generales, considerando solamente explicaciones basadas en variables cuantificables, estableciendo cadenas causales lineales, descartando el azar y la incertidumbre. En este paradigma, la realidad ocurre fuera de quien la observa, lo que le confiere “objetividad” en sus juicios respecto de los problemas de salud. La realidad se descubre.

Por el contrario, el segundo paradigma, llamado relativista-interpretativo o social constructivista, busca interpretar y comprender los problemas de salud más que explicarlos; los problemas involucran a quien los observa y a quien decide acerca de ellos, los problemas de salud no existen independientes de los actores sociales y son, en esencia, contruidos a través de la manera como los actores mismos interpretan su experiencia ante los problemas.

Un tercer paradigma llamado realismo crítico puede decirse que está en un plano medio entre los dos anteriores. Al igual que el positivismo, acepta que existe una realidad fuera de los actores sociales, sin embargo, admite que esta realidad es interpretada por estos actores y que esta interpretación influye en la manera como las estructuras objetivas de la realidad se configuran.

Tanto la realidad objetiva como la subjetiva se relacionan en un plano dialéctico. Los mecanismos causales de los fenómenos sociales en tanto objetivos son dinámicos y modificados por las interpretaciones en tanto subjetivas.

En la elección y análisis del problema de salud que es, finalmente, sujeto de una política pública, se ven reflejados estos paradigmas en formas no “puras” pues sucede un sincretismo dada la naturaleza diversa de los actores sociales que intervienen en el proceso. En la elección del o los problemas y en su descripción, ya se configura el abordaje del que será objeto en la fase de la elección de las intervenciones. Un resumen de estos argumentos puede encontrarse en la tabla siguiente.

Tabla 4: Paradigmas del análisis de políticas públicas

Perspectiva	Escuelas filosóficas				
	Post modernismo	Racionalismo idealismo	Empirismo	Positivismo/ Realismo	Postpositivismo
<b>Ontología</b>	El investigador y la realidad son inseparables	La realidad viene de la mente del investigador, y viene de Dios	El investigador y la realidad están separados	Realismo, el investigador y la realidad son separadas, existe lo universal	Realismo crítico, la realidad y el investigador son uno y la misma
<b>Epistemología</b>	El conocimiento es relativo, la objetividad no existe	La razón es la fuente del conocimiento, deducción, el conocimiento es innato	La realidad objetiva surge de la introspección la experiencia	Lo objetivo existe más allá de la mente humana, la investigación es neutra	Objetividad calificada, la realidad existe pero es muy compleja para ser explicada, falsación empírica

<b>Metodología</b>	Hermenéutica, fenomenología, interpretación	Deducción, especulación, sentido común	Inducción, observación, hipótesis, pruebas	Inductiva, lógica, hipótesis, verificación, pruebas empíricas	Triangulación Experimentación pragmatismo
<b>Técnicas</b>	Cualitativa	Cualitativa	Cualitativa y cuantitativa	Cuantitativa	Cualitativa y cuantitativa
<b>Perspectivas disciplinarias</b>	Ciencias sociales, ciencia política, epidemiología social	Filosofía, ciencias religiosas,	Ciencias naturales, matemática,	Econometría, epidemiología, ciencia política: elección racional	Ciencias políticas
<b>Representantes</b>	Weber, Lyotard, Derrida, Foucault, Scheper	Platón, Descartes, Leibniz, Espinoza	Aristóteles, Epicuro, Bacon, Locke, David Hume	Comte, Stuart Mill, Spencer	Karl Popper, John Dewey, Nicholas Rescher

Fuente: Adaptación traducción libre del Autor de: Key elements of Knowledge paradigms as applied in HPSR en: Gilson I, 2012, pp. 35(Gilson, 2012)

Una vez se han elegido el o los problemas de salud, se inicia un proceso de investigación e indagación que permita establecer cuáles son las alternativas de solución de estos problemas, de manera que se pueda seleccionar la que reúna las características técnicas necesarias para que pueda considerarse una solución factible.<sup>2</sup>(Barroto L, 1995).

Cuando se ha seleccionado la intervención adecuada al problema priorizado, esta se convierte en política mediante un proceso que, necesariamente, implica decisiones de tipo técnico-político y que se oficializa y legitima mediante la promulgación de una o varias políticas, que pueden tomar la figura de un acuerdo

<sup>2</sup>Según Hanlon, citado por Barroto la factibilidad debe medirse mediante aclarar si la intervención es pertinente cultural y socialmente, de eficacia demostrada, factible económicamente, que existen los recursos necesarios para llevarla a cabo, que la intervención no contravenga el estamento legal y que sea aceptable entre la institución, la sociedad y la comunidad internacional. Aun cuando se acepta que estas variables definen la factibilidad de cualquier intervención en salud, se acepta que en ocasiones no se siguen estos pasos en su totalidad, y puede bastar un lineamiento proveniente de la agenda de algún organismo internacional para lograr se implementación.

de Ministerio, o de Gobierno, un acto público o la publicación de una normativa. De estas políticas, se espera que provean los grandes lineamientos y cursos de acción para resolver los problemas que se han priorizado. (Molina Marin G, 2008)

Como se mencionó, previamente, las políticas dan el marco normativo para el diseño de Planes Estratégicos que contienen los objetivos, los cuales orientan al sistema de salud en su conjunto para hacer efectiva la política. Del plan estratégico, se pasa al plano táctico, donde, a partir de los objetivos, se desarrollan programas que permiten asignar los recursos y diferenciar las acciones, demarcando con claridad el camino que debe tomar el plano operativo, que es en donde se ejecutan las acciones e intervenciones que impactan de manera directa a las personas o las instituciones que sufren los problemas de salud que han sido priorizados. (Molina Marin G, 2008).

Pese a esta secuencia lógica y articulada en la planificación y gestión de la salud, cuando se contrasta con la realidad, los hallazgos son diferentes. De acuerdo con Gilson,(Gilson, 2012), aun cuando el proceso de diseño e implementación de la política pública, en este caso la de salud, se suele ver como una sucesión de fases y etapas concatenadas y articuladas, en la realidad, la política se va construyendo e implementando por distintas maneras, muchas veces sin seguir estos pasos lógicos.

Puede darse el caso en el que un actor social tome una decisión y esto dé origen a una política, sin pasar por un proceso de análisis del problema y priorización técnica; también, es posible que otro actor social facilite o impida la implementación de la política, de acuerdo a sus intereses con lo que no se logra desarrollar el proceso en su secuencia lógica, o puede ocurrir que las políticas respondan a agendas de cooperación internacional más que a procesos de análisis y discusión en los países que la reciben.

En la presente investigación, se utilizó el estudio y análisis de políticas sanitarias específicas y se posibilitó, a través de abordajes metodológicos cualitativos y cuantitativos, la comprensión y explicación de los aspectos clave en la formulación e implementación de la política sanitaria en Guatemala.

## **1.4 La nutrición, la desnutrición, conceptos, enfoques, estrategias**

La búsqueda de alimentos ha sido uno de los factores que han incidido en la conformación de las sociedades humanas; al principio, cuando los hombres eran cazadores y recolectores nómadas, configuraban sus relaciones sociales basadas en quien procuraba el alimento, quien y como se distribuía. Más adelante, con la domesticación de especies vegetales y animales, de manera progresiva, las sociedades se fueron adaptando a nuevas formas de obtención y distribución de los alimentos. En la actualidad, no es común que los grupos humanos adopten mecanismos basados en la búsqueda itinerante de alimentos, aun persisten maneras diferenciadas de procurárselos.

Algunos necesitan cultivar y criar lo que se comen, otros además de esto, los excedentes les sirven para la venta y con esto obtienen recursos para otros satisfactores, otros, necesitan adquirir en el mercado los alimentos que necesitan con recursos provenientes de otras actividades productivas, quizás este último grupo sea el mayoritario.

Los alimentos, o más bien, la búsqueda de estos para satisfacer la necesidad de sobrevivencia, está en el centro de las actividades humanas, las sociedades se conforman de acuerdo con un complejo entramado de intereses y relaciones en los que la alimentación juega un rol central. Alimentarse evoca un evento biológico, sin embargo, es, además, el resultado de las relaciones sociales de poder de los individuos, sus familias y los grupos a los que pertenecen. La alimentación es, por lo tanto, un ámbito por el que se evalúan las relaciones sociales y políticas de una nación y debe verse como el nivel de éxito que una sociedad ha alcanzado en el proceso de satisfacer la necesidad más básica de sus miembros: alimentarse.

En ese contexto, la desnutrición infantil es vista como el fracaso de la sociedad en procurar alimentos a sus miembros, sin embargo, esta visión puede ser muy simplista por lo que a continuación se intenta dilucidar cuáles son los mecanismos y causas de la desnutrición a distintos niveles.

La desnutrición infantil puede abordarse desde su gravedad y su duración. En cuanto a la gravedad, puede ocurrir en un espectro que va de leve a severa, de acuerdo con su medición estadística y clínica; respecto a su duración, se habla de desnutrición crónica y aguda. En la primera, los niños o niñas han sufrido el problema durante el tiempo suficiente para que, quien la padece, no se desarrolle y crezca alcanzando su potencial, manifestándose en retardo en la talla esperada para la edad en los niños afectados; la desnutrición aguda se refiere a episodios de hambre de gran magnitud, de tal manera que el organismo absorbe las reservas corporales: grasa corporal, proteínas de músculos y órganos, provocando una reducción del peso idóneo para la talla de los niños afectados.

En cuanto a las causas de la desnutrición, más que utilizar variables con las que se asocia el problema y la hacen probable, es preferible utilizar un marco de tipo determinístico como recurso para su comprensión. De acuerdo con este marco teórico, discutido con anterioridad, se identifican tres niveles de determinación: el singular o individual, el particular o de grupos sociales y el general o de país. Estos tres niveles son distintas miradas respecto de la misma realidad y se separan solo con fines de facilitar la comprensión del problema.

En el ámbito individual, la desnutrición puede explicarse por dos circunstancias: la falta de ingesta de alimentos y nutrientes y/o el aumento del consumo biológico de éstos. En la falta de ingesta de alimentos debe considerarse tanto la cantidad como la calidad de lo que se ingiere y, en este aspecto, el acceso a los alimentos en cantidad suficiente y los patrones culturales de consumo son determinantes, especialmente por el hecho que muchos niños que padecen desnutrición no tienen déficit en la cantidad de alimentos que consumen, pero sí en los nutrientes que reciben con estos alimentos. El aumento del consumo biológico de nutrientes puede darse en situaciones en las que los niños y niñas sufren de alguna enfermedad aguda o crónica que aumenta las demandas de energía proveniente de los alimentos, cuando la ingesta dietética de los niños es incapaz de suplir estas demandas, el cuerpo utiliza las reservas corporales.

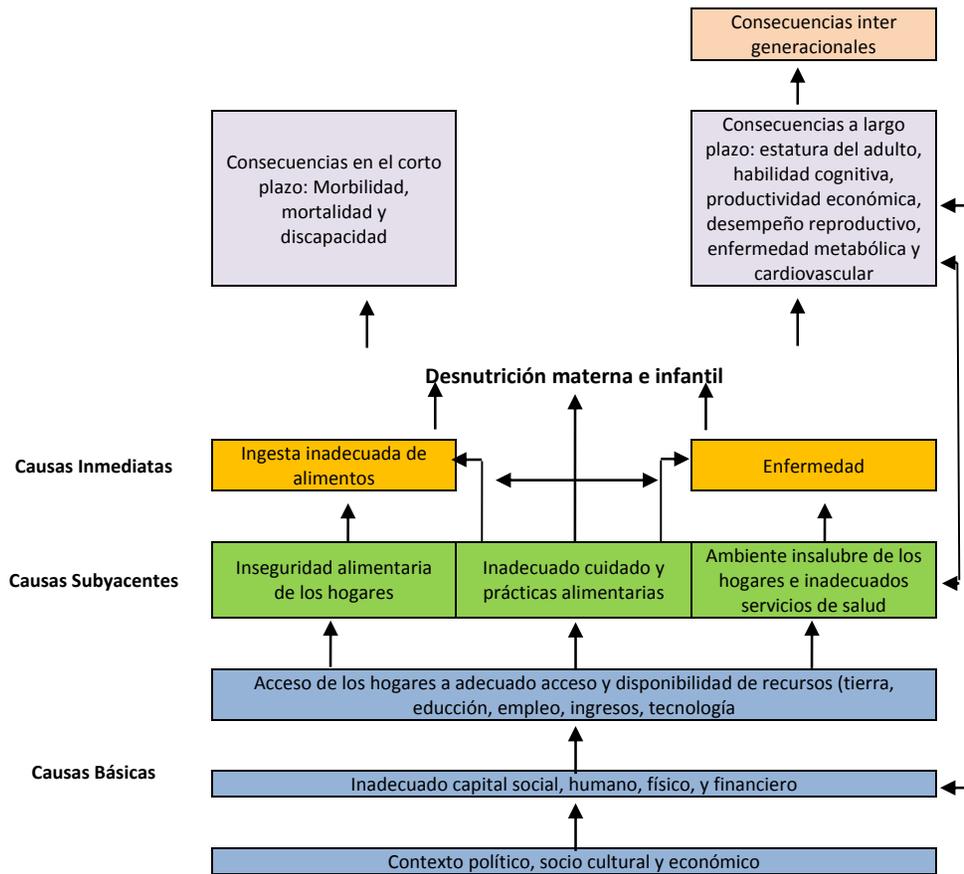
Estas dos circunstancias, tanto la falta de ingesta, como el aumento de la demanda, si bien se manifiestan en el cuerpo de los niños, sus causas rebasan el ámbito de las decisiones personales y se trasladan a las condiciones de vida, es decir, el nivel particular o de grupos sociales.

En este ámbito el diagnóstico de desnutrición infantil se convierte en otro de mayor trascendencia, el de la Seguridad Alimentaria y Nutricional que representa e integra el nivel general con los otros niveles.

De acuerdo al marco conceptual propuesto por UNICEF, (Contreras A, 2011a), se pueden identificar tres grandes ámbitos implicados en la generación de desnutrición, a saber: la alimentación, la salud y los cuidados maternos e infantiles, los que, a su vez, se organizan en tres niveles de determinación: el de las causas inmediatas o plano individual, donde se identifican el consumo alimentario inadecuado y las infecciones como los elementos centrales; luego está el nivel de las causas subyacentes o plano de la familia y el hogar, donde se identifican la inseguridad alimentaria, el inadecuado cuidado de la madre y el niño, la falta de agua y saneamiento y la falta o deficiencia en los servicios de salud; por último, el nivel de las causas básicas, o plano social, en el cual se identifican la pobreza, la falta de educación y la marginalización, como resultado del contexto social, económico y político.

En el plano de las causas inmediatas, la dieta deficiente, ya sea en calidad o cantidad, interfiere con el aporte de nutrientes al organismo, e impacta de forma directa el crecimiento lineal; por otro lado, las infecciones se suman al problema de déficit de nutrientes por la vía de generar mayores demandas metabólicas para los procesos de respuesta inmunológica, y las infecciones como la diarrea interfieren con la absorción de nutrientes. La adecuada salud, estado físico y nutricional de las madres es crucial para la prevención de la desnutrición infantil. Es conocido que el embarazo aumenta las demandas de nutrientes y que las deficiencias de proteínas, minerales y energía son frecuentes durante este período. Una madre con deficiencias nutricionales puede dar a luz niños con bajo peso al nacer y predisposición a la desnutrición.

Gráfica2. Marco explicativo de la desnutrición crónica infantil



Fuente:(UNICEF, 2013)

Aun cuando la desnutrición crónica es un evento con características biológicas e individuales, en su distribución en la población existe mucha heterogeneidad, la cual no es atribuible al azar. Para los fines de esta investigación, se utilizará el término Seguridad Alimentaria y Nutricional -SAN- como el concepto que permite analizar la ocurrencia de la desnutrición crónica en distintos estratos sociales y, por lo tanto, también, permite explicar cómo las relaciones sociales, económicas y políticas son fundamentales en su génesis.

El término SAN surgió en la Conferencia Mundial acerca de la Alimentación, celebrada en Roma en 1974, definiéndola como “disponibilidad, en todo momento, de suficientes suministros mundiales de alimentos básicos para mantener una expansión permanente del consumo alimentario y para contrarrestar la fluctuación

en la producción y los precios” (Gordillo G, 2013). De acuerdo a este concepto, la alimentación es el resultado, principalmente de la disponibilidad de alimentos y su suficiencia respecto al número de personas, por lo tanto, las variables a considerar son la relación entre la producción y la población.

Cualquier estrategia para mejorar una situación alimentaria no deseada pasa por la búsqueda del equilibrio mediante aumentar la disponibilidad de alimentos o frenar el consumo de éstos por la población, disminuyendo su crecimiento. Producir más alimentos significa mayor producción o importación, es decir, es referente a un asunto económico comercial, en el cual, el sector agrícola tiene la más grande responsabilidad junto con las políticas poblacionales.

Una de las limitaciones de este enfoque es que en sociedades en las que los alimentos están disponibles, no todas las personas tienen acceso a los mismos. Es decir que un aumento en la oferta de alimentos no conduce a mejorar la situación nutricional de la población y persiste el hambre. Por esta razón, se agregó al concepto de SAN la accesibilidad a los alimentos y se enfatizó en la desigualdad en el acceso.

En este contexto surge como elemento fundamental la capacidad adquisitiva de los hogares y, por lo tanto, la pobreza se considera como la perpetuadora de la inseguridad alimentaria y la desnutrición. En este sentido se desarrolló lo que se conoce como pobreza alimentaria o pobreza extrema la cual es una condición en la que quienes la padecen no cuentan con los recursos económicos ni para alimentarse.

A estos enfoques se agregó, posteriormente, el hecho que aun cuando una persona tiene alimentos disponibles y logra acceder a ellos, se necesita considerar que el organismo este saludable, de esta manera, utilizar la energía obtenida para crecer y desarrollarse y no para defenderse de las enfermedades. Este nuevo enfoque que agrega la utilización biológica de los alimentos abre la puerta para las intervenciones de salud que, en su sentido amplio, incluyen las condiciones de vida saludables, tales como: una buena vivienda, adecuados ingresos, educación y recreación, acceso a agua y saneamiento, así como acceso a servicios de salud competentes.

A estos elementos, posteriormente, se agrega la dimensión cultural mediante la consideración de las preferencias del consumo alimentario, que en cada contexto social es distinto y no necesariamente favorecedor de la buena nutrición pues la publicidad promueve el consumo de alimentos de bajo valor nutricional pero que se convierten en objetos de consumo masivo.

La seguridad alimentaria de acuerdo con las reflexiones anteriores se fundamenta en 4 pilares o dimensiones: la disponibilidad de alimentos, el acceso a los mismos, el consumo y la utilización biológica.

La dimensión de la disponibilidad de alimentos implica los ámbitos nacional, local y familiar e involucra, por lo tanto, la producción de alimentos por el país y los hogares, las importaciones, las exportaciones, la ayuda alimentaria y las capacidades de almacenamiento. Es indispensable considerar otras variables, tales como: la estabilidad en la producción de estos elementos, especialmente considerando los ciclos de producción y la vulnerabilidad ante los desastres naturales provocados por el cambio climático y los vaivenes de los intercambios comerciales ante la dinámica globalizada de la economía.

La dimensión de acceso implica a los medios de producción tales como tierra, agua, insumos, tecnología, y conocimiento y a los alimentos disponibles en el mercado. Esta dimensión puede verse afectada por factores físicos, tales como la falta de infraestructura o aislamiento de comunidades, o económicos donde la falta de recursos, los ingresos, el empleo y los precios juegan un papel preponderante, y por la contaminación del agua, por ejemplo, provocada por comportamientos de las empresas industriales, pero también de la propia sociedad.

La dimensión del consumo involucra una serie de elementos interrelacionados vinculados a las preferencias alimentarias, la cultura, el mercadeo, las condiciones de almacenamiento en los hogares, la inocuidad de los alimentos y las condiciones higiénicas generales, así como la forma de preparación de los alimentos

En cuanto a la utilización biológica, se consideran todos los aspectos individuales relacionados a la ingestión, absorción y utilización de los alimentos, por lo tanto,

esta dimensión está profundamente relacionada con la salud de los individuos y es, precisamente aquí, donde se manifiestan los problemas de SAN, o más bien Inseguridad Alimentaria y Nutricional, en forma de desnutrición aguda y/o crónica.

Otra manera de aproximarse a los problemas de SAN es el enfoque de los medios de vida sostenibles, el cual no es específico como el enfoque de los 4 pilares, sin embargo, su abordaje orientado al desarrollo y la pobreza pueden propiciar un tratamiento más amplio de los problemas que originan la inseguridad alimentaria.

Un medio de vida es entendido como el conjunto de capacidades, recursos y actividades que una población tiene y utiliza para buscar su bienestar y una mejor calidad de vida. En este enfoque las capacidades y recursos se categorizan en cinco capitales: capital natural; capital físico; capital financiero; capital humano; y capital social. Para que un hogar pueda tener y mantener estos capitales, se necesitan una serie de condiciones sociales, económicas y políticas que lo permitan, pero esto solo ocurre en un contexto de equidad y solidaridad social

De acuerdo con IARNA, al utilizar esta perspectiva, existen tres conceptos que apoyan el análisis de SAN: el primero es el concepto de **vulnerabilidad**, el cual tiene que ver tanto con el nivel o grado de exposición de los hogares a diversos momentos o períodos de crisis que comprometen su SAN, como con las capacidades de los hogares para hacer frente a estas crisis. El segundo concepto importante es la sostenibilidad, la cual está asociada con la vulnerabilidad y la resiliencia. Un medio de vida es sostenible cuando puede afrontar el cambio (desastres naturales, cambios climáticos y económicos), recuperarse de sus efectos y continuar mejorando las condiciones de vida sin debilitar la base de recursos naturales”. El tercer concepto importante en este enfoque son las denominadas estrategias de afrontamiento, las cuales hacen referencia a la forma en que los individuos y los hogares administran los recursos con los que cuentan para lograr sus medios de vida y una determinada calidad de vida.

En cuanto a las estrategias para reducir la desnutrición crónica, la primera idea es que se necesitan cambios de tipo estructural que logren reducir la pobreza, que disminuyan las inequidades y desigualdades, y mejoren las condiciones de vida de

todos y todas las guatemaltecas. Mientras estos aspectos no se corrijan, la prevalencia de la desnutrición crónica será alta y su reducción lenta e poco significativa; sin embargo, para que estos cambios ocurran se necesitan cambios políticos, económicos y culturales importantes y su consecución requiere de mucho tiempo, mismo en el que seguirán naciendo niños de bajo peso que desarrollarán retardo en la talla y que permanecerán sin alcanzar su potencial de crecimiento y desarrollo, sufriendo las consecuencias de la desnutrición. Es aquí donde algunas intervenciones de salud han mostrado su utilidad bajo ciertas condiciones habilitadoras.

Las condiciones habilitadoras se refieren a aquellas intervenciones que buscan mejorar el ambiente institucional de manera que se logren objetivos comunes, se abogue por los cambios, se puedan movilizar recursos, se coordinen las acciones, y se logre una adecuada rendición de cuentas y evaluaciones rigurosas.

En la génesis de la desnutrición crónica, el período más importante es el que va de la gestación a los 2 años de vida. Existen diferentes estudios que han demostrado que el retardo en la talla se produce en los primeros 1,000 días de vida: embarazo y los primeros dos años. (Black Robert, 2008). Un estudio que analiza el comportamiento del crecimiento de niños de 52 países, incluyendo Guatemala, concluye que en este período se alcanza el máximo del potencial del crecimiento lineal y que esto depende del crecimiento y desarrollo intrauterino y de las condiciones de alimentación durante este período, por lo tanto, las intervenciones realizadas en esta ventana de oportunidad, son las más efectivas y cruciales. Una vez el niño ha cumplido los 2 años y no ha alcanzado su potencial de crecimiento, ya no lo recuperará. (Victoria G, 2010).

Otro estudio de cohorte realizado en 5 países, incluyendo Guatemala, demostró que el retardo en la talla en los primeros 12 meses de vida es un predictor robusto de la talla adulta, si existe falla en el crecimiento en ese período, la talla ya no alcanza todo su potencial, (Stein A. W., 2010), es posible que este sea uno de los factores asociados al apareamiento de obesidad y sobrepeso en la edad adulta.(Stein y Wang y Ramirez-Zea M, 2006).

Una vez establecido que son esos primeros 1,000 días de vida, en el cual deben efectuarse las intervenciones, se han propuesto varias, todas con probada costo-efectividad e inscritas en las causas inmediatas. De acuerdo con una publicación reciente, (Martorell R, 2012), existe un paquete básico de intervenciones para la VMD, el cual debe tener cobertura universal y que, si no incide en las causas básicas ni subyacentes, sí lo hace en las causas directas y puede contribuir a evitar que los niños que están naciendo sufran de desnutrición y logren llegar a los dos años de vida, alcanzando su potencial de crecimiento. Estas intervenciones incluyen: 1) la promoción de buenas prácticas de lactancia (lactancia exclusiva en los primeros seis meses y continuación de la lactancia hasta el segundo año de vida) y la alimentación complementaria; 2) agua, saneamiento e higiene; 3) la administración de suplementos prenatales de hierro y ácido fólico a la madre; 4) inmunizaciones y 5) el uso de cinc y rehidratación oral en el tratamiento de la diarrea.

Con los suplementos prenatales, se busca proveer a la madre los nutrientes necesarios para hacer frente a las nuevas demandas nutricionales ocasionadas por el embarazo y el parto, y favorecer el adecuado crecimiento intrauterino de su hijo o hija, además de prepararse para la lactancia. Lo esperado es que la nueva madre pueda acceder a suplementos de hierro, ácido fólico y una cantidad adecuada de calorías que provengan de una dieta balanceada de carbohidratos, proteínas y grasas. Esos alimentos se promueven como alimentación complementaria a la que regularmente ingiere la mujer gestante en su contexto cotidiano.

El estado nutricional de la mujer gestante es fundamental para el adecuado crecimiento y desarrollo fetal y sus efectos se extienden desde el nacimiento hasta la vida adulta.

Las deficiencias de ácido fólico, por ejemplo, se asocian a problemas del tubo neural, tales como: espina bífida o labio leporino y paladar hendido; la deficiencia de hierro se asocia con las dos principales causas de mortalidad neonatal: el nacimiento prematuro y el bajo peso al nacer.

Además de estos dos micronutrientes, se ha evaluado la carencia de calcio, cinc, vitamina A, cobre y otros. Existen pruebas de que la deficiencia de calcio se asocia

con la preeclampsia y eclampsia de la gestante y con el bajo peso al nacer y la restricción del crecimiento en el producto de la gestación.(Muñoz, 2010, págs. 94-99). Un estudio realizado en Perú muestra que la suplementación de alimentos a las mujeres gestantes logra importantes cambios en los niños y niñas, pero, cuando esta provisión se extiende durante dos embarazos, incluyendo la suplementación en el período inter genésico.(Muñoz, 2010).

En cuanto a la lactancia materna exclusiva, durante los primeros 6 meses de vida y, de forma continua, hasta que cumpla los 2 años de vida, una vez el niño o niña ha nacido y se ha logrado que su crecimiento intrauterino sea el adecuado, la intervención más importante es iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.

Diversos estudios han demostrado que los niños amamantados de manera exclusiva, con leche materna, logran crecer en todo su potencial, la morbilidad por diarrea y enfermedades respiratorias agudas se reduce, se alcanzan todos los requerimientos nutricionales necesarios para un adecuado crecimiento y desarrollo.(Black Robert, 2008). Además, el lactante potencia su sistema inmunológico con lo que se previenen otras infecciones y se logra hidratar, adecuadamente, aún en caso de diarrea.(MSPAS INE, 2009).

La madre se beneficia al reducir el riesgo de pérdida excesiva de sangre después del parto, incrementa el espacio entre embarazos al funcionar como un mecanismo anovulatorio y reduce el riesgo de osteoporosis, cáncer de mama y ovarios. La lactancia materna exclusiva -LME- y su prolongación hasta los 2 años de vida, reducen los gastos económicos generados por compra de fórmulas lácteas en polvo y reduce los gastos médicos al prevenir enfermedades infantiles.(MSPAS INE, 2009).

Respecto a la alimentación complementaria, después de los primeros 6 meses de vida debe continuarse con la lactancia materna, pero no de manera exclusiva, siendo necesario complementarla con otro tipo de alimentos. Estudios han demostrado que en el período de los 6 meses a los 2 años, los niños son particularmente vulnerables a la subalimentación debida, no sola a la insuficiencia

de la lactancia materna, sino a la mayor frecuencia de problemas infecciosos, tales como: la diarrea y las enfermedades respiratorias agudas.(Black Robert, 2008). La subalimentación en éste período es una de las principales causas de la desnutrición crónica, por lo que los niños y niñas deben recibir alimentación complementaria la cual debe proveer una dieta de buena calidad, incluyendo micronutrientes. La provisión de alimentos complementarios, tales como: Vita cereal<sup>3</sup> y la incaparina<sup>4</sup>, se ha demostrado en estudios longitudinales, los cuales tienen efectos positivos y logran prevenir la desnutrición crónica, teniendo impactos positivos a largo plazo en la vida adulta e incrementando el capital social y humano.

En cuanto a la provisión de agua, saneamiento e higiene, se ha demostrado una relación entre estos con la desnutrición crónica, encontrando su punto central en la prevalencia de diarrea. Aun cuando un niño o niña, se alimente adecuadamente, las infecciones intestinales y respiratorias imponen un incremento importante en el gasto energético de los individuos, el cual, en condiciones de precariedad y bajas reservas, terminan por “desviar” los beneficios de los nutrientes para defenderse en lugar de usarlos para el crecimiento y el desarrollo. La diarrea es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los niños menores de 1 año, asimismo, se ha demostrado que las medidas más efectivas para su combate son la provisión de agua de buena calidad, libre de contaminación y el apropiado tratamiento de las aguas residuales.(Fewtrell L, 2005).

La vitamina A es fundamental para el adecuado funcionamiento del organismo, particularmente del desarrollo de los tejidos, epitelios y la retina, también, tiene un

---

<sup>3</sup> Vita cereal es un producto fortificado, harina de maíz y soya producida en Guatemala y distribuida a través de programas del Gobierno de Guatemala como parte de sus programas sociales. Es un alimento complementario que está fortificado con hierro, zinc, calcio, tiamina, riboflavina, vitamina B6, vitamina A, D, E, y vitamina C, niacina, ácido fólico, Vit B12, yodo. Vita cereal es un alimento complementario especialmente para niños de 6-23 meses y también para embarazadas y madres lactantes.

<sup>4</sup>Incaparina es una harina fortificada de maíz y soya, comercialmente producida en Guatemala por Alimentos SA. Está fortificada con hierro, zinc, calcio, tiamina, riboflavina, niacina, vitamina B12, B6, ácido fólico y vitamina A in cuatro formulaciones. Incaparina es consumida por la familia, como alimento complementario para niños de 6-23 meses así como para embarazadas y mujeres lactantes

papel fundamental en el adecuado desarrollo y funcionamiento del sistema inmunológico. Se ha demostrado que la vitamina A es esencial para enfrentar los problemas infecciosos en los niños, particularmente la diarrea y las infecciones respiratorias. Por lo tanto, al incluir su suplementación en el esquema del combate a la desnutrición, se espera que quienes la reciben, estén en condiciones de enfrentar las infecciones sin deteriorar su nutrición en el proceso de defenderse.

Respecto al uso de Zinc terapéutico, se ha demostrado que su uso, en casos de diarrea y enfermedades respiratorias agudas, logra disminuir el tiempo e intensidad del problema.(Black Robert, 2008). Esta intervención al reducir los episodios de diarrea y enfermedades respiratorias, contribuye en la reducción de la desnutrición crónica.

La provisión de micronutrientes durante los primeros dos años de vida ha demostrado su eficacia en la reducción de la prevalencia de anemia y otras deficiencias nutricionales lo que ha redundado en mejores resultados de las intervenciones asociadas(Hyun, 2012).

Las Inmunizaciones, al igual que el combate a la diarrea ayudan a evitar que, al enfermarse, los niños y niñas utilicen sus nutrientes para defenderse en lugar de utilizarlos para crecer y desarrollarse, las inmunizaciones evitan que se produzcan enfermedades que consumen enormes cantidades de nutrientes, tal es el caso del sarampión.

La Serie Lancet 2008, (Bhutta Z, et al 2008) recomienda diez intervenciones específicas de nutrición para reducir los efectos de la desnutrición, incluida la muerte de niños, de manera significativa.

Señalan, que el 90% de la carga de la desnutrición se concentra en 34 países, entre ellos Bangladesh, India, Pakistán, Nepal, Guatemala. Si las intervenciones nutricionales recomendadas se ejecutan con un 90% de cobertura, se estima que 900.000 vidas podrían salvarse en estos 34 países. Las 10 intervenciones son las siguientes.

1. Suplementación con ácido fólico durante el embarazo.
2. Complemento de proteína en el embarazo.
3. Suplementación con calcio durante el embarazo.
4. Suplementación con múltiples micronutrientes durante el embarazo.
5. Promoción de la Lactancia Materna.
6. La alimentación complementaria apropiada.
7. Suplementación con vitamina "A" en niños de 6 a 59 meses.
8. Suplementación con Zinc en niños de 6 a 59 meses.
9. La atención y tratamiento de la desnutrición aguda severa.
10. La atención y tratamiento de la desnutrición aguda moderada.

Además, recomiendan otras intervenciones sensibles a la nutrición, tales como: agricultura, seguridad alimentaria, empoderamiento de la mujer, agua y saneamiento, desarrollo temprano infantil, entre otras.(Ruel M, 2013). En la figura siguiente se muestra un resumen de tales intervenciones que complementan las previamente discutidas como "ventana de los 1000 días"

Además de los beneficios individuales y familiares de la reducción de la desnutrición crónica infantil, se ha demostrado que tiene importantes créditos en la productividad, mejora la economía nacional y promueve mayor desarrollo social y económico. De hecho, se afirma que invertir en el combate a la desnutrición es una inversión de alta rentabilidad económica.(Alderman H, 2007).

Por su parte Icfef y Unicef en la publicación "Protegiendo la nueva cosecha" (Contreras A, 2011a), proponen un conjunto de intervenciones para reducir la desnutrición crónica en Guatemala, las intervenciones tienen un carácter universal, sin embargo, se priorizaron a los municipios identificados con los más altos niveles de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años.

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 en el estudio responden a esfuerzos que existen en la actualidad pero que no actúan en conjunto; por lo que se pretende un ordenamiento territorial y una mayor sincronización que les permita ser lo más efectivas posible

Con respecto a otras experiencias en otros países, por ejemplo, el estudio realizado por FANTA en Bangladesh (Food and Nutritional Technical Assistance USAID 2011) estimó el costo de un programa nacional eficaz e integral para reducir la desnutrición del país bajo diferentes escenarios. La desnutrición es una causa importante de enfermedad y mortalidad infantil en este país.

El Informe de Bangladesh, para el período 2011 a 2021, presenta, en primer lugar, las proyecciones de los beneficios de invertir en la nutrición, en términos de ganancias en los resultados del desarrollo y, en segundo lugar, el costo de la prestación de servicios de nutrición materno-infantil a escala nacional. Por medio de Perfiles<sup>5</sup> se proporciona estimaciones de los beneficios económicos que se derivarían de una mejor nutrición.

Esta herramienta también se utilizó para proyectar los beneficios de invertir en la nutrición, en términos de mejoras en los resultados de desarrollo, específicamente reducción de la mortalidad materna e infantil y la mejora económica mediante la productividad. El costo de la prestación de servicios de nutrición materno-infantil a escala nacional se calculó mediante el desarrollo de un modelo de costos nacionales para programas de nutrición. El estudio contiene las estimaciones que se han generado a partir de estos dos modelos para guiar a los responsables políticos en el ámbito de las intervenciones de nutrición y los costos de los

---

<sup>5</sup> Perfiles es una herramienta electrónica que puede ser utilizada para llevar a cabo un proceso de incidencia y de abogacía a favor de la a nutrición para el cambio de políticas públicas. Perfiles utiliza modelos de hoja de cálculo para estimar las consecuencias funcionales de la desnutrición.

programas de nutrición para su consideración como los planes operativos para la salud, población y nutrición.

Con base en estas estrategias correspondientes al sector salud en general, pero, bajo responsabilidad de la red de servicios de salud en lo particular, se realizan los análisis del tipo de intervenciones resultantes de la promulgación de las políticas sanitarias para la reducción de la desnutrición crónica.

## CAPÍTULO 2: Metodología

## 2.1 Tipo de investigación

La investigación se enmarca en el análisis de políticas públicas, es de tipo mixto por abordar los paradigmas cualitativo y cuantitativo.

La investigación es de tipo secuencial, iniciando por el componente cualitativo el cual provee las categorías para el análisis cuantitativo.

El componente cualitativo utiliza dos tipos de diseño: inicia con un diseño narrativo por el cual se analiza el contexto socio-histórico, en el cual se generaron las políticas públicas que se encaminaron a combatir la desnutrición crónica infantil y se analiza el marco legal que delimita el campo de acción de las políticas, pero, a su vez, es construido por estas.

El diseño narrativo denota la intención de comprender la sucesión de hechos, situaciones, fenómenos, procesos y eventos, en donde se involucran pensamientos, sentimientos, emociones e interacciones, a través de las vivencias contadas por quienes los experimentaron, en este caso, quienes describieron y analizaron el contexto guatemalteco relacionado a la gestación y evolución del sector salud y sus implicaciones en las políticas sanitarias y en la promulgación de leyes, a través de relatos plasmados en libros, artículos, tesis de graduación, reportes y publicaciones oficiales.

El segundo componente del análisis cualitativo se basa en un diseño fenomenológico cuyo propósito principal es explorar, describir y comprender las experiencias de los actores involucrados en el fenómeno de análisis, en el caso de esta investigación, las políticas sanitarias para combatir la desnutrición crónica infantil, y descubrir los elementos comunes de tales vivencias.

Este diseño se complementa con el diseño narrativo que se expuso previamente, éste se enfoca en la conexión o sucesión de eventos, mientras que el fenomenológico se enfoca en la esencias de la experiencia compartida.

El análisis fenomenológico utilizado se considera ser de tipo hermenéutico pues se concentra en la interpretación de la experiencia y parte de definir el fenómeno,

reflexionar acerca de éste, descubrir las categorías esenciales que constituyen la naturaleza de la experiencia de los actores y luego interpretarla a la luz de la vivencia de éstos y del marco teórico que, en este caso, es la determinación multidimensional de la salud.

Con las categorías definidas en la indagación cualitativa, se definen ámbitos cuantitativos, los cuales agrupan una serie de indicadores que alimentan un ejercicio de regresión lineal múltiple de tipo ecológico, el cual establece la correlación entre la desnutrición crónica como la variable dependiente y un grupo de variables consideradas como las variables independientes, agrupadas en diversas categorías, previamente definidas.

Como marco analítico se utilizan diversos enfoques: análisis de las políticas desde un plano normativo y de ciclo de la política, pero tomando elementos de otros marcos analíticos como las decisiones racionales incrementales y las de espacios poliárquicos en la toma de decisiones explicados en el apartado de marco teórico.

## **2.2 Proceso metodológico**

En un primer momento se realiza una indagación de tipo documental y hemerográfico, la cual permitió identificar las políticas sanitarias para la reducción de la desnutrición crónica infantil que se ha promulgado en Guatemala, de 1996 al 2015.

Esta búsqueda se realizó en el repositorio de políticas de SEGEPLAN y en la biblioteca del Congreso de la República, recopilando y sistematizando lo pertinente,, a partir de los informes anuales de los gobiernos antes señalados y los lineamientos de políticas públicas promulgados por la SEGEPLAN. Además, se buscó evidencia de los logros declarados. Con la información se realizó un agrupamiento para cada período de gobierno, según el instrumento de política (leyes, acuerdos, pronunciamientos, declaraciones, estrategias públicas, planes y programas); según la población meta, las acciones realizadas y los logros declarados. Con esta información, se realizó una contrastación entre lo declarado y lo que mostró la evidencia, según las publicaciones oficiales para establecer la suficiencia de la

declaración y delimitar los elementos considerados como centrales en las políticas promulgadas y las intervenciones derivadas.

En un segundo momento, con el objeto de describir y analizar el marco socio-histórico y político del sistema de salud guatemalteco, el cual ha influenciado en el diseño y los resultados de las políticas públicas para la reducción de la DCI en Guatemala. Se realizó una búsqueda en internet por palabras clave en los buscadores: Hinari, pubmed, JStore, Google académico, indagando acerca de la historia del sistema de salud guatemalteco, sus momentos relevantes, actores relevantes y procesos que configuraron su estructura y funcionamiento. Se realizó búsqueda hemerográfica y bibliográfica en las bibliotecas de la Universidad de San Carlos, Universidad Rafael Landívar y se realizaron búsquedas en el Archivo General de la Nación y en la Hemeroteca Nacional.

Se sistematizó la información recopilada de acuerdo con los períodos históricos iniciando en la época colonial, el período independiente, el liberal, el de la revolución de 1944, el de dictaduras militares y el actual. Para cada período, se indagó acerca de los hitos en el desarrollo del sistema de salud, respecto de la forma como se organiza y la población que atiende y los modelos de atención. En cada período se identificaron los rasgos definitorios y sus implicaciones para la formulación e implementación actual de las políticas.

En un tercer momento se procedió a identificar, recopilar y analizar el marco legal que ha resultado de las políticas para la reducción de la DCI en Guatemala, pero que, al mismo tiempo, las delimita. Para ello se realizó una búsqueda en la base de datos "In File", con las palabras clave: desnutrición crónica, seguridad alimentaria, inseguridad alimentaria, derecho a la alimentación, derecho a la salud. Se realizaron búsquedas en la literatura gris, a través de los buscadores Google académico y JStore, referente al análisis de marcos legales de la seguridad alimentaria y el combate a la desnutrición en Guatemala. Los datos recabados se organizaron de acuerdo con la naturaleza de la ley, es decir, si son instrumentos internacionales, nacionales, sectoriales o institucionales. Los análisis se organizaron de la misma forma.

En un cuarto momento, cuando ya se habían identificado las políticas promulgadas, el contexto socio histórico que les había dado origen y el marco legal que las delimitaba, se identificaron los actores involucrados en los procesos de formulación e implementación de las políticas y se procedió mediante un diseño fenomenológico hermenéutico a identificar cuáles son los elementos conceptuales y operativos relacionados con el diseño e implementación de las políticas públicas para la reducción de la DCI en Guatemala, desde la perspectiva de los actores identificados.

Para esto se realizaron entrevistas semi estructuradas a varios actores clave, entre los que se incluyeron cuatro niveles: 1) decisores de alto nivel; 3 ex ministros de salud, una ex secretaria de SEGEPLAN, un ex secretario de SESAN; 2) decisores intermedios: 2 vice ministros de salud, 2 jefes de área, 2 jefes de distrito, 1 nutricionista de área de salud, 1 enfermera de área de salud; 3) decisores operativos: 2 auxiliares de enfermería, de puestos de salud; 4) usuarios de los servicios: 2 presidentes de Cocode, 1 alcalde indígena. En total, se realizaron 19 entrevistas.

Con la información de las entrevistas, se obtuvieron las categorías relacionadas con la identificación de los elementos que contribuyen a la falta de resultados de la política, no se identificaron elementos que podrían favorecer el buen desempeño de la política. Con las categorías identificadas, y utilizando los argumentos del marco teórico se procedió a obtener información documental confirmatoria, utilizando búsquedas documentales en revistas, reportes, literatura gris y publicaciones institucionales.

Parte de la búsqueda de datos confirmatorios, dio oportunidad a un quinto momento en el que, desde una perspectiva cuantitativa, se Identificar cuáles son los elementos del contexto social, demográfico, económico, social, medioambiental, políticos, de condiciones de vida y provisión de servicios que permiten predecir la prevalencia de la DCI y si estos han sido tomados en cuenta para el diseño de las políticas sanitarias para la reducción de la DCI.

Con este fin, se realizó un ejercicio de regresión lineal, de esta manera correlacionar la desnutrición crónica infantil con una serie de variables cuantitativas, agrupadas de acuerdo con las categorías que emergieron de las entrevistas y del marco teórico conceptual, a saber: salud, salud reproductiva, condiciones de vida, inversión en salud y provisión de servicios, todas con desagregación departamental. Se obtuvieron 142 variables asociadas con la DCI, agrupadas en 19 categorías, las cuales surgen del marco explicativo de la DCI propuesto por UNICEF, en el que se establecen tres niveles de causas: las inmediatas, relacionadas con obtener y utilizar alimentos; las intermedias relacionadas con las condiciones de vida que habilitan o no la alimentación, y las estructurales, relacionadas, las categorías elegidas son las descritas previamente. Se utilizaron como fuentes: las bases de datos de mortalidad, servicios y estadísticas vitales publicadas por el Instituto Nacional de Estadística de 2014, anexos estadísticos del Informe Nacional de Desarrollo Humano 2015, ENCOVI 2014, ENEI 2014, ENSMI 2014-2015, Informe final de ODM de SEGEPLAN y la base de datos de situación de país del IARNA-URL.

Con esta información se realizó un estudio ecológico, utilizando un nivel de desagregación por departamentos. El ejercicio buscó establecer cómo varía el valor medio de la prevalencia de la DCI en la medida que interactúa con otras variables, las cuales tienen un rol asimétrico y, por lo tanto, no son intercambiables.

Como punto de significancia estadística se utilizó una  $P < 0.2$  (especialmente por ser un ejercicio ecológico). (García-Granero, 2015).

El modelo permitió delimitar 9 variables con un alto valor predictivo a nivel departamental, lo cual fue contrastado con los valores reales de la prevalencia de DCI para 2015.

Con la información recopilada en los cinco momentos descritos, se procedió a realizar el análisis global buscando los significados que emergen de los componentes cualitativos y cuantitativos para arribar, finalmente, a la discusión, conclusiones y recomendaciones.

### **2.3 Aspectos éticos**

Para esta investigación, en su componente cualitativo narrativo, se utilizó información pública y sin alusión personal alguna, excepto presidentes por aludir sus períodos en el poder ejecutivo, pero que se consideran personajes públicos, no se requirieron permisos específicos, más que citar las fuentes de publicación. El componente cualitativo de diseño fenomenológico se basó en entrevistas semi estructuradas para lo cual se utilizó el consentimiento informado de los actores entrevistados (ver anexo 5).

## CAPÍTULO 3: Presentación de resultados

### **3.1 Las políticas sanitarias promulgadas durante el período 1996-2015**

Las políticas pueden tomar distintas formas para su promulgación, en algunos casos debutan como leyes, en otras como acuerdos gubernativos o ministeriales, en otras se publican como planes estratégicos y en otras como políticas propiamente dichas, pero sin respaldo legal o administrativo.

Indistintamente de cómo se promulgan, éstas expresan varias situaciones: en primer lugar, podrían ser una expresión de la preocupación pública acerca de un problema en particular, sin embargo, en ocasiones la política refleja la preocupación o el interés de un grupo específico o en ocasiones, de un funcionario particular.

En segundo lugar, es una expresión del grado y profundidad de la comprensión de las causas del problema, pues en la política se expresan las soluciones que requieren, por supuesto, un esquema teórico conceptual, no siempre explícito sobre la naturaleza del problema, su red causal y la opción elegida para enfrentar el problema.

Y, en tercer lugar, la política lleva de forma intrínseca su alcance, en cuanto a la población que busca afectar positivamente, su temporalidad, su respaldo de recursos y los niveles de coordinación y cooperación interinstitucional esperados.

Estos tres aspectos no necesariamente se expresan de forma explícita, pero, de acuerdo con su redacción y alcances expresados, es posible asociar cada una de las políticas a una población particular.

Para los fines de esta investigación, las políticas sanitarias, que de manera directa o indirecta buscan la reducción de la desnutrición crónica, son agrupadas de acuerdo a cada período de gobierno, entre 1996 y 2015. Para ordenar las políticas y facilitar su análisis, se agrega para cada período un inventario de los programas, estrategias asociadas, las acciones realizadas y los logros declarados por cada gobierno. (ver anexo 2)

## **Gobierno de Álvaro Arzú**

Con la llegada del gobierno del Partido de Avanzada Nacional (PAN), en 1996, se instaura una administración orgánica al sector empresarial, que contó con la legitimidad de haber llegado al poder a través de las urnas. Es durante este gobierno que se firman los *Acuerdos de Paz* y se modifica una serie de leyes y normativas que viabilizaron la estrategia de provisión de servicios de salud, diferenciados para personas empobrecidas y para aumentar la participación privada en la entrega de servicios.

Dentro de los *Acuerdos de Paz*, el *Acuerdo respecto de Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria* (Universidad Rafael Landívar IDIES 1997), se dedicó un capítulo a la salud, el cual inicia con la declaración de la necesidad de una reforma del sector, sin indicar qué tipo de reforma, ni proveer lineamientos para la misma. Las prioridades declaradas son, entre otras, la reducción de la desnutrición infantil y la reducción de las muertes maternas e infantiles, en total coincidencia con las prioridades propuestas por los planteamientos de reforma en marcha.

Durante este mismo período de gobierno se promulgó el *Código de Salud (Decreto Legislativo 90-97)* (Decreto del Congreso de la República 90-97 1997), en el cual se establece que el MSPAS es responsable de coordinar el sector salud y para los fines de este análisis, es quien debe coordinar los esfuerzos sectoriales, junto con otros ministerios y la sociedad organizada para asegurar una adecuada alimentación de la población (artículo 47). Además, se establece (artículos del 78 al 91) que el Estado debe garantizar el acceso universal al agua potable y que el MSPAS es el encargado de normar y vigilar la adecuada conservación de las fuentes de agua, la desinfección y tratamiento del agua que las municipalidades distribuyen a la población y el certificar estos eventos. Esta normatividad ya existía en el Código de Salud anterior, por lo que se refrenda la responsabilidad del MSPAS en la vigilancia de la calidad del agua.

Otro instrumento legal de este período de gobierno fue la promulgación de la *Ley del Organismo Ejecutivo* (Decreto del Congreso de la República número 114-97 de 1997), en donde, a través del artículo 39, se asignan las funciones al MSPAS, entre

las cuales se incluyen: la formulación y seguimiento de la política y planes de salud; la administración descentralizada de los programas de promoción, prevención rehabilitación y recuperación de la salud, enfatizando que deben propiciar los mecanismos público-privados en esta tarea y la implementación de nuevas formas de financiamiento y mecanismos descentralizados de fiscalización social; la propuesta de normas técnicas para la prestación de servicios y la propuesta de normas técnicas, en coordinación con el Micivi, para el desarrollo de la infraestructura del sector salud; proponer la normativa de saneamiento ambiental y vigilar su aplicación; realizar estudios y proponer las directrices para la ejecución de programas de vigilancia y control epidemiológico; administrar en forma descentralizada el sistema de capacitación y formación de recursos humanos en el sector salud; así como, velar por el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales relacionados con la salud, en casos de emergencia por epidemias y desastres naturales. Se mencionan los aspectos ambientales pues en todas las estrategias para la reducción de la DCI mencionadas en el capítulo del marco teórico, se establece que una adecuada nutrición infantil está relacionada en forma directa con el acceso a agua segura, alimentos seguros y ambientes libres de contaminación.

Para complementar esta *Ley*, se promulgó el *Reglamento Orgánico Interno del MSPAS* mediante el *Acuerdo Gubernativo 115-99* donde se establece la estructura orgánica vigente, es a través de la cual se proveen los servicios de combate a la DCI hasta la actualidad.

Además de las leyes anteriores, durante este período de gobierno también surgió y se consolidó la Comisión Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Conasán) la que elaboró la propuesta de la «Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional» y el «Plan de Acción en Alimentación y Nutrición 1996-2000» y un marco institucional para su implementación.<sup>6</sup> La Conasán resultó de esfuerzos e iniciativas de períodos anteriores de gobierno, pero fue en 1996 cuando, finalmente,

---

<sup>6</sup>El antecedente del Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria fue la Comisión Nacional de Seguridad Alimentaria, fundada por la Segeplan en 1990, siendo esta la que elaboró el primer plan para atender los problemas de inseguridad alimentaria y nutricional.

se integró y consolidó. La formación de esta Comisión marca el inicio de la institucionalización del esfuerzo por combatir la DCI desde una perspectiva de la política pública y del enfoque de seguridad alimentaria, pasando de ser un Concejo adscrito a la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (Segeplan), hacia una Comisión dependiente de forma directa de la Presidencia de la República.

Durante ese período se adopta el esquema de seguridad alimentaria y nutricional basado en 4 pilares de análisis: la producción de alimentos, el acceso a los mismos, el consumo y la utilización biológica. Este esquema deja clara la naturaleza intersectorial del problema, aunque no logra establecer cuáles son los vínculos de estos ámbitos entre sí, ni cuáles son los mecanismos por los que se produce sistémicamente la DCI.

Desde una perspectiva operativa de las reformas del Estado y de forma particular las del sector salud, para la implementación de servicios se desarrolló el Programa de Extensión de Cobertura (PEC),<sup>7</sup> el cual, no obstante ser concebido como un proyecto piloto para ser desarrollado en Escuintla, Alta Verapaz y Chiquimula, en el lapso de un año, sin evaluar la eficacia y efectividad, se expandió a la mayoría de los departamentos.

Este modelo de provisión de servicios del primer nivel, basado en la entrega de un paquete básico de servicios,<sup>8</sup> se convirtió en el mecanismo de entrega de servicios

---

<sup>7</sup>Modelo basado en la contratación de ONG prestadoras de servicios de salud, mediante la adjudicación de una jurisdicción de 10,000 habitantes. a quienes debían proveer un paquete básico de servicios preventivos, utilizando para la atención casas o locales proveídos por la comunidad a donde el médico o la enfermera ambulatoria acudía una vez por mes a cada comunidad. El programa se basaba en personal 90% voluntario y la ONG era remunerada mediante un pago per cápita que osciló entre 7 y 12 USD anuales. La supervisión estaba a cargo del MSPAS.

<sup>8</sup> El paquete básico de servicios incluyó: atención a la mujer embarazada mediante control prenatal, entrega de micronutrientes, atención del parto y puerperio (sin especificar en qué servicio), atención interconcepcional; atención infantil y preescolar, mediante vacunación, control de infecciones respiratorias agudas, control de diarrea/cólera, evaluación y atención nutricional en menores de 2 años, atención a la demanda de emergencia y morbilidad mediante atención de la diarrea/cólera, dengue/malaria, tuberculosis, rabia y ETS/SIDA y atención al medio mediante control de vectores, control de zoonosis, disposición sanitaria de excretas y basuras, control de la calidad del agua. Posteriormente el “paquete” se amplió a atención a la mujer en edad fértil mediante la detección precoz del cáncer (Papanicolaou) y planificación familiar, atención infantil y preescolar mediante la evaluación y atención nutricional de menores de 5 años y atención de emergencias y morbilidad mediante la atención de la demanda comunitaria según capacidad resolutive. Todo este paquete era brindado por personal voluntario, con mínima capacitación, y respaldado por un médico o enfermera ambulatoria con sus visitas mensuales.

de salud para las comunidades rurales del país. Desde 1997 a 2013<sup>9</sup>, el PEC fue el modelo vigente de provisión de servicios en el primer nivel y en este programa descansó la implementación de lo que posteriormente se llamó “intervenciones de la ventana de los Mil Días -VMD-<sup>10</sup>”.

### **Gobierno de Alfonso Portillo**

Durante el siguiente período de gobierno (2000-2004), bajo la presidencia de Alfonso Portillo, dando seguimiento a los compromisos adquiridos en los *Acuerdos de Paz*, se promulgaron leyes que generaron un marco legal para la participación social en la política pública. De estas, las más relevantes para el análisis del entorno legal y normativo para la reducción de la DCI están la *Ley General de Descentralización (Decreto No. 14-2002)*, la *Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural (Decreto No. 11-2002)* y la *Ley de Desarrollo Social (Decreto No. 42-2001)*.

Si bien la VMD no plantea la participación social como parte de su estrategia,<sup>11</sup> la implementación de las intervenciones, o, cualquier intervención de salud en una comunidad (Bronfman & Gleizer, 1994), requiere que las comunidades sean conscientes de la situación nutricional, que la asuman como problema y que la integren en sus prioridades, pues, de otra manera, este asunto seguirá siendo marginal frente a otros problemas como el agua, la violencia, la propiedad de la tierra y la conflictividad por el territorio, entre otros. Por ende, los canales oficiales

---

<sup>9</sup>En el año 2013 se promulgó el Decreto No 13-2013 del Congreso de la República, correspondiente a las Reformas a los decretos 101-97 del Congreso de la República, Ley Orgánica del Presupuesto; 31-2002 del Congreso de la República, Ley Orgánica de la Contraloría General de Cuentas; y 1-98 del Congreso de la República, Ley Orgánica de la Superintendencia de Administración Tributaria. En este decreto, de acuerdo con los artículos 21 al 23 y 76-77 se obliga al MSPAS a desarrollar capacidades para atender el primer nivel de atención en sustitución de las ONG, y se establece como límite para realizar los cambios un umbral de tres períodos de ejecución del presupuesto, a partir de la publicación del decreto (es decir, hasta 2016).

<sup>10</sup> Una serie de trece intervenciones para reducir la prevalencia de desnutrición crónica infantil que se desarrollan más adelante en este texto.

<sup>11</sup> De hecho, la VMD se plantea como una serie de intervenciones probadas en diferentes contextos que tienen resultados positivos en la reducción de la DCI, pero la publicación que le dio origen no plantea el cómo deben ser realizadas estas acciones. Véase: (<http://www.thelancet.com/series/maternal-and-child-undernutrition>)

de los Consejos Comunitarios de Desarrollo (Cocodes) se constituyen la arena donde se discuten esos temas y se convierten en prioridades.

En el tema específico de combate a la DCI, se creó el Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Gobierno de la República de Guatemala, 2002) y el Viceministerio de Seguridad Alimentaria y Nutricional, adscrito al Maga (Gobierno de la República de Guatemala, 2003). Estos nuevos espacios políticos fueron en parte, el resultado de que el tema de la DCI se posicionó como un asunto de agenda pública y política. El Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, recién creado, se derogó dos meses después.

Otros dos eventos importantes para la reducción de la DCI sucedieron en este período de gobierno. El primero fue la promulgación de la «Estrategia Nacional de Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia» (AIEPI 2000), la cual incluye la atención de las enfermedades inmunoprevenibles, las infecciones respiratorias agudas (IRAS) y la enfermedad diarreica, la promoción de la lactancia materna y la alimentación complementaria entre otras.<sup>12</sup> Esto no solo forma parte de las intervenciones de la VMD, sino refuerza otras intervenciones necesarias como el reconocimiento de los signos de peligro, la búsqueda de atención, el trabajo participativo de la comunidad en los problemas de salud y la formación constante del personal en salud. En términos generales, esta estrategia busca mejorar las prácticas sanitarias de las familias y las comunidades y el trabajo en red de los servicios y tiene un impacto directo en las condiciones nutricionales de los niños y niñas.

El segundo se refiere a la implementación dentro del MSPAS del Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR) y el Programa de Salud Integral a la Niñez y Adolescencia (PSINA). Ambos desarrollan las normas de atención para madres y niños e incluyen las intervenciones que más tarde se conocerían como la VMD. Entre estas normas se incluyen las guías alimentarias para menores de dos años.

---

<sup>12</sup> Como se mencionó anteriormente, estas intervenciones se hacían y estaban consignadas en las normas desde inicios de los años 80.

En términos de la reducción de la DCI, la Ensmi 2002 hizo manifiesto que, entre 1995 y 2002, ésta se redujo de 55.2% a 54.3% en menores de cinco años. Claramente las intervenciones, las políticas y la atención prestada al problema no estaban surtiendo efecto.

### **Gobierno de Oscar Berger**

Durante el siguiente período de gobierno 2004-2008, bajo la presidencia de Oscar Berger, se promulga la *Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Decreto 32-2005)* y con esto se crea el Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Sinasán), el Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Conasán) y la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia de la República (Sesán).

El plan de gobierno establece como una de sus prioridades en salud la reducción de la DCI (sin especificar cuánto, en dónde, ni cuándo). El 13 de julio de 2006, el Conasán aprueba la *Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional* y, posteriormente, la «Estrategia Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica» (ENRDC). Durante este período, se continúa con la implementación de las intervenciones mediante el PEC y se implementa el programa «Creciendo Bien» que se limita a la detección de niños y niñas desnutridas mediante mediciones antropométricas, derivándolos a los servicios regulares del MSPAS.

Para el caso se abren 58 centros de recuperación nutricional y se consolida y expande el programa de refacción escolar. Las leyes promulgadas en este período, sin duda consolidan el combate a la DCI como un asunto importante en la agenda de gobierno, sin embargo, las intervenciones en esta materia son asistenciales y de diagnóstico, sin trascender estos enfoques.

La *Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional* promulgada en 2005 aún está vigente y provee los lineamientos generales para enfrentar diversos problemas y, en particular, la DCI. Se avanza en la caracterización del problema de la inseguridad alimentaria y en la consecuencia representada por la DCI. Se reconoce el derecho a la alimentación, se establece la gravedad del problema de la DCI, no solo a nivel general en el país, sino en las regiones rurales habitadas por población

indígena, en donde la prevalencia de DCI es el doble de la encontrada en lugares urbanos habitados por población mestiza.

En cuanto a las causas, se reconoce que existen importantes problemas de producción de alimentos, de capacidades de abastecimiento de los mercados y las familias, situación que se ve agravada por los desastres naturales. Se reconoce que el acceso de las familias a los alimentos se ve reducido de manera muy importante por la pobreza, los bajos salarios, el costo de la canasta básica y la falta de oportunidades. Asimismo, se enfatiza que una de las causas/consecuencias de los problemas de acceso ha derivado en cambios en el patrón de consumo de los alimentos, lo que ha incrementado uso de alimentos con poco valor nutricional (pero más accesibles), estimulados por la publicidad y el mercadeo de comida chatarra.

En cuanto a la utilización biológica de los alimentos se despliegan una serie de datos que muestran el incremento de enfermedades diarreicas en niños y niñas, vinculadas a problemas de saneamiento y el pobre acceso al agua potable en las comunidades rurales. En la parte diagnóstica y relativa al análisis del contexto que impacta la seguridad alimentaria en el país, se enfatiza el papel de la desigualdad social y económica.

Como sustento filosófico y marco teórico se expresa una serie de principios, cuyo eje central es la responsabilidad del Estado, garantizar el derecho a la alimentación, la transparencia en el manejo de los recursos, la descentralización y la participación ciudadana entre otros.

Como lineamientos generales se avanza del plano normativo al estratégico y se establecen cinco ejes transversales y nueve objetivos estratégicos. Los ejes transversales se entienden como aquellos temas cuyo contenido debe ser aplicado de forma sistemática, en forma intrínseca, integral y apropiada en todos los contenidos de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

Los ejes transversales son: la consideración del ambiente y su sostenibilidad, la priorización en la población vulnerable (identificada como las madres y los niños que habitan las zonas rurales), la salud, la vulnerabilidad ante los desastres

naturales y el agua. Los objetivos estratégicos utilizan los ámbitos de la seguridad alimentaria: promover la producción, asegurar el acceso, mejorar el consumo y mantener a la población saludable para propiciar una buena utilización biológica,

En cuanto a los objetivos planteados por la *Política*, se retoman los cuatro pilares de la SAN y se agrega el control de la calidad de los alimentos, la regulación de la ayuda alimentaria, la creación y utilización de un sistema de información, el establecimiento de mecanismos de prevención de la sub y la sobre alimentación y la coordinación intersectorial (Segeplan, 2005).

La política plantea 11 estrategias para el logro de la seguridad alimentaria y nutricional (SAN) y con esto la reducción de la DCI; éstas se presentan en un listado continuo, sin embargo, es posible establecer categorías:

a) **Condiciones habilitadoras:** se declara la necesidad de establecer un Sistema Nacional de SAN, la creación de un sistema de información que aglutine la información de vigilancia de los problemas nutricionales, las acciones desarrolladas para su control y sus resultados e impactos, además, se plantea la necesidad de sensibilizar a las instituciones de gobierno, la sociedad civil y a cooperación internacional. Es notoria la ausencia del involucramiento del sector privado en todas las argumentaciones, con excepción de generar condiciones para mayor producción, sin considerar la reducción de desigualdades. En esta misma categoría, se establece que se debe promover la formación de capital humano y la participación ciudadana. Otra estrategia en este ámbito es la inclusión de las políticas de SAN en las políticas de desarrollo.

b) **Condiciones económicas:** se menciona una estrategia que busca la generación de empleo, a partir de las acciones o políticas que contribuyan a la SAN y otra estrategia que busca promover sistemas de producción sostenible, haciendo énfasis en el fortalecimiento de cadenas productivas y la reducción de la intermediación entre productores y comercializadores.

- c) **Estrategias operativas:** entre estas están la priorización poblacional y territorial, el respeto a la diversidad étnica y cultural, la respuesta a emergencias y la concertación de actores involucrados.

Además de los objetivos y los ejes estratégicos, la política plantea un desarrollo táctico mediante el desarrollo de ejes programáticos que proponen una serie de acciones para cada uno de los pilares de la SAN y, con ello, agregan la prevención de la desnutrición, la consolidación del sistema de información, el fortalecimiento institucional, la mayor asignación de recursos y el alineamiento de la cooperación internacional.

### **Gobierno de Álvaro Colom**

En el siguiente período de gobierno 2008-2012, bajo la presidencia de Álvaro Colom, se promulgó el *Plan Estratégico de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PESAN 2009-2012)* (Conasan, 2009) que se basaba en las políticas sociales del gobierno, de las cuales la más relevante fue el programa «Mi Familia Progresá». Esta política se basó en otorgar a familias seleccionadas, con base en criterios de pobreza, marginalidad y vulnerabilidad, una transferencia en efectivo, que estaba condicionada a la asistencia escolar de niños y niñas y a la asistencia a cuidados preventivos y curativos en los servicios de salud. Esto incrementó la producción de servicios y la utilización de insumos como vacunas, micronutrientes y alimentación complementaria provista en los puestos y centros de salud.

Además de esta política, se implementó la “gratuidad” de los servicios (en realidad se hizo valer el mandato constitucional para no cobrar por los servicios, pues en los gobiernos anteriores, iniciando con el de Álvaro Arzú, se implementó la modalidad de patronatos en los hospitales públicos; donde se solicitaba una «donación» para la atención, lo que constituyó una barrera al acceso). Esta política tuvo importantes consecuencias en la cobertura de las intervenciones de la VMD, sin embargo, no se midió el efecto.

Otra estrategia importante fue establecer la obligatoriedad de reportar la desnutrición crónica y aguda (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2009), declarando estas condiciones sujetas de vigilancia activa. Además de lo anterior, en las «Normas de Atención en Salud Integral para el Primero y Segundo Nivel» se implementó el enfoque de ciclo vital, aunque en las prioridades nacionales seguían como sujetos de atención las madres y los niños solamente.

### **Gobierno de Otto Pérez Molina y Alejandro Maldonado Aguirre**

En 2012, bajo el mandato presidencial de Otto Pérez Molina, el gobierno lanzó la estrategia/política del Pacto Hambre Cero (PH0) que buscaba mejorar la seguridad alimentaria y nutricional para reducir los altos niveles de desnutrición crónica, la cual afecta, sobre todo, a la población indígenas y en condición de pobreza en las zonas rurales, especialmente en el occidente del país. Como parte de los esfuerzos se priorizaron los 166 municipios con mayores índices de desnutrición crónica.

Dicho pacto fue concebido como parte de «los acuerdos nacionales de corte estructural que pretendían consolidar los cimientos de la política social, el desarrollo económico y productivo, al respecto, el PHC se declaró como un compromiso de Estado, en el que se buscó reconocer que la desnutrición y la pobreza no son condiciones naturales de la sociedad y fue necesario un esfuerzo conjunto, de todas las fuerzas sociales, para su combate; especialmente para enfrentar sus causas inmediatas, pero sin olvidar las raíces estructurales que las determinan y que están relacionadas con la pobreza y la ausencia de desarrollo (Save the Children: Icefi, 2014).

Uno de los objetivos que perseguía dicho Pacto era disminuir en 10% la prevalencia de la desnutrición crónica infantil, en un plazo de cuatro años, lo cual sería la base para una reducción del 24% en los próximos diez años y, con ello, contribuir, también, al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Para la ejecución del Plan se establecieron tres componentes estratégicos, que fueron acompañados de las siguientes acciones.

- a) Componente directo.
- b) Componente de viabilidad y sostenibilidad.
- c) Ejes Transversales.

Una de las acciones específicas para combatir la desnutrición crónica fueron las acciones propuestas por la estrategia de la VMD, cuyo proceso se formuló, tomando como base el Programa para la Reducción de la Desnutrición Crónica 2007-2016 (PRDC) (Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, 2006) y el Programa de Acción para el Fomento de la Nutrición (la iniciativa internacional SUN, por sus siglas en inglés). (Scaling Up Nutrition, 2011).

A la par del Pacto y los esfuerzos en recursos financieros, se planificó y se desarrolló un esquema de monitoreo y evaluación. De esta cuenta, se propuso «la inclusión de un esquema de evaluación de impacto de las acciones sobre variables nutricionales clave, bajo la coordinación general de la Sesán», la Sesán, en conjunto con el Instituto Nacional de Estadística (INE), el Ministerio de Finanzas Públicas - Minfin- y con el apoyo técnico del Instituto Internacional de Investigaciones en Políticas Alimentarias -Iipri- por sus siglas en inglés, iniciaron una serie de encuestas anuales, con la finalidad de tener resultados de medición de impacto hacia 2015, en el combate a la desnutrición en los 166 municipios priorizados. Los primeros resultados indicaron que la desnutrición en los 166 municipios priorizados paso de 59.9% en 2012 a 58.2% en 2013, lo que equivale a una reducción de 1.7%. No obstante, dicha prevalencia se incrementó a 60.6% en 2014

En 2015, en cumplimiento de los mandatos del Sinasán, la Sesán tomó la decisión de actualizar el Plan Estratégico de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Pesán), por un período de cuatro años (2016-2020), que, de forma operativa, continuaba vigente en 2016 con el Plan Operativo para la Seguridad Alimentaria y Nutricional 2016 (POASAN 2016). Este Plan Estratégico, partió de un análisis de las lecciones aprendidas de la implementación del Plan anterior, destacando como las más importantes.

- a) Haber agregado mecanismos y herramientas para la consolidación de un Sistema de Información Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SIINSAN).
- b) Procurar la creación del Viceministerio de Atención Primaria en Salud, con la responsabilidad de orientar la gestión de las acciones para prevenir las enfermedades relacionadas con la desnutrición y operatividad de la VDM.
- c) La adhesión al Movimiento Internacional Scaling Up Nutrition (SUN) y la coordinación de la Plataforma Multi Actores en Guatemala por la Sesán, como punto focal en Guatemala.
- d) Haber iniciado los procesos de monitoreo de los servicios de salud del primer nivel de atención para garantizar las acciones de la VDM y el tratamiento de niños y niñas con desnutrición aguda.
- e) Haber iniciado los procesos para el empoderamiento y apoyo de otros actores nacionales, tales como: sociedad civil, sector privado organizado, organismos no gubernamentales y cooperación internacional.

Otras lecciones invocadas fueron el haber logrado la alineación de la cooperación internacional a las políticas de desarrollo del país, especialmente en apoyo de la política de SAN y haber iniciado procesos de auditoría social y análisis para la toma oportuna de decisiones, a través de estudios y monitoreo de las acciones de la VDM.

Para la construcción de la Estrategia se identificaron como los principales desafíos: lograr mantener e incrementar la valoración del tema de la nutrición como motor del desarrollo nacional; lograr el compromiso político y liderazgo de los diferentes organismos del Estado, tanto en el nivel nacional como en el local; lograr el fortalecimiento institucional y del recurso humano y desarrollar procesos para contar con información confiable y actualizada. Otros desafíos identificados fueron: continuar con el fortalecimiento de mecanismos de coordinación y articulación contra e interinstitucional e intersectorial y de procesos de gobernanza local; crear y consolidar el registro único de beneficiarios para focalizar intervenciones y lograr la integralidad; mejorar la calidad y cobertura en la ejecución de programas

sectoriales con procesos estandarizados; adoptar procesos operativos de planificación integral basado en evidencia, ajustado a las particularidades del contexto nacional y local; reorientar los recursos hacia intervenciones de mayor efectividad; y fomentar la participación informada y el empoderamiento de la sociedad civil en la solución de problemas.

El Plan Estratégico identificó como sus ejes transversales, es decir aquellos elementos que cualquier iniciativa o acción debe considerar: el derecho a la alimentación, la transparencia y la rendición de cuentas, la pertinencia cultural, la equidad de género, y el ambiente y recursos naturales

Se plantearon tres objetivos estratégicos. 1) alcanzar el funcionamiento efectivo de los órganos del Sinasán de forma sostenible, a nivel local, municipal departamental, regional y nacional, acorde a los marcos legales de regionalización y descentralización; 2) fortalecer de manera integral y progresiva la resiliencia de la población, los sistemas y los territorios para enfrentar las amenazas a la SAN; y 3) establecer los acuerdos políticos desde el nivel central hasta el nivel local, para asegurar la implementación del marco normativo vigente para la SAN, como prioridad de Estado en la planificación y presupuesto.

Las políticas y normativas promulgadas durante el período de estudio, relativas al combate de la desnutrición crónica infantil son de diversa naturaleza; algunas, como el Código de Salud, son de índole sectorial y general por lo que no puede catalogarse como específica para combatir la DCI; no obstante delimita el sector y establece la universalidad y la gratuidad de los servicios, situaciones que favorecen las acciones específicas.

El Reglamento Orgánico Interno del MSPAS, logra delimitar la estructura del Ministerio y especifica una serie de funciones que pueden ser favorables para las acciones de combate de la DC; sin embargo, al igual que la anterior, no puede considerarse como específica.

Dentro de las políticas e instrumentos de política que si lo son, se encontraron dos: la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional, que ha dado lugar a la creación de

políticas y planes relativos a la reducción de la DCI, que resulto del esfuerzo de cerca de una década por diferentes actores; la otra es el Plan Hambre Cero, que si bien no fue promulgada como una política de salud propiamente, se comportó como tal al derivar todos los esfuerzos del MSPAS y otras instituciones y contar con soporte presupuestario.

Al parecer, las distintas propuestas para enfrentar la DCI se basan en las mismas concepciones y proponen variantes de los mismos abordajes: promover la coordinación intersectorial, ampliar la participación a sectores no oficiales como las organizaciones de la sociedad civil y sector privado, atender a los niños y niñas en riesgo<sup>13</sup>, a través de la implementación de las acciones de la VMD, atender el problema del agua y promover el mejoramiento de la economía familiar.

A juzgar por lo anterior, el país ha utilizado la misma estrategia para la reducción de la DCI desde 2005 y tiene proyectado continuar sin cambios hasta 2020. Entonces, partiendo de la certeza que la DCI no ha mejorado con el ritmo e intensidad deseadas, surge la interrogante acerca de cuáles son los elementos que no han contemplado estas políticas, o, se han implementado de forma efectiva. En los apartados posteriores se realiza un análisis de estos elementos.

### **3.2 Contexto socio histórico que ha configurado el perfil de salud y nutrición de la población**

En el apartado anterior se presentó cómo las políticas se han mantenido e intervenciones derivadas, sin variaciones significativas, durante el período de estudio y cómo los resultados no han sido satisfactorios; en este capítulo se busca analizar cómo el marco socio-histórico y político del sistema de salud guatemalteco ha influenciado el diseño y los resultados de las políticas públicas para la reducción de la DCI en Guatemala.

Aun, cuando el período elegido para el análisis en esta investigación ha sido de 1996 a 2015, se entiende que todo lo analizado es parte de un proceso social,

---

<sup>13</sup> Entendido el riesgo como habitar en regiones de alta prevalencia de DCI y "factores" asociados como pobreza, ruralidad, etnicidad.

político, cultural y económico que tiene sus orígenes en la construcción del Estado guatemalteco y que se ha venido configurando a través de la historia.

Esta situación, por compleja que sea, configuró lo que ahora es la respuesta social ante los problemas de salud y de forma particular los concernientes a la respuesta a la DCI. A continuación, se presentan algunos datos que se consideran trascendentes y que constituyen el andamiaje histórico social del sistema de salud y su respuesta a la DCI. Sin duda, existen otros datos relevantes, pero el objetivo de este análisis es comprender y explicar cómo el sistema está ligado a otros eventos y procesos sociales, es decir, no hacer una reseña histórica de la atención de la salud en el país. Este análisis socio histórico trata de contribuir a la comprensión de la situación actual de la DCI y, de esta manera, dimensionar las políticas y estrategias promulgadas e implementadas para su reducción

### **Contexto socio histórico**

La forma como se ha configurado y desempeñado el sector salud ha estado ligada, históricamente, al contexto socio económico y político, así como vinculado al desarrollo y construcción del Estado guatemalteco.(Estrada-Galindo, 2008), (Gutierrez, 2008).

Durante La época colonial, la sociedad guatemalteca se caracterizó por una gran polaridad, en la cual, por un lado, existían los indígenas, conquistados y explotados, viviendo en condiciones de esclavitud, la mayor parte de la población, y, por el otro, existía una minoría de españoles y criollos (hijos de españoles nacidos en Guatemala), quienes se atribuían el poder económico y político legitimado por la coerción y la iglesia católica.

Mientras los indígenas padecían de epidemias y su mortalidad era alta, los españoles y criollos tenían menores probabilidades de padecer estos problemas y no estaban sometidos al desgaste físico extremo. La respuesta de la sociedad a los problemas de salud, en ese momento, replicó la polaridad social, pues la salud de la mayoría indígena era atendida por la caridad de la iglesia católica de manera rudimentaria y con una lógica de “reponer” a los trabajadores, mientras que las élites con poder eran atendidas por médicos venidos de España. Por supuesto, los

resultados de los cuidados de la salud eran compatibles con la baja tecnología de la época, pero se diferenciaban entre ambos grupos(Asturias-Barnoya, 1989).

De lo anterior, se deduce que la respuesta social organizada, ante los problemas de salud de la población, se inició con una atención basada en la exclusión y segmentando a la población, de acuerdo con su condición étnica y de capacidad económica. Así, la iglesia se encargó de atender por caridad a la mayoría indígena y la práctica privada de la medicina, legitimada por la autoridad, se encargaba de las personas con capacidad de pago.

Durante la época colonial, la situación no cambió y existen evidencias de que la salud de la mayoría de la población se deterioraba, ello debido a las epidemias la desnutrición y las condiciones deplorables de trabajo(Asturias-Barnoya, 1989, pág. 13).

Luego, cuando ocurrió la independencia de España y durante toda le época pre liberal (1821-1871), las condiciones sociales no cambiaron sustancialmente; las precarias condiciones de vida de la población indígena empeoraban y se consolidaban las élites económicas y políticas. Existe evidencia de que grandes epidemias continuaban diezmando a la población indígena y, como respuestas del incipiente estado guatemalteco, se formaban juntas de salud temporales, poco efectivas y fugaces; además, se mantenían los hospitales y asilos controlados y manejados por la iglesia.

En general, la atención de la salud seguía segmentada por la condición étnica y la capacidad de pago y cuyos principales actores no variaban (la iglesia y los médicos privados). (Asturias-Barnoya, 1989).

En la época liberal (1871-1944), las condiciones de vida y de salud de la mayoría de la población continuaron deteriorándose, situación que se agravó por el despojo de tierras a los indígenas, por parte del estado, para repartirlas entre la elite económica y aristocrática para el cultivo de café. En esa época la mortalidad era de 30 por cada 1000 habitantes, 92% de la población vivía en la ruralidad, 9 de cada 10 eran analfabetas y el país enfrentaba epidemias de tifus y viruela.

A esta situación se agregó la disminución temporal del poder y la influencia de la iglesia católica al asumir el estado la administración del orden social necesario para la producción mercantil. Con esto, las actividades caritativas de atención de la salud también disminuyeron (Asturias-Barnoya, 1989).

Durante esta época, en términos de la atención colectiva de la salud, se consolidó la segmentación de la atención por la capacidad de pago. Mientras las personas con poder adquisitivo accedían a cuidados de la salud por médicos privados, la población en general accedía a cuidados basados en la caridad estatal, bajo una lógica de reproducción de la fuerza de trabajo más que de bienestar de la población.

Bajo este esquema, El sistema de salud ganó complejidad por la creación de la guardia sanitaria con funciones de control de algunos aspectos de la salud, especialmente ambientales, tales como la disposición de los cadáveres y el saneamiento de centros urbanos, asimismo, se iniciaron las acciones de vacunación contra la viruela. Las condiciones de salud se siguieron deteriorando y, ante esta situación, se promulgó el primer código de salud en 1906, sustituyendo a la guardia sanitaria, continuado de manera más formal las acciones estatales a favor de la salud colectiva, las cuales se limitaban a la vacunación, el funcionamiento de algunos hospitales y acciones de saneamiento.

Con el surgimiento de los enclaves bananeros, propiedad de la United Fruit Company en Izabal, las acciones en salud, por parte del Estado, se centraron en atender las epidemias y problemas de salud que afectaban a los trabajadores de estas plantaciones, con la finalidad de no afectar la producción. Para 1920, la mortalidad infantil era alrededor de 92 muertes por cada mil nacidos vivos y las acciones en salud no lograban mejorar la situación. En 1925, se conforma la dirección general de sanidad pública dependiente del ministerio de gobernación: quizás este es el momento cuando surge de manera formal el sector público de salud como encargado de la salud colectiva; sin embargo, aún se desempeñaba bajo la lógica de la recuperación de la fuerza de trabajo para la producción agroindustrial. Es en esta época que, a los actores vigentes del sistema de salud; a saber: iglesia católica y médicos privados, se agrega el sector público de la salud.

Durante el régimen de Jorge Ubico (1930-1940), la agroindustria se expande a la costa sur y con ella los problemas de los trabajadores agrícolas se multiplican. La economía nacional se deterioraba, aceleradamente (Guerra-Borges, 2007), lo que impactaba, especialmente a las personas más pobres. A esto se agregó que, durante este régimen, se realizó un importante recorte del gasto público, incluyendo el de salud: por la época, la mortalidad era de 19 por cada mil habitantes y las muertes por gastroenteritis eran la causa principal de las defunciones lo que da una idea de las condiciones de vida. Ante las muertes de trabajadores agrícolas, a quienes no era posible “reponer”, se responde con migración interna.

Mientras tanto, el incipiente sector público de la salud respondía, primordialmente a los intereses de la agroindustria extranjera y local y su lógica continuaba siendo la de recuperación de la mano de obra. Los actores de manera formal eran los mismos, pero se agregaba una profunda influencia de la Fundación Rockefeller que impulsaba actividades para “sanear” de epidemias las tierras de la bananera (Asturias-Barnoya, 1989).

Con el advenimiento de la revolución de 1944 y los gobiernos de Juan José Arévalo y Jacobo Árbenz, ocurrieron profundas transformaciones del estado y su aparato público. Se creó el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social mediante el decreto legislativo No. 93, se otorgó autonomía a los municipios, se promulgó el código de trabajo y se creó el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; por tanto, se creó formalmente el actual subsector público de salud.

En ese proyecto político se incrementó de manera importante el gasto social del estado y se destinaron más fondos para la salud (Asturias-Barnoya, 1989); a pesar de los esfuerzos, la morbi-mortalidad por problemas infecciosos y carenciales aún era extenso; la mortalidad general era de 17 por mil habitantes y la mortalidad infantil era de 102 por cada mil nacidos vivos.

En la constitución promulgada durante este período, el estado asume la responsabilidad de atender la salud de la población y genera las condiciones para lograrlo al crear la institucionalidad necesaria, bajo un proyecto que pretendía industrializar el país y que, eventualmente, todos gozarían de los beneficios del

seguro social. El sistema de salud continúa con los mismos actores, la lógica y dinámica de operación, se mueve desde la protección de los intereses agroindustriales a través de la reposición de la fuerza de trabajo, hacia una salud pública más incluyente.

En 1954, Con el derrocamiento de Árbenz, se dio marcha atrás en muchas políticas sociales que afectaron las condiciones de vida y, por ende, la salud. Se bien, las condiciones de salud no habían mejorado sustancialmente, las condiciones de vida tendían a mejorar, especialmente para los segmentos más pobres.

Quizás lo que más impacto tuvo en las condiciones de salud, como secuela de este cambio político, fue que las mejoras en las condiciones laborales de los trabajadores agrícolas se revirtieron al reducirse los salarios y regresar a una gran cantidad de campesinos propietarios de tierra, a la condición de trabajador agrícola en las deplorables condiciones que ofrecía la agroindustria (Guerra-Borges, 2007).

A partir de este momento, se sucedieron una serie de dictaduras militares hasta el año 1986, cuando se inicia el período de democracia liberal. Durante este período se inició el conflicto armado interno que afectó profundamente el aparato productivo del país y agregó las secuelas de la violencia exacerbada al perfil de los problemas de salud. La economía del país se deterioró de manera importante, hubo fuga de capitales y una contracción de las capacidades productiva y de absorción de la fuerza de trabajo; Las condiciones de vida sufrieron una severa depresión, se produjeron muchas muertes durante los 36 años del conflicto: entre 43,000 y 200,000, según la fuente que se consulte; las migraciones internas y externas y el crecimiento de la informalidad laboral fueron las estrategias de sobrevivencia, esta última de manera especial en las áreas urbanas (Gutierrez, 2008).

Las acciones del Estado, enmarcadas en la guerra fría, y con el respaldo del gobierno de los Estado Unidos de Norteamérica permaneció inmerso en una política y accionar anti insurgente que buscaba proteger los intereses de las grandes corporaciones extranjeras y las posesiones de las élites nacionales.

El sector público de la salud continuó bajo la conducción del Ministerio de Salud, con bajo presupuesto e inversión; el IGSS parecía permanecer en un estado de muy bajo crecimiento de programas y servicios y el crecimiento del sector informal desaceleró la afiliación. El sector privado de la salud se diversificó, consolidándose diversas agrupaciones de prestadores privados y la industria farmacéutica surge como otro actor importante del sector, su crecimiento fue lento.

En cuanto al modelo desarrollado por el Ministerio de Salud, se implementó una estructura basada en niveles de atención, de acuerdo con la complejidad y capacidad de resolución. Con esto se buscaba extender la cobertura de los servicios de salud, pero los criterios para la ubicación de estos estaban matizados por la lógica de las estrategias militares anti insurgentes. Sin embargo, se puso énfasis en la construcción de infraestructura, especialmente de puestos de salud y hospitales regionales, no se dotaban de personal ni insumos, por lo que los impactos en las condiciones de salud de la población no se hicieron visibles (BID, 1991).

En la década de los 80, en un marco de una economía deteriorada, un profundo endeudamiento público y cambios geopolíticos regionales cambiantes, se fomentó un nuevo modelo de Estado, impulsado por el consenso de Washington. Este modelo propugnaba por un marco macroeconómico equilibrado; un gobierno de menores dimensiones y eficiente; un sector privado eficiente y en expansión y programas destinados a la reducción de la pobreza. En este contexto, se expande la influencia de las agencias de cooperación técnica como la Agencia para el Desarrollo Internacional de Estados Unidos de Norteamérica -USAID- y financieras como el Banco Interamericano de Desarrollo -BID- y el Banco Mundial -BM-, lo que hace que a los actores tradicionales (iglesia, gobierno y sector privado lucrativo) se agregue este nuevo actor (Gutierrez, 2008).

En 1985, se promulga una nueva constitución de la república y se reconoce la salud como un derecho ciudadano bajo la responsabilidad del estado. El Estado, además, reconoce la falta de acciones a favor de la mayoría de la población y propone en sus planes de gobierno el denominado “pago de la deuda social”. Lo contradictorio de esta declaración es que, simultáneamente, se despoja al estado de los medios

para la implementación de una política social coherente con el discurso al erosionar la base tributaria (Gutierrez, 2008).

En lo que concierne a la salud, se propusieron como objetivos: incrementar la asignación presupuestaria de la salud, iniciar un programa en busca de abaratar los medicamentos, enfatizar en las actividades preventivas, especialmente en las poblaciones identificadas como de alto riesgo como las madres y niños. Durante los años 1990 y 91, se realizó el “estudio Básico del sector salud” auspiciado por el Banco Interamericano de Desarrollo, la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud. Este estudio analiza el perfil de morbilidad y mortalidad prevaleciente, la estructura y dinámica del sistema de salud y hace recomendaciones operativas para la transformación de esa realidad (BID, 1991).

En este estudio se identifica que para 1990, cerca del 50% de las muertes son atribuibles a los problemas infecciosos y carenciales siendo la población infantil y mayor de 65 años las más severamente afectadas. Un 12 % de las muertes eran atribuibles a problemas crónicos y degenerativos y un 5% a la violencia. Los problemas del sector salud que son identificados en el estudio básico son i) las bajas coberturas de los servicios; ii) la falta de coherencia entre los contenidos de la atención y los problemas de salud identificados; iii) las deficiencias del recurso humano; iv) el bajo financiamiento público; y, v) las dificultades políticas para la implementación de la estrategia de atención primaria en salud.

Este perfil y análisis de los problemas de salud y del sector fueron el punto de partida para la propuesta de reforma del sector y, en Guatemala, se inició con el proyecto sectorial de salud en 1994.

Esta reforma se enmarcó en un proceso de reformas del estado y, en el caso particular del sector salud, adquiere carácter operativo con el Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud I, (PMSSI); el cual fue financiado por el BID, a través de un convenio préstamo que se firmó en 1995, al final del gobierno de Ramiro de León, pero no entró en vigor sino hasta la asunción del gobierno de

Álvaro Arzú que inició en 1996<sup>14</sup>. La llegada al gobierno de Álvaro Arzú, como candidato del Partido de Avanzada Nacional (PAN), marcó un nuevo período político en Guatemala, pues, a finales de 1996, se firma el último Acuerdo de Paz con lo que se da por terminado el enfrentamiento armado interno que llevaba 36 años de duración. En los Acuerdos de Paz, el Estado guatemalteco se comprometía a llevar a cabo una reforma de salud y se planteaba diversas metas, en cuanto a la disminución de ciertos indicadores de salud y aumentos en el presupuesto para esta área social<sup>15</sup>.

El PMSS I incluyó tres componentes: Programa de Extensión de Cobertura, Pro-hospital y asistencia al Seguro Social; sin embargo, esta última institución declinó su participación en el proceso de reforma arguyendo aspectos financieros e incumplimiento por parte del gobierno de una importante deuda económica (Sanchez-Viesca, 2005).

Para el desarrollo de estos componentes, se propuso desarrollar lo siguiente: a) el establecimiento de mecanismos de coordinación sectoriales por medio de la emisión de un proyecto de “Ley de Coordinación del Sector Salud”; b) la reorganización y descentralización administrativa y financiera del MSPAS; c) la racionalización del personal y el mejoramiento de los sistemas gerenciales; d) el aumento de los recursos públicos asignados al MSPAS para asegurar la sostenibilidad financiera

---

<sup>14</sup>El convenio de préstamo del BID identifica 3 fases. La fase 1 consta de un préstamo de 38.5 millones USD, para el logro de los siguientes objetivos: a) Extender la cobertura de servicios básicos de atención en salud, dirigido a los grupos más pobres, con la participación de prestadoras privadas. b) Aumentar gastos de salud del gobierno y ampliar las fuentes de financiamiento del sector. c) Redistribuir fondos para cubrir los requisitos de atención de salud pública. d) Mejorar la eficacia y eficiencia con que el sistema de salud pública ejecuta sus funciones y produce servicios. En el año 2002 se inició la Fase 2 del préstamo del BID, el PMSS II, que incluye 55 millones USD del BID y 11 millones USD de fondos locales. Este préstamo continúa su énfasis en la extensión de los servicios básicos de salud en áreas rurales, fortalecimiento institucional des MSPAS, apoyo para programas de enfermedades específicas, y un programa de gerencia hospitalaria. De acuerdo con documentos del BID, el MSPAS debe dedicarse a la rectoría, especializándose en funciones de regulación y supervisión. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), por su lado, debe especializarse en la función de aseguramiento. Asimismo, se promueve la descentralización y desconcentración, la separación de funciones de financiamiento para el sector salud, para permitir la participación de seguros públicos y privados.

<sup>15</sup>Los Acuerdos de Paz demandaban una disminución de 50% en la mortalidad materna y mortalidad infantil para el año 2000, el aumento en el gasto público en salud, aumento de la participación social en atención en salud, y una extensión de cobertura de servicios del IGSS

del proceso de extensión de cobertura; e) la reorientación de los recursos públicos a los servicios básicos; f) el desarrollo de cambios legales e institucionales que faciliten la participación del sector privado en el financiamiento, administración y provisión de servicios de salud; g) el desarrollo de programas de recuperación de costos y la formación de patronatos; y h) el desarrollo de un nuevo modelo de atención de salud fundamentado en la descentralización, la dotación de un paquete mínimo de atenciones y la participación comunitaria. Este programa se extendió al PMSS II en 2002 con el mismo énfasis (Sanchez-Viesca, 2005).

Con este proceso surge el Programa de Extensión de cobertura (PEC) que desarrolla acciones de salud mediante la contratación de ONG's, tanto como prestadoras de servicios, como administradoras de estos que reciben un "per cápita", el cual, mientras estuvo vigente el programa, osciló entre los USD\$8 y 10.00 por año<sup>16</sup>. De esta cantidad, las prestadoras cobraban 5% por gastos de administración y las administradoras y prestadoras 10%.

Estas organizaciones prestaron sus servicios en las comunidades que se consideraban más alejadas y, desde la instauración del programa hasta su finalización en 2013, la cobertura se incrementó de forma importante; sin embargo, dado su modelo de focalización<sup>17</sup> la cobertura reportada ha sido cuestionada pues, para fines de reporte, la cobertura se contabilizaba por el número de personas, bajo un convenio (cada convenio incluye una jurisdicción de 10,000 habitantes) y no quienes, efectivamente, eran sujetos de las intervenciones.

El PEC basaba sus acciones en un equipo básico de salud que se responsabiliza de atender una jurisdicción de 10,000 personas; y estaba integrado por personal institucional: un médico o enfermera ambulatoria y un facilitador institucional y

---

<sup>16</sup>Esto dista mucho de lo recomendado por el BM en su documento invertir en salud 1993 donde sugieren un per cápita de 25 dólares al mes para países como Guatemala.

<sup>17</sup>se utilizan 6 filtros: pobres, de estos los pobres extremos, de estos los que habitan algunos municipios seleccionados, de estos las mujeres y los niños, de estos las mujeres en edad reproductiva y los niños menores de 5 años, y de estos los que padecen diarrea enfermedades respiratorias y necesitan inmunizaciones y mujeres con algunos problemas reproductivos

personal comunitario, consistente en 84 vigilantes de la salud, las comadronas existentes, 8 facilitadores comunitarios y los colaboradores de vectores. En términos de contratación, únicamente el médico o enfermera ambulatoria y el facilitador institucional se encuentran contratados a tiempo completo y sin prestaciones, representando el 3.2% del personal de campo.

Los facilitadores comunitarios están contratados a medio tiempo (4 horas diarias), también sin prestaciones y son el 4.7% del personal del campo. Los guardianes y las comadronas no son asalariados, pero es, aproximadamente, el 90% del personal del programa. Los servicios que se prestan se basan en la visita mensual de un médico a las comunidades y en el trabajo de los facilitadores y guardianes de la salud.

El programa de extensión de cobertura fue el modelo de atención predominante en el primer nivel del subsector público, durante el período de 1997 a 2013, y por medio de este paquete de servicios, logró importantes coberturas de inmunizaciones y de control prenatal; pero aún existen críticas respecto de su eficacia en el mejoramiento de las condiciones de salud y en su sostenibilidad financiera. Especialmente, porque en los últimos 5 años de su vigencia, los aportes al Programa fueron irregulares y una publicación del sector privado demostró que muchas de las ONG que están contratadas no prestaban el servicio.(FUNDESA Alianza por la Nutrición, 2013).

El hecho de ser un paquete limitado de servicios, el cual sea focalizado a un segmento de la población (segmentación dentro de la segmentación o profundización de la misma) y que se basa en el trabajo voluntario, no parece afectar las causas de la situación de salud ni afrontar la complejidad del reto de atenderla. Las intervenciones que se implementan para la reducción de la DCI se basan en la presencia y eficiencia de los servicios del primer nivel, situación que ha mostrado precariedad durante todo el período estudiado. De 2013 a 2015, la situación de los servicios del primer nivel sufrió un mayor deterioro pues el PEC fue suspendido sin haber tomado decisiones de la modalidad de atención lo substituiría.

A esta extensión de cobertura se le agregó en 2010-12 la iniciativa de mejorar el segundo nivel de atención en algunos municipios seleccionados, a través de la

creación de centros de atención materno infantiles, lo cuales estarán dotados de mayores recursos, incluso con alguna capacidad quirúrgica y Centros de Atención Permanente. En cuanto al segundo y tercer nivel de atención, el MSPAS ha mantenido la red de hospitales que han tenido crisis recurrentes relacionadas a la falta de equipos e insumos.

El IGSS ha mantenido los hospitales en la capital y se ha extendido con algunos centros de mediana resolución a los departamentos y municipios, en donde existe la mayor cantidad de afiliados. El subsector privado ha desarrollado importantes centros hospitalarios con recursos actualizados, a los cuales se puede tener acceso, de acuerdo con la capacidad de pago.

Las políticas para la reducción de la DCI, durante el período de estudio, se desarrollaron en el contexto socio histórico antes señalado, de segmentación de la población de acuerdo con su capacidad de pago y al estrato social al que pertenecen y por medio de una provisión de servicios que fragmenta la atención en diversos proveedores, de acuerdo con la lógica segmentadora antes señalada.

### **3.3 Marco legal que delimita las políticas y acciones para la reducción de la desnutrición crónica infantil**

Este apartado busca describir el marco legal que delimita las políticas públicas sanitarias para la reducción de la DCI en Guatemala desde una perspectiva de su suficiencia para lograr sus objetivos.

#### **Marco legal que delimita la formulación de las políticas sanitarias**

La legislación de salud vigente en Guatemala, tanto la general como la sectorial, proviene de dos fuentes específicas: 1) la legislación internacional a la cual Guatemala se ha adherido y que ha moldeado algunos de los instrumentos legales; y, 2) la legislación nacional y entre esta, los Acuerdos de Paz, significaron compromisos acerca de la inversión pública en salud; la Constitución Política de la República, promulgada en 1985; el Código de Salud, promulgado en 1997 y una

serie de leyes específicas para grupos poblacionales o estrategias de atención de los problemas de salud.

### ***Marco legal Internacional***

Guatemala ha asumido compromisos internacionales para la reducción de la desnutrición; de estos son relevantes: la Cumbre Mundial a favor de la Infancia (1990); las resoluciones de la Conferencia “Acabando con el Hambre Oculta” (1992); la Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial (1996); la Declaración de Roma Cinco Años Después; las Metas del Milenio; el Codex Alimentarius, del cual Guatemala es parte desde 1963, mediante el Acuerdo Gubernativo Número 212-2002, se creó el Comité Nacional del Codex Alimentarius, mismo que fue modificado por el Acuerdo 214 de ese mismo año; el Convenio de Diversidad Biológica Río de Janeiro (1992); y el Protocolo de Cartagena sobre la Seguridad en Biotecnología (2000). En la Cumbre Mundial sobre la Alimentación de 1996 y 2002, organizada por la FAO, el país se comprometió a reducir la desnutrición y mejorar la disponibilidad de alimentos, entre otros. Quizás el más relevante para la movilización social en Guatemala, ha sido el compromiso adquirido con la protección de la infancia. Guatemala se ha sumado a todas las iniciativas internacionales de protección a la infancia, pero, quizás, el antecedente más lejano en el tiempo a este respecto es la Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño, aprobado por la Liga de las Naciones, Gen 1924, en esta normativa se establece el derecho de los niños y niñas a disponer de medios para su desarrollo material, moral y espiritual; asistencia especial cuando están hambrientos, enfermos, discapacitados o han quedado huérfanos; ser los primeros en recibir socorro cuando se encuentran en dificultades; libertad contra la explotación económica y una crianza que les inculque un sentimiento de responsabilidad social.

Posteriormente, en 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Declaración Universal de Derechos Humanos, (UNESCO, 2008, pág. 14), la cual, en el artículo 25, expresa que la infancia tiene “derecho a cuidados y asistencia especiales”. En 1959 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la

Declaración de los Derechos del Niño y reconoce derechos como a la educación, la atención de la salud y a una protección especial.

En 1966, se aprueban el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Universidad Libre de Colombia, 2009). Ambos pactos promueven la protección de los niños y niñas contra la explotación y el derecho a la educación y la salud. En 1989, la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 44/25 del 20 de noviembre, aprobó la Convención sobre los Derechos de los Niños, (UNICEF, 2006), la cual entró en vigor el año siguiente y protege de forma explícita la salud y la nutrición.

Al suscribir estos instrumentos internacionales, Guatemala asume los compromisos de considerar la salud como un derecho humano y, por lo tanto, una responsabilidad del Estado, esto implica atender la salud de manera integral y equitativa, a todos y todas las ciudadanas sin discriminación alguna, de desarrollar políticas planes y programas específicos para poblaciones vulnerables, tales como las mujeres, los niños, las personas con discapacidad, los migrantes y sus familias y de enfatizar sus acciones en el mejoramiento de las condiciones económicas, sociales de los pueblos indígenas, incluyendo el derecho a la educación, el trabajo, la vivienda y la salud.

Conforme a la normativa nacional, los acuerdos internacionales surten efecto inmediato en el derecho interno y se reconoce y acepta la primacía de los tratados de derechos humanos ratificados por el Gobierno, sobre el ordenamiento jurídico interno. Por lo tanto, el derecho a la salud y sus implicaciones tienen prioridad sobre las leyes nacionales de cualquier índole.

### ***Marco legal nacional***

#### **Los Acuerdos de Paz**

En cuanto a los Acuerdos de Paz, firmados en diciembre de 1996, (URL; Idies, 1997) particularmente en el Acuerdo referente a los Aspectos Socioeconómicos y

Situación Agraria, Sección II, inciso B, se estipuló la necesidad de impulsar una reforma del sector salud, orientado al ejercicio del derecho garantizado por el Estado, partiendo de una concepción integral de la salud y promoviendo la integración de un sistema nacional coordinado de salud, en el que debían participar bajo la rectoría del Ministerio de Salud, todos los actores involucrados, especialmente el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, el sector privado lucrativo y no lucrativo de la salud, para la búsqueda de la universalización del acceso a los servicios de salud, especialmente para aquella de bajos recursos. Para este objetivo se acordó incrementar para el año 2000, el gasto público en su relación con el PIB en un 50% respecto al ejecutado en 1995.

En estos Acuerdos, se definieron como prioridades de atención: la lucha contra la desnutrición, el saneamiento ambiental, la salud preventiva y la atención primaria, la cual debía enfatizar en la población materna e infantil, definiendo como meta la reducción de la mortalidad infantil y materna, antes del año 2000 a un 50% de la observada en 1995 y el mantenimiento de la certificación de erradicación de la poliomielitis y a lanzar la del sarampión para el año 2000.

Otros aspectos considerados en estos acuerdos son los relativos a la revisión de las normas y prácticas de la compra y distribución de los equipos, insumos y medicamentos para favorecer mecanismos que garanticen la provisión y transparencia, incluyendo el uso de medicamentos genéricos. Así mismo, la inclusión y valoración de la medicina maya, el fomento de la participación ciudadana y el impulso a los procesos de descentralización. En cuanto a la Seguridad Social, se reconoce su carácter de autonomía, pero se promueve su integración al sistema coordinado de salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud.

### **Constitución Política de Guatemala.**

Constituye el pacto social fundamental del país, fue promulgada en 1985 (Congreso de la República de Guatemala, 1985) y provee el marco general por el cual la sociedad guatemalteca se organiza. En el artículo 1 señala que el Estado de Guatemala se organiza para proteger a la persona y a la familia y su fin supremo es la realización del bien común. El artículo 2 establece que es deber del Estado

garantizar, a los habitantes de la República, la vida, la libertad, la justicia, la seguridad, la paz y el desarrollo integral de la persona. Más adelante, en el artículo 44 se declara que los derechos y garantías que otorga la Constitución no excluyen otros que, aunque no figuren expresamente en ella, son inherentes a la persona humana. El interés social prevalece sobre el interés particular.

En el Capítulo II, relativo a los Derechos Sociales, en su Artículo 47, se establece que el Estado garantiza la protección social, económica y jurídica de la familia y en los artículos 51 y 55 se establece que el Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores de edad y de los ancianos. Les garantizará su derecho a la alimentación, salud, educación y seguridad y previsión social y la obligatoriedad de proporcionales alimentos siendo punible la negativa a hacerlo.

En la sección séptima, relativa a salud, seguridad y asistencia social, en los artículos 93, 94, 95 y 98 se consagra que el goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna, que su garantía es una obligación del Estado el cual velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes y que la salud de los habitantes de la Nación es un bien público. Así mismo, se establece que las comunidades tienen el derecho y el deber de participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud. El artículo 99 declara que el Estado velará porque la alimentación y nutrición de la población reúna los requisitos mínimos de salud.

Al igual que los instrumentos internacionales, la Constitución de la República, hace énfasis en el enfoque de derechos, en la no discriminación por ninguna causa y en la responsabilidad del Estado respecto de la garantía de dichos derechos. A partir de estas declaraciones, las intervenciones para la reducción de la desnutrición crónica infantil resultan en estrategias que deben ser universales, gratuitas y responsabilidad de todo el aparato Estatal.

### **Código de Salud**

Constituye el marco regulatorio actual de todo el sector salud, asimismo, fue promulgado en 1997 (Congreso de la República de Guatemala, 1997), el cual derogó el de 1979, que, a su vez, había derogado el código de sanidad de 1936 y

sus reformas de 1940, 1969, 1970 y 1972. Fue promulgado como una herramienta legal para las reformas iniciadas luego de los Acuerdos de Paz y en el marco de las políticas de ajuste estructural impulsadas en ese mismo período.

El código inicia refrendando que la salud es un derecho humano y, por lo tanto, una responsabilidad del Estado. Al igual que la declaración constitucional, esto implica la universalidad de la atención de la salud. Además de la responsabilidad del Estado, enfatiza en la responsabilidad de los ciudadanos con su propia salud y la de sus colectividades y asume que el MSPAS es el representante del Estado y quien tiene la mayor responsabilidad en la protección de la salud de los habitantes de la República.

El código desarrolla y amplía el marco conceptual de la salud al declarar que es un producto social que integra factores sociales, condiciones de vida y participación ciudadana; asimismo, declara los principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad.

Este último principio, el de la subsidiaridad, ha generado controversia, pues el artículo 4, promulgado en 1997, declaraba que el Estado es el responsable de la salud de todos los guatemaltecos, siempre que no pudiesen resolver con sus propios recursos: *“el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social garantizará la prestación de servicios gratuitos a aquellas personas y sus familias, cuyo ingreso personal no les permita costear parte o la totalidad de los servicios de salud prestados”*. Lo anterior permitió una serie de estrategias de financiamiento como el cobro por servicios y la creación de patronatos en los hospitales con el ánimo de la recuperación de costos.

Este artículo fue reformado en el 2003 quedando así: *“el Estado, a través del Ministerio de Salud Pública y demás instituciones públicas, velará porque se garantice la prestación del servicio de salud a toda persona guatemalteca, en forma gratuita.”* El Código de Salud, en su artículo 8, establece la conformación del sector salud, el cual se entiende como el conjunto de organismos e instituciones públicas centralizadas y descentralizadas, autónomas, semiautónomas, municipalidades, instituciones privadas, organizaciones no gubernamentales y comunitarias, cuya competencia u objeto es la administración de acciones de salud, incluyendo los que

se dediquen a la investigación, la educación, la formación y la capacitación del recurso humano en materia de salud y la educación en salud a nivel de la comunidad. Este artículo sienta la base legal para el trabajo intersectorial que requiere la implementación de todas las acciones relativas a la reducción de la desnutrición crónica.

El artículo que brinda más claridad respecto a estos aspectos es el número 9, el cual, en el inciso a), establece que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, tiene a su cargo la rectoría del Sector Salud, entendida esta rectoría como la conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones de salud a nivel nacional. El Ministerio de Salud tendrá, asimismo, la función de formular, organizar, dirigir la ejecución de las políticas, planes, programas y proyectos para la entrega de servicios de salud a la población. Para cumplir con las funciones anteriores, el Ministerio de Salud tendrá las más amplias facultades para ejercer todos los actos y dictar todas las medidas que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones del servicio, competen al ejercicio de su función.

Este mismo artículo establece en su inciso c) que las municipalidades, acorde con sus atribuciones, en coordinación con las otras instituciones del Sector, participarán en la administración parcial o total de la prestación de programas y de servicios de salud en sus respectivas jurisdicciones. Esto es de particular importancia para la implementación de la provisión de agua potable y saneamiento a las poblaciones y que es parte de cualquier estrategia para reducir la desnutrición infantil.

En el artículo 41, se establece que el Estado, a través del Ministerio de Salud y de las otras instituciones del sector, desarrollará acciones tendientes a promover la salud de la mujer, la niñez con un enfoque integral de ambiente físico y social a nivel de la familia.

En el artículo 43, se declara que el Ministerio de Salud, en coordinación con las instituciones del Sector, los otros ministerios, la comunidad organizada y las Agencias Internacionales, promoverá acciones que garanticen la disponibilidad, producción, consumo y utilización biológica de los alimentos tendientes a lograr la seguridad alimentaria y nutricional de la población guatemalteca.

El artículo 53 declara que se debe establecer el sistema de información nacional en salud, entendido como el conjunto de datos estadísticos e informes acerca de la situación de salud y sus tendencias, la productividad, cobertura y costos de los servicios de salud y la cuantificación y cualificación de los diferentes recursos humanos, tecnológicos y financieros de las instituciones que conforman el Sector. El Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Estadística reglamentarán su organización y funcionamiento según su campo de acción

Un artículo central para la articulación de los esfuerzos en la implementación de acciones para la reducción de la desnutrición crónica es el número 78, el cual establece que el Estado, a través del Ministerio de Salud, en coordinación con el Instituto de Fomento Municipal y otras instituciones del sector, impulsará una política prioritaria y de necesidad pública, que garantice el acceso y cobertura universal de la población a los servicios de agua potable, con énfasis en la gestión de las propias comunidades, para garantizar el manejo sostenible del recurso; y en el artículo 79 se establece que es obligación de las Municipalidades abastecer de agua potable a las comunidades situadas dentro de su jurisdicción territorial, conforme lo establece el Código Municipal y las necesidades de la población, en el contexto de las políticas de Estado en esta materia y consignadas en la presente ley.

### **Código Municipal**

Este instrumento legal fue promulgado mediante el decreto 12-2002 del Congreso de la República (Congreso de la República de Guatemala, 2002), con el objetivo de desarrollar los principios constitucionales referentes a la organización, gobierno, administración y funcionamiento de los municipios y demás entidades locales y el contenido de las competencias que corresponden a los municipios. La normativa se desarrolla en 178 artículos, sin embargo, para los fines de este estudio, los más relevantes son los siguientes.

El artículo 67 que establece que el municipio, para la gestión de sus intereses y en el ámbito de sus competencias, puede promover toda clase de actividades económicas, sociales, culturales, ambientales, y prestar cuantos servicios contribuyan a mejorar la calidad de vida, a satisfacer las necesidades y aspiraciones

de la población del municipio. Esto da apertura para que, en un contexto de descentralización o acuerdos intersectoriales, las municipalidades contribuyan al desarrollo e implementación de intervenciones para la reducción de la desnutrición.

El artículo 68 reformado por el artículo 14 del Decreto de Congreso No 22-2010 de fecha 13 de mayo 2010, establece que las competencias propias deberán cumplirse por el municipio, por dos o más municipios bajo convenio, o por mancomunidad de municipios y son las siguientes: abastecimiento domiciliario de agua potable debidamente clorada; alcantarillado; alumbrado público; mercados; rastros; administración de cementerios y la autorización y control de los cementerios privados; limpieza y ornato; formular y coordinar políticas, planes y programas relativos a la recolección, tratamiento y disposición final de desechos y residuos sólidos hasta su disposición final.

Con esta normativa se complementa el código de salud en lo referente a las responsabilidades institucionales para la provisión de agua potable y saneamiento básico, que, como se dijo anteriormente, son una parte central de cualquier estrategia en favor de la nutrición infantil.

### **Ley del Organismo Ejecutivo**

Esta ley fue promulgada por el Congreso de la República mediante el Decreto 114-97 (Congreso de la República de Guatemala, 1997) en el que se desarrollan los preceptos constitucionales referentes a la organización, atribuciones y funcionamiento del Organismo Ejecutivo y sus competencias el ejercicio de la función administrativa y la formulación y ejecución de las políticas de gobierno con las cuales deben coordinarse las entidades que forman parte de la administración gubernamental. Este instrumento legal se desarrolla en 56 artículos, de los cuales, el pertinente para este documento es el número 39, en donde se desarrollan las atribuciones, competencias y responsabilidades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

De acuerdo a esta normativa, al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social le corresponde formular las políticas y hacer cumplir el régimen jurídico relativo a la salud preventiva y curativa y a las acciones de protección, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud física y mental de los habitantes del país y a la preservación higiénica del medio ambiente; a la orientación y coordinación de la cooperación técnica y financiera en salud y a velar por el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales relacionados con la salud, en casos de emergencias por epidemias y desastres naturales; y, a dirigir en forma descentralizada el sistema de capacitación y formación de los recursos humanos del sector salud, para ello tiene a su cargo las siguientes funciones:

a) Formular y dar seguimiento a la política y los planes de salud pública y administrar, descentralizadamente, los programas de promoción, prevención, rehabilitación y recuperación de la salud, propiciar, a su vez, la participación pública y privada en dichos procesos, así como nuevas formas de financiamiento y mecanismos de fiscalización social descentralizados.

b) Proponer las normas técnicas para la prestación de servicios de salud y coordinar con el Ministerio de Comunicaciones, Infraestructura y Vivienda las propuestas de normas técnicas para la infraestructura del sector.

c) Proponer la normativa de saneamiento ambiental y vigilar su aplicación.

d) Realizar estudios y proponer las directrices para la ejecución de programas de vigilancia y control epidemiológico.

e) Administrar en forma descentralizada el sistema de capacitación y formación de recursos humanos en el sector salud.

f) Velar por el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales relacionados con la salud en casos de emergencia por epidemias y desastres naturales.

## **Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural.**

Esta ley se promulgó mediante el Decreto del Congreso de la República 11-2002,(Congreso de la República de Guatemala, 2002), con el objetivo de constituirse en el medio principal de participación de la población maya, xinca y garífuna y la población no indígena, en la gestión pública, para llevar a cabo el proceso de planificación democrática del desarrollo, tomando en cuenta principios de unidad nacional, multiétnica, pluricultural y multilingüe.

La ley asumió como principios el respeto a las culturas de los pueblos que conviven en Guatemala, el fomento a la armonía en las relaciones interculturales, la optimización de la eficacia y eficiencia en todos los niveles de la administración pública, la constante atención porque se asigne, a cada uno de los niveles de la administración pública, las funciones que por su complejidad y características puedan realizar mejor que cualquier otro nivel, la promoción de procesos de democracia participativa, en condiciones de equidad e igualdad de oportunidades de los pueblos maya, xinca y garífuna y de la población no indígena, sin discriminación alguna, la conservación y el mantenimiento del equilibrio ambiental y el desarrollo humano, con base en las cosmovisiones de los pueblos maya, xinca y garífuna y de la población no indígena y la equidad de género, entendida como la no discriminación de la mujer y participación efectiva, tanto del hombre como de la mujer.

El objetivo del Sistema de Consejos de Desarrollo es organizar y coordinar la administración pública mediante la formulación de políticas de desarrollo, planes y programas presupuestarios y el impulso de la coordinación interinstitucional, pública y privada.

En el artículo 4, normativas se establecen varios niveles en la siguiente forma.

- a) El nacional, con el Consejo Nacional de Desarrollo Urbano y Rural.
- b) El regional, con los Consejos Regionales de Desarrollo Urbano y Rural.
- c) El departamental, con los Consejos Departamentales de Desarrollo.

- d) El municipal, con los Consejos Municipales de Desarrollo.
- e) El comunitario, con los Consejos Comunitarios de Desarrollo.

Cada uno de estos niveles es responsable de consolidar las decisiones tomadas en el nivel inmediato inferior y trasladarlas al nivel inmediato superior, mecanismo que se revierte en forma de recursos para financiar dichas decisiones relativas al desarrollo local.

De particular interés para éste documento es el artículo 12, el cual establece como funciones de los consejos municipales de desarrollo el promover, facilitar y apoyar el funcionamiento de los Consejos Comunitarios de Desarrollo del municipio, promover y facilitar la organización y participación efectiva de las comunidades y sus organizaciones, en la priorización de necesidades, problemas y sus soluciones, para el desarrollo integral del municipio, promover políticas, programas y proyectos de protección y promoción integral para la niñez, la adolescencia, la juventud y la mujer, garantizar que las políticas, planes, programas y proyectos de desarrollo del municipio sean formulados con base en las necesidades, problemas y soluciones priorizadas por los Consejos Comunitarios de Desarrollo y enviarlos a la Corporación Municipal para su incorporación en las políticas, planes, programas y proyectos de desarrollo del departamento, dar seguimiento a la ejecución de las políticas, planes, programas y proyectos de desarrollo municipal y comunitario, verificar su cumplimiento y, cuando sea oportuno, proponer medidas correctivas a la Corporación Municipal, al Consejo Departamental de Desarrollo o a las entidades responsables, evaluar la ejecución de las políticas, planes, programas y proyectos municipales de desarrollo y, cuando sea oportuno, proponer a la Corporación Municipal o al Consejo Departamental de Desarrollo las medidas correctivas para el logro de los objetivos y metas previstos en los mismos.

Al igual que el artículo anterior, el Número 14 es vital para la implementación de las intervenciones para la reducción de la desnutrición, pues viabiliza la participación comunitaria en una red articulada de relaciones y decisiones. Este artículo establece

como funciones de los Consejos Comunitario de Desarrollo las mismas que son asignadas a los Consejos Municipales, pero con un ámbito de aplicación local.

### **Ley de protección integral de la niñez y adolescencia.**

Esta ley fue promulgada mediante el Decreto del Congreso de la República 27-2003, (Congreso de la República de Guatemala, 2003), que derogó el Decreto 78-96. Esta ley establece, en su artículo 4, que es deber del Estado promover y adoptar las medidas necesarias para proteger a la familia, jurídica y socialmente, así como garantizarle a los padres y tutores, el cumplimiento de sus obligaciones, en lo relativo a la vida, libertad, seguridad, paz, integridad personal, salud, alimentación, educación, cultura, deporte, recreación y convivencia familiar y comunitaria de todos los niños, niñas y adolescentes.

Asimismo, es deber del Estado que la aplicación de esta Ley esté a cargo de órganos especializados, cuyo personal deberá tener la formación profesional y moral que exige el desarrollo integral de la niñez y adolescencia, según la función que desempeñe y conforme a las disposiciones generales de esta Ley.

En el artículo 10 se declara que los derechos establecidos en esta Ley serán aplicables a todo niño, niña o adolescente, sin discriminación alguna, por razones de raza, color, sexo, idioma, religión, origen nacional, étnico o social, posición económica, discapacidad física, mental o sensorial, nacimiento o cualquier otra índole o condición de éstos, de sus padres, familiares, tutores o personas responsables.

El artículo 25 establece que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho, a un nivel de vida adecuado y a la salud, mediante la realización de políticas sociales públicas que les permitan un nacimiento y un desarrollo sano y armonioso, en condiciones dignas de existencia.

El artículo 26 establece que el Estado, las instituciones y los empleadores deberán proporcionar condiciones adecuadas para la lactancia materna, incluso para los hijos e hijas de madres sometidas a medidas privativas de la libertad.

En el artículo 28 se establece que se asegura la atención médica al niño, niña y adolescente, a través del sistema de salud pública del país, garantizando el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para promoción, protección y recuperación de la salud. Los niños, niñas y adolescentes que sufran deficiencia diagnosticada recibirán atención especializada.

En el artículo 30 se declara que el Estado, a través de las autoridades de salud respectivas, ejecutará y facilitará el desarrollo de programas de asistencia médica y odontológica para la prevención de las enfermedades que comúnmente afectan a la población infantil y campañas de educación sanitaria y sexualidad humana para padres, educadores y alumnos; además, en el artículo 31, se establece que es obligación de las autoridades sanitarias realizar Campañas de vacunación para niños, niñas y adolescentes a fin de prevenir las enfermedades epidémicas y endémicas.

Ley de maternidad saludable.

Esta ley se promulgó mediante el Decreto 32-2010 del Congreso de la República. (Congreso de la República de Guatemala, 2010). En cuanto al objetivo de la ley, se declara el interés en mejorar la salud y la calidad de vida de las mujeres y los recién nacidos, además de promover el desarrollo humano, a través del aseguramiento de la maternidad saludable, por medio del acceso universal oportuno y gratuito a la información y servicios de calidad para la erradicación progresiva de la mortalidad materna y neonatal.

En el artículo 4, declara los principios rectores entre los que se cuenta la gratuidad, la accesibilidad, la equidad, el respeto a la interculturalidad y la sostenibilidad. Respecto a este último principio, la sostenibilidad, declara que el Estado asignará los recursos necesarios, pero no se aclara la necesidad de definir los mecanismos sociales de sostenibilidad, especialmente los relacionados a los recursos humanos y financieros.

En el artículo 6, se declara al MSPAS, IGSS y ONG-PEC como los entes responsables de garantizar el acceso a los servicios de madres y recién nacidos; sin embargo, la entrega de servicios integrales requiere del concurso de otras

entidades gubernamentales, civiles y del sector privado, mismas que son excluidas en la redacción de este artículo. Además de esta falencia, es notorio que no establece jerarquías entre estas instituciones, es decir, no se hace explícita la calidad de rectoría del MSPAS, que, aun cuando está consignada en el código de salud, la redacción de este artículo puede generar contradicciones.

#### Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

En el año 2005, se aprobó el decreto No. 32-2005 del Congreso de la Republica, (Congreso de la República de Guatemala, 2005), el cual dio vida a la Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Esta ley avanza en la creación del sistema nacional de seguridad alimentaria, en donde se logran integrar las instituciones del Estado y del sector privado que tienen injerencia en los 4 ámbitos básicos de la seguridad alimentaria: 1) la disponibilidad de alimentos; 2) el acceso a los alimentos; 3) el consumo de los alimentos; y 4) la utilización biológica de los mismos.

Esta ley crea el Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional – SINASAN-; tiene como instrumento específico el Plan Estratégico para la Seguridad Alimentaria y Nutricional –PESAN-; como ente asesor el Consejo Nacional para la Seguridad Alimentaria y Nutricional –CONASAN-; como ente coordinador la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional –SESAN- y, como entes operativos, los ministerios de Estado y otras organizaciones.

En cuanto a esta organización, la ley establece que para los asuntos relativos a la disponibilidad de alimentos la responsabilidad recae en el Ministerio de Agricultura y Ganadería –MAGA-; el acceso a los alimentos es responsabilidad sectorial del MAGA, el Ministerio de Economía, el Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Comunicaciones; en cuanto al consumo de alimentos, la responsabilidad recae en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS-, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Economía. El ámbito de la utilización biológica de los alimentos y el tratamiento de la desnutrición es responsabilidad del MSPAS. La implementación en los niveles departamental, municipal y comunitario queda bajo la responsabilidad de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural.

El primer PESAN fue aprobado por el CONASAN con vigencia para el período 2007-2016; sin embargo, fue substituido por el PESAN 2009-2012 y luego se promulgó Plan para 2012-2015.

La ley de seguridad alimentaria se ha convertido en el sustrato legal para todas las iniciativas de combate a la desnutrición aguda y crónica desde su promulgación.

Todas estas leyes son expresiones de la política positivizada, pero, a su vez, delimitan las acciones institucionales a una serie de elementos con consecuencias diversas, las cuales, de alguna manera limitan su efectividad. Esto será analizado en el capítulo de discusión.

### **3.4 Elementos que obstruyen la implementación y resultados de las políticas sanitarias para la reducción de la DCI en Guatemala**

En este apartado se muestran los resultados de las entrevistas realizadas a los actores clave, los cuales fueron seleccionados de acuerdo con su ubicación en el proceso de formulación e implementación de las políticas sanitarias en estudio. El cuestionario utilizado indagaba en un primer momento, acerca del conocimiento y opinión de la situación actual de la DCI en Guatemala y de las medidas que se han tomado para combatirla.

A este respecto, los entrevistados coincidieron en la magnitud y gravedad del problema, aun cuando diferían en los datos numéricos, se revelaba un alto conocimiento de la situación y la necesidad de enfrentarla. Los entrevistados de los niveles operativos y comunitarios fueron más enfáticos en la gravedad del problema, relatando una serie de casos en los que tuvieron experiencia personal.

En cuanto a las causas del problema, todos, sin excepción, declararon que la DCI se debía a la pobreza en el país. Un grupo menor de entrevistados asociaron la DCI a la falta de intervenciones efectivas de parte del Estado y a la situación de corrupción en las esferas oficiales, situación que derivaba en la falta de presupuesto. Un entrevistado expresó la “falta de educación de las familias” argumentando que, aun, cuando cuentan con alimentos disponibles, “deciden” no

utilizar alimentos de alto valor nutricional y, en sustitución, consumen “alimentos chatarra”, al indagar respecto de las fuentes, estas fueron anecdóticas. Catorce de los 19 entrevistados, coincidieron en que la falta de educación formal, el desempleo, la precariedad en la vivienda y la situación de violencia e inseguridad contribuyen a que el país no se desarrolle y muestre estos rezagos como la desnutrición crónica infantil.

A la interrogante referente a las medidas adoptadas, hubo diferencias en las respuestas. La mayoría identificaba las intervenciones de la Ventana de los Mil Días como la medida principal que se realiza desde el sector salud para prevenir la desnutrición crónica infantil, no obstante tres entrevistados, dos del nivel operativo y uno del nivel intermedio opinaba que la estrategia de las transferencias condicionadas es la mejor y más relevante intervención que se ha hecho desde el gobierno. Nueve entrevistados mencionan la ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional como un evento importante en el combate a la desnutrición infantil, sin embargo, coinciden en sus pobres logros.

En cuanto a ¿Quién o quienes han influido para que se adopten estas políticas o medidas?, ¿de qué se han valido para esta influencia? Y si han sido estas medidas coherentes con el problema, los entrevistados (12 de 19) coinciden en que es el Gobierno Central desde donde se ha influido para la adopción de estas medidas, pero que, éste, a su vez, es influido por los intereses que se juegan en el Congreso de la República y la Cooperación Internacional. Reconocen que se valen del poder oficial y que, en ningún momento, se ha promulgado una ley, una decisión relativa al combate a la desnutrición o una intervención con la participación de las comunidades afectadas.

Respecto a si las medidas adoptadas son coherentes con el problema, la totalidad de entrevistados declara que éstas han sido necesarias y que pueden ser efectivas, sin embargo, declaran que han sido incompletas (14 de 19). Todos los entrevistados coinciden en que los resultados de las medidas tomadas han sido inefectivos pues el problema de la DCI continua a niveles alarmantes.

Al indagar entre los entrevistados respecto de los factores que más influyen en los resultados, las repuestas fueron diversas.

Un grupo de entrevistados se refirió a aspectos que pueden considerarse de tipo conceptual, tales como que las políticas e intervenciones utilizaban interpretaciones diversas e incompletas sobre los mecanismos de generación de la DCI, restringiendo los análisis a los pilares de la seguridad alimentaria, pero sin darles coherencia horizontal ni cuestionar las causas de por qué no hay disponibilidad o acceso a los alimentos, ni analizar la distinta realidad entre familias y comunidades; o a problemas en el análisis de la desnutrición, invisibilizando los niveles familiares, comunitarios y del país, centrándose solamente en los niños con el problema y sus madres como sujetos de las intervenciones, omitiendo al resto de integrantes de los hogares.

Otros entrevistados centraron sus argumentos en aspectos de tipo operativo, es decir que la política y la intervención es la adecuada pero que existen problemas para llevarla a cabo.

En este sentido, la mayoría de entrevistados (15 de 19) argumentaron las carencias del MSPAS, en cuanto a disponibilidad y acceso a servicios. Se mencionó que intervenciones como las provistas por la estrategia Ventana de los Mil Días, puede ser útil, no cuenta con servicios donde proveerlas. Por otro lado, el hecho de que las familias integradas por niños que sufren desnutrición, tienen múltiples carencias y son sujetos a múltiples desigualdades sociales, se reducen las posibilidades de que las intervenciones sean efectivas.

Un argumento invocado por la totalidad de los entrevistados fue que para la implementación de las políticas en intervenciones, existen muchas instituciones encargadas, pero no coordinadas. Surgió el ejemplo de la figura del Comisionado contra la Desnutrición, que, sin ser ministro, interviene en los procesos, da órdenes a ministros e interviene en las decisiones presupuestarias. Un caso similar fue relatado con la SESAN, institución a la que 8 de 19 entrevistados consideran inoperante y con el período de “mi familia progresa” durante el gobierno de Álvaro Colom.

Una consideración argumentada, por 11 de 19 entrevistados, fue que un problema de las políticas e intervenciones se debe a que se intentan implementar de forma homogénea en todo el país, sin considerar las diferencias en los perfiles epidemiológicos, en las condiciones socio económicas y en las diferencias culturales.

A las interrogantes sobre qué debe hacerse para cambiar la situación actual y quién o qué institución debe hacerlo, las respuestas fueron relacionadas a aspectos de coordinación intersectorial, a la planificación conjunta, a la mayor provisión de recursos humanos y financieros y al combate a la corrupción.

### **3.5 ¿Están incluidos en las políticas todos los elementos necesarios?**

En esta sección se busca responder a la pregunta que se plantea en el acápite y para este cometido, se realizó un ejercicio cuantitativo que toma como elementos centrales las categorías sociales, económicas, culturales, de acceso a servicios, de coordinación intersectorial y de intervenciones en salud correlacionándolas con la DCI para establecer su valor predictivo. Las variables resultantes del ejercicio estadístico permiten analizar si éstos elementos son tomados en cuenta en el diseño de las políticas, este análisis contribuye con el establecimiento de la suficiencia de las políticas para cumplir con su objetivo.

Para establecer el valor explicativo de las variables, se realizó el ejercicio de regresión lineal múltiple descrito en el capítulo de metodología.

#### **Modelo predictivo de la prevalencia de la DCI en los departamentos de Guatemala, la fuerza de las variables socioeconómicas, políticas y ambientales**

En un primer ejercicio de regresión lineal -RL-, utilizando las 142 variables y 20 categorías, se obtuvieron 42 variables y 15 categorías. Con el segundo ejercicio de regresión lineal se redujeron a 31 variables.

Con esta información y para fines de reducir aún más el número de variables, se utilizó el coeficiente de determinación o  $R^2$  que da información respecto del grado en el que el grupo de variables (categoría de agrupación) explica la DCI. Al tener el

porcentaje de explicación, se agruparon en una tabla que, además, muestra el valor de "f" que indica la confiabilidad estadística del modelo de regresión, siendo las menores de 0.05 las más confiables.

Tabla 5: categorías de variables, R<sup>2</sup>, valor de "F" y número de variables.

<b>categoría de variables</b>	<b>coeficiente de determinación R<sup>2</sup></b>	<b>Confiabilidad del modelo valor de f</b>	<b>Numero de variables</b>
<b>Demográfica</b>	72.60%	0.001	3
<b>Nutricionales</b>	32.54%	0.023	2
<b>Migración</b>	45.55%	0.00056	1
<b>Programa social</b>	16.29%	0.062419	1
<b>Salud</b>	73.06%	0.0012	2
<b>Medio ambiente</b>	77.85%	0.0001	3
<b>Escolaridad</b>	53.10%	0.000109	1
<b>Economía</b>	61.38%	0.00054	3
<b>Pobreza</b>	56.12%	0.0001	1
<b>salud reproductiva</b>	95.20%	0.0001	4
<b>Violencia domestica</b>	31.46%	0.0066	1
<b>Condiciones de vida</b>	63.18%	0.0001	2
<b>Inversión municipal en educación</b>	39.70%	0.00167	1

Con la información anterior, se ordenaron de mayor a menor, según su coeficiente de determinación.

Tabla 6: categorías, numero de variables ordenadas y el valor de R<sup>2</sup>.

<b>Categoría</b>	<b>No. Variables</b>	<b>R<sup>2</sup></b>
<b>salud reproductiva</b>	4	95.20%
<b>Medio ambiente</b>	3	77.85%
<b>Salud</b>	2	73.06%
<b>Demográfica</b>	3	72.60%
<b>Condiciones de vida</b>	2	63.18%
<b>Economía</b>	3	61.38%
<b>Pobreza</b>	1	56.12%
<b>Escolaridad</b>	1	53.10%
<b>Migración</b>	1	45.55%
<b>Inversión municipal educa</b>	1	39.70%
<b>nutricionales</b>	2	32.54%
<b>Violencia domestica</b>	1	31.46%
<b>Programa social</b>	1	16.29%

Para reducir el número de variables, se consideraron solo las categorías que mostraban un valor de  $R^2$  mayor del 50%

Tabla 7: Categorías y numero de variables agrupadas según  $R^2$  mayor de 50%

<b>Categoría</b>	<b>Numero de variables</b>	<b><math>R^2</math></b>
<b>salud reproductiva</b>	4	95.20%
<b>Medio ambiente</b>	3	77.85%
<b>salud</b>	2	73.06%
<b>Demográfica</b>	3	72.60%
<b>Condiciones de vida</b>	2	63.18%
<b>Economía</b>	3	61.38%
<b>Pobreza</b>	1	56.12%

Al eliminar las categorías con pobre poder explicativo de la DCI, quedaron, finalmente, 19 variables implicadas. Una reducción adicional se realizó mediante excluir a todas aquellas variables con valores mayores de  $P > 0.05$

Tabla 8: variables con alta significancia estadística  $P$  menor de 0.05

<b>No.</b>	<b>Variable</b>	<b>Valor de <math>P</math></b>
<b>1</b>	embarazos en mujeres mayores de 39 años	0.0019
<b>2</b>	acceso a control prenatal	0.0025
<b>3</b>	acceso a atención en un servicio público	0.006
<b>4</b>	Uso de leña en el hogar para cocinar	0.0001
<b>5</b>	Intensidad de uso de la tierra	0.007
<b>6</b>	mortalidad por diabetes mellitus	0.00083
<b>7</b>	% de población menor de 18 años	0.0034
<b>8</b>	acceso al agua potable	0.0068
<b>9</b>	Ingreso familiar	0.0001
<b>10</b>	per cápita en salud	0.009
<b>11</b>	PEA en situación de formalidad	0.0006
<b>12</b>	pobreza general	6.013-05
<b>13</b>	escolaridad de la mujer	0.0001

Como se aprecia en la tabla anterior, 13 variables resultaron fuertemente correlacionadas con la DCI. Algunas de estas, si bien, guardan relación, el tomador de decisiones tiene poco control pues resultan de complejos procesos sociales, económicos y culturales, como en el caso de la intensidad del uso de la tierra, o la

proporción de menores de 18 años que resulta de las relaciones entre los nacimientos, muertes y migraciones y que, además, sus modificaciones ocurren en dilatados períodos de tiempo.

Otra variable que, a pesar de su correlación, puede ser eliminada es la proporción de embarazos en mujeres mayores de 39 años pues la cantidad de casos es menor respecto a los embarazos en mujeres jóvenes y aun embarazos adolescentes y su relación con la desnutrición crónica se relaciona con el incremento de muertes maternas en este grupo y la relación de estas muertes con la orfandad como factor de riesgo para la DCI.

Otra variable que es posible excluir del modelo es el uso de leña para cocinar en el hogar; esta variable se asocia a ruralidad y pobreza, no existe plausibilidad de que el uso de leña genere DCI, más bien, es porque esta situación se da en condiciones de pobreza y, ya que la pobreza es otra variable considerada, se decidió suprimirla. Al eliminar las cuatro variables citadas arriba, quedan 9 que son las más robustas y que permiten desarrollar el modelo de predicción.

Tabla 9: variables estadísticamente significativas ordenadas según el valor de P

Variable	Valor de P
<b>pobreza general</b>	0.0001
<b>Ingreso familiar</b>	0.0001
<b>escolaridad de la mujer</b>	0.0001
<b>PEA en situación de formalidad</b>	0.0006
<b>mortalidad por diabetes mellitus</b>	0.00083
<b>acceso a control prenatal</b>	0.0025
<b>acceso a atención en un servicio público</b>	0.006
<b>acceso al agua potable</b>	0.0068
<b>per cápita en salud</b>	0.009

El modelo final de regresión mostró los siguientes resultados.

Tabla 10: estadísticas de la regresión lineal

<b>Coefficiente de correlación múltiple</b>	0.935286698
<b>Coefficiente de determinación R<sup>2</sup></b>	0.874761208
<b>R<sup>2</sup> ajustado</b>	0.797691182
<b>Error típico</b>	6.4947605
<b>Observaciones</b>	22 departamentos

Como se observa en la tabla anterior, el coeficiente de determinación R<sup>2</sup> muestra que el modelo explica la DCI en un 88% lo cual se considera un nivel alto.

Tabla 11: análisis de varianza

	<b>Grados de libertad</b>	<b>Suma de cuadrados</b>	<b>Promedio de los cuadrados</b>	<b>F</b>	<b>Valor P</b>
<b>Regresión</b>	8	3830.18966	478.773708	11.350213	0.0035
<b>Residuos</b>	13	548.364881	42.1819139		
<b>Total</b>	21	4378.55455			

El valor de P muestra que el modelo tiene una alta significancia estadística.

Tabla 12: coeficientes y valores de las variables

	<b>Coefficientes</b>	<b>Error típico</b>	<b>Estadístico t</b>	<b>Probabilidad</b>	<b>Inferior 95%</b>	<b>Superior 95%</b>
<b>Intercepción</b>	82.83857789	46.21757648	1.79236092	0.096365748	17.00842572	182.6855815
<b>Tasa de mortalidad por diabetes mellitus</b>	0.436264816	0.198678404	2.195834102	0.046854556	0.865483413	0.007046218
<b>años de escolaridad promedio en mujeres de 15 o más años</b>	4.432900538	4.854703398	0.913114597	0.377805853	6.055048519	14.92084959
<b>per cápita salud 2015</b>	129.4241322	188.3537785	0.687133188	0.504073081	536.3377317	277.4894673
<b>Porcentaje de la PEA que se encuentra en situación formal</b>	0.077374073	0.051458343	1.503625425	0.156578345	0.188543064	0.033794919
<b>% de pobreza general</b>	0.310411695	0.356233993	0.871370225	0.399358559	0.459185058	1.080008447
<b>% de mujeres de 15 a 49 años con acceso a control prenatal en el primer trimestre</b>	0.556635193	0.232756012	-2.39149652	0.032599621	1.059473986	0.0537964
<b>NBI servicio de agua</b>	1.208941704	0.408642193	2.958435827	0.011090604	2.09175949	0.326123919
<b>NBI ingreso familiar</b>	0.6189371	0.512486579	1.207713771	0.248670786	0.488222844	1.726097043

Con los datos anteriores se procedió a calcular la ecuación de predicción aplicando a las 9 variables seleccionadas, la siguiente formula:

$$Y=a+b_1*x_1+ b_2*x_2 + b_3*x_3 + b_4*x_4 + b_5*x_5 + b_6*x_6 + b_7*x_7 + b_8*x_8 + b_9*x_9$$

Donde

Y= valor de predicción

a = coeficiente independiente

b = coeficiente de la variable

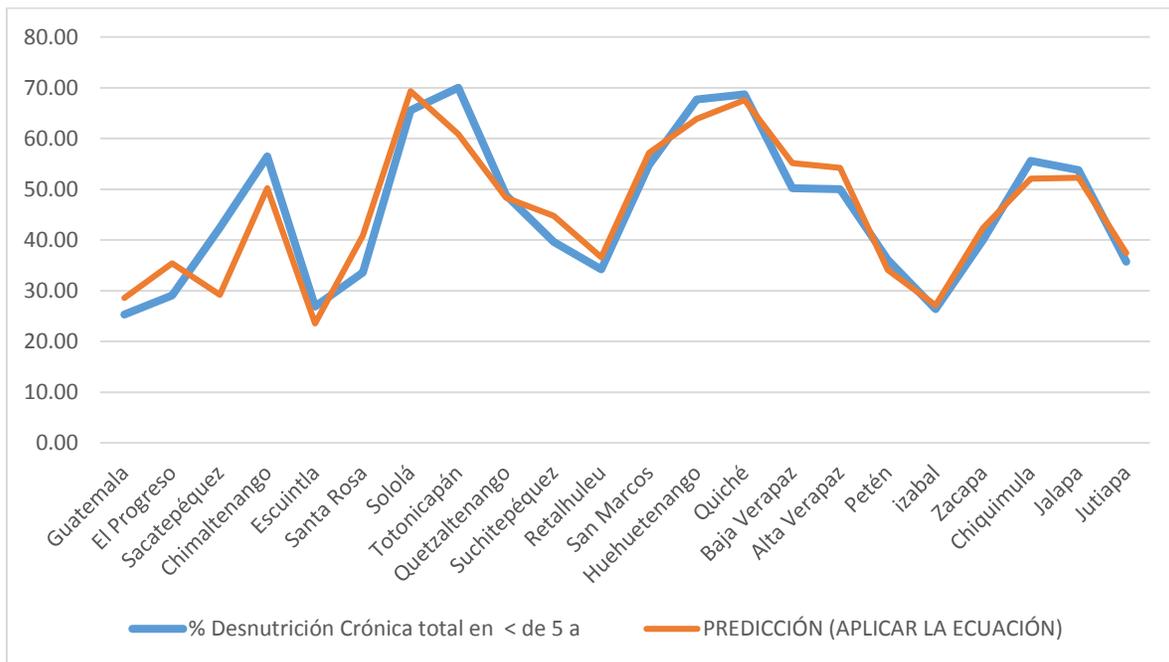
x = valor de la variable.

Tabla 13 valores de los coeficientes de las nueve variables seleccionadas

Valores de x		Valores de Coeficientes	
		<b>a</b>	77.699
X1	Valor de Tasa de mortalidad por diabetes mellitus por 100,000	<b>b1</b>	-0.432
X2	Valor años de escolaridad promedio en mujeres de 15 o más años	<b>b2</b>	4.928
X3	Valor per cápita salud	<b>b3</b>	-123.714
X4	Valor de porcentaje de la PEA que se encuentra en situación formal	<b>b4</b>	-0.075
X5	Valor de porcentaje de pobreza general	<b>b5</b>	0.315
X6	Valor de porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con acceso a control prenatal en el primer trimestre	<b>b6</b>	-0.570
X7	Valor de NBI acceso agua potable	<b>b7</b>	-1.164
X8	Valor de NBI ingreso familiar	<b>b8</b>	0.615
X9	Valor de porcentaje de mujeres de 15 a 49 años atendidas en su control pre natal en un servicio público	<b>b9</b>	0.041

Los resultados de aplicar la formula se presentan en la gráfica siguiente donde se comparan los valores de la predicción estadística el comportamiento real, evidenciando la cercanía de los dos datos.

Gráfica 3: diferencia del valor de DCI y el valor de predicción



Fuente: datos de la regresión lineal

Como se observa en la gráfica anterior, el nivel de predicción de la fórmula es alto y, con excepción de Sacatepéquez que tiene una diferencia de 13, todos los datos muestran diferencias que oscilan entre 9 y 0.45%.

Las variables más sólidamente relacionadas con la DCI son la pobreza y el ingreso familiar. La educación y particularmente la relacionada con las mujeres, si bien es ampliamente conocida su relación con la DCI y la pobreza en éste modelo muestra una importante fuerza predictiva. Otra variable de tipo económico: la formalidad / informalidad en el empleo tiene un peso específico muy fuerte en la generación de la DCI; Un dato, por demás relevante, es la asociación entre las muertes por diabetes mellitus y la DCI, situación que no se considera en política alguna. Otras variables relevantes son las relativas al acceso a los servicios públicos de salud, el acceso al agua y el aumento de las inversiones en salud también resultaron ser variables fuertemente vinculadas a la prevalencia de la DCI.

## CAPÍTULO 4: Discusión y análisis de resultados

Para la discusión y el análisis de los resultados, se parte de lo mostrado en el capítulo anterior y se organiza mediante los objetivos. Una primera consideración es el análisis crítico del proceso de formulación de las políticas públicas sanitarias y desde esta perspectiva, se analiza la recopilación de las políticas presentadas; en un segundo momento se aborda el contexto histórico y social que se presentó como parte del origen de las políticas examinadas, para luego analizar el marco legal.

Posteriormente, se hace un análisis de las obstrucciones encontradas en el diseño e implementación de las políticas, valiéndose de las categorías que surgieron de las entrevistas con los actores clave, legitimándolas con información que las respalda o las refuta. Por último, se hace el análisis de los resultados del componente cuantitativo relacionándolo con la información anterior.

#### **4.1 ¿Cómo se formulan las políticas públicas sanitarias y su impacto en su diseño y desempeño?**

De acuerdo a la naturaleza, nivel y jerarquía de la política y utilizando el esquema adoptado por el gobierno central de Guatemala, mediante las normativas generadas por la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia -SEGEPLAN-, estas se dividen en tres tipos: 1) las políticas generales, que, sin ser propiamente de salud, impactan el gasto e inversión en este sector al definir las grandes orientaciones de las acciones; 2) las sectoriales, las cuales son generadas e implementadas por las instituciones del sector salud y que, por su naturaleza, buscan el logro de los objetivos del sistema de salud impactando de manera directa la situación de salud, la satisfacción pública que generan los servicios de salud y participan en la protección financiera ante gastos empobrecedores de la enfermedad; y, 3) las transversales, que proporcionan contenido axiológico a las anteriores, un ejemplo es la política de género, la de interculturalidad, etc. A continuación, se describe y analiza el proceso de las políticas generales.

## **Las políticas generales**

Están dadas por el marco jurídico legal vigente y por los compromisos internacionales. En el primero, lo de mayor jerarquía es lo preceptuado en la Constitución de la República. A lo anterior se suma el marco de Tratados y Convenios Internacionales. Es a partir de este marco legal que cada administración de gobierno interpreta el contenido de su propuesta programática (cuando la hay) y formula nuevas políticas generales o continúa las que están en marcha. En la normativa no se define con claridad lo que es una política general por lo que es nombrada de diversas maneras: política general, política de desarrollo o política económica o social. De cualquier manera, la normativa no establece procedimientos, plazos y mecanismos para la formulación de las políticas generales y, básicamente, resultan expresadas en los planes de gobierno en términos muy generales.

Es común escuchar que las políticas generales no logran permanecer entre períodos de gobiernos y esta carencia de inter-temporalidad se achaca a múltiples causas, entre las que se mencionan, la debilidad del Estado, la falta de visión, la falta de recursos y, sobre todo, la falta de consensos sociales. (Fundación 2020, 2006).

En un análisis de las políticas de salud, en el período de 1985 a 2010, (Hernandez-Mack L, 2011), se afirma que lo anterior no necesariamente es cierto. Se ha visto que políticas como la que sustentó el Programa de Extensión de Cobertura, o la focalización de las acciones de salud, exclusivamente en la población materno-infantil, o, el énfasis en la expansión en los métodos de planificación familiar o la focalización, en ciertos municipios ha permanecido, casi sin variaciones sustantivas a lo largo de varios períodos de gobierno. En dicho análisis se argumenta que estas políticas, generalmente, son impulsadas por la cooperación internacional y que ese es un elemento fundamental de su sostenibilidad en el tiempo.

Por lo anterior, surge la pregunta: ¿por qué si Guatemala ha sostenido sus políticas por, al menos 12 años, no mejora la situación de salud o la nutrición a la velocidad requerida para reducir los problemas y las inequidades? (Estrada-Galindo, 2008).

Una respuesta parcial puede encontrarse en un estudio realizado por el BID en 2006(Stein, 2006), en el cual se analizan varias características de las políticas en los últimos 20 años para varios países, entre ellos Guatemala. Según esta publicación, las políticas en el país, en cuanto a estabilidad en el tiempo, capacidad para adaptarse, coordinación, coherencia y eficiencia tienen una calificación de calidad media; sin embargo, en la implementación y aplicación efectiva y en su orientación hacia el interés público tienen una calificación de calidad baja. El bajo nivel de implementación y aplicación de la política social, probablemente radica en el reducido financiamiento público y los problemas de número, distribución, condiciones laborales y competencias de los recursos humanos, mientras que la baja calificación en su orientación hacia el interés público, puede tener su origen en que las políticas públicas sostenidas en el tiempo, responden, en su mayoría, a agendas definidas externamente y que son promovidas y financiadas por la cooperación internacional, situación en la que, eventualmente, las políticas pueden no ser del todo apropiadas por quienes las desarrollan e implementan.

La política general se declara mediante la adaptación que sufre la del anterior período de gobierno, interpretada a la luz de la plataforma programática del partido que llega al gobierno, es decir, lo que ocurre es una suerte de inercia con incrementalismo, en donde una política solamente es modificada dándole aspecto de nueva con retórica distinta. No existe normativa para el proceso de formulación y existen indicios que ésta resulta influenciada, principalmente por los temas y acciones impulsadas por la cooperación internacional. La política general o planes de gobierno dan el marco referencial para el desarrollo de las políticas sectoriales, transversales e institucionales. En estas últimas tres, es en donde se definen las acciones en los distintos niveles del gobierno. A continuación, se describe y analiza el proceso de formulación de la política sectorial de salud.

## **La política sectorial y su priorización relacionada con la nutrición infantil**

De acuerdo con la Ley del Organismo Ejecutivo (Congreso de la República de Guatemala, 1997), en el artículo 27, inciso c, las políticas sectoriales deben planificarse, ejecutarse y evaluarse de forma que guarden coherencia con la política general de gobierno. La responsabilidad recae en los Ministerios respectivos, pues según la Ley del Organismo Ejecutivo, artículos 23 y 27 son los ministros los rectores de las políticas públicas de su sector o sectores.

En el caso del sector de la salud, éste se define en el Código de Salud (Congreso de la República de Guatemala, 1997), en los artículos 8 al 11 y se incluyen todas las instituciones públicas y privadas que se relacionan con la generación de bienes y servicios de la salud. Para la etapa de la formulación de la política sectorial, así como para las otras etapas de implementación y evaluación de las políticas públicas, las instituciones relacionadas con un determinado sector deben coordinarse bajo la rectoría sectorial, tarea que el Código de Salud le asigna al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Esto le confiere una complejidad considerable al proceso de la definición de las políticas sectoriales, pues, dada la ya secular fragmentación y descoordinación del sistema de salud guatemalteco, la tarea de coordinar los esfuerzos para la búsqueda de los objetivos del sistema, por la vía de la promulgación de políticas sectoriales, enfrenta una realidad adversa.

Aun, cuando en la normativa nacional sí existen mandatos de formulación participativa de la política sectorial (como el caso del Ministerio de Agricultura Ganadería y Alimentación –Ley del Organismo Ejecutivo, artículo 29- ), en el caso de la salud, no existe tal mandato, lo que hace aún más complejo el panorama si se considera que instituciones como el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, un importante prestador de servicios de salud, o Sanidad Militar, desarrollan sus actividades por fuera de los mandatos de la política sectorial y amparados en reglamentos y leyes particulares. Aún con estas limitaciones, el proceso de la formulación de la política sectorial de salud se genera dentro del MSPAS.

La definición de políticas es una función cuya responsabilidad recae, como se mencionó anteriormente en el MSPAS, como parte del mandato de rectoría sectorial; sin embargo, las capacidades para esta rectoría son limitadas. Si se considera que el MSPAS, únicamente financia un quinto del gasto total de la salud y que el Código de Salud le manda “coordinar” con el IGSS sin desarrollar elementos de coerción, por poner dos ejemplos, el escenario está puesto para una debilidad de la función rectora (USAID / Diálogo para la inversión social, 2008, pág. 11).

El proceso formal de la formulación de la política sectorial se inscribe en el Sistema Nacional de Planificación (SNP) el cual consiste en la articulación de los procesos de planificación sectorial e institucional, con los procesos de planificación municipal, departamental, regional y de ordenamiento territorial, a través de las instancias de planificación desconcentrada del Sistema Nacional de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural. Este sistema cuenta con dos componentes básicos.

- 1) Planificación sectorial basada en políticas públicas: entendida como un instrumento de planificación orientado al logro de resultados que desarrolla un marco estratégico definido a partir de las políticas públicas, las leyes vinculadas al sector y los planes estratégicos nacionales e institucionales ya existentes y aprobados; para hacerlos operativos a mediano plazo. El caso de la salud está normado por la política general respectiva citada arriba.
- 2) Planificación territorial emanada del Sistema de Consejos de Desarrollo mediante metodologías participativas, desarrollando los contenidos de las políticas sectoriales que incluyen el ordenamiento territorial como eje e instrumento orientador y articulador de las políticas públicas y que se expresan en la asignación presupuestaria de las instituciones en el territorio. En el caso de salud, no es sino hasta en fecha reciente que se han desarrollado los planes territoriales de la salud, los cuales no han sido actualizados desde el 2013, pero continúan vigentes y adoptan elementos emanados de las políticas para la reducción de la desnutrición crónica como

parte de las acciones de seguridad alimentaria impulsadas por los Consejos Municipales para la Seguridad Alimentaria.

Las políticas sectoriales de los distintos gobiernos del período analizado (Arzú 1996-2000, Portillo 2000-2004; Berger 2004-2008; Colom 2008-2012; y Pérez Molina Maldonado 2012-2016) declaran la necesidad de fortalecer la rectoría del MSPAS, el mejoramiento y ampliación de la cobertura de atención, el desarrollo de un modelo de atención y gestión integral, la promoción del acceso a medicamentos, la promoción de la investigación, el desarrollo de los recursos humanos y su mejoramiento de las condiciones de trabajo, la atención adecuada de la demanda de servicios, el mejoramiento, ampliación y transparencia del gasto público y la armonización y alineación de la cooperación internacional. En todos los períodos, el combate a la desnutrición crónica surge de forma indirecta mediante leyes o acciones vinculadas con la seguridad alimentaria, y a partir del gobierno de Berger, se le asigna de forma específica recursos presupuestarios.

Al observar estas declaraciones de política sectorial, se puede asumir que llevan implícito y son el resultado de un análisis acerca de los problemas más relevantes de la salud en el país y proponen medidas para resolverlos en el marco de la política general. Si es cierto que resultaron de un proceso de análisis o por otro mecanismo, el hecho es que se declaran los problemas más importantes de la salud en Guatemala:

1. la falta de rectoría;
2. la vigencia de un modelo de atención de la salud inadecuado para las necesidades reales y que no resuelve el problema de las inequidades;
3. la falta de acceso a medicamentos;
4. la falta de generación de conocimiento local sobre nuestros propios problemas;
5. la falta o poca formación del recurso humano en salud, en el momento de convertirse en planes, programas y proyectos de salud;
6. la falta de atención al medio ambiente como un problema generador de enfermedades;

7. la baja capacidad de respuesta del sistema público a las demandas de servicios;
8. el bajo financiamiento público de la salud; y,
9. la falta de armonización de la cooperación con las necesidades y decisiones nacionales.

Ante tales declaraciones resulta contratante que, en términos reales, a juzgar por las asignaciones presupuestarias, solamente se ha privilegiado la atención materna e infantil en algunos municipios del país, se ha promovido el uso de paquetes básicos mínimos para poblaciones rurales y empobrecidas y se han dejado de priorizar las soluciones para los problemas antes señalados y aunque como se vio, parecen priorizar la reducción de la desnutrición infantil, se ha continuado con un enfoque focalizador y parcial.

### **Políticas públicas transversales de relevancia para la salud y la nutrición**

Las políticas públicas transversales se definen como aquellas que, por su naturaleza, se enmarcan en las políticas públicas de varios sectores, de distintos ramos ministeriales, múltiples instituciones y diversos niveles de gobierno. Dentro de la institucionalidad administrativa, generalmente este tipo de políticas están asociadas a las secretarías de la Presidencia, sin embargo, no existe un mandato general acerca de la relación entre las políticas públicas y las secretarías, porque de acuerdo con la ley del Organismo Ejecutivo, en su artículo 8, las secretarías de la Presidencia no pueden realizar funciones de ejecución que sean propias de los ministerios, ya que son órganos de apoyo a las funciones del presidente. Por ello, su carácter es vinculado a la política general. En todos los casos, se enuncia que las secretarías tienen implicaciones en la formulación, seguimiento y evaluación, pero no en la implementación. Este es el caso de la Secretaria de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

En términos generales, durante los gobiernos del período analizado, se han hecho declaraciones de política que incluye los siguientes elementos transversales.

- 1) Priorización de los más pobres.
- 2) Equidad de género.
- 3) Inversión en la infancia y la niñez.
- 4) Interculturalidad.
- 5) Ética y moral.
- 6) Conservación del medio ambiente.
- 7) Participación ciudadana.
- 8) Respeto a los derechos humanos.

De acuerdo con la normativa, para la formulación de los planes estratégicos y programáticos (SEGEPLAN, 2011), las políticas sectoriales deben interpretarse a través de las políticas transversales. A partir de este enunciado, se espera que las acciones sean priorizadas en las comunidades más afectadas por la pobreza, con elementos de equidad de género e interculturalidad, respetuosos de la integridad medio ambiental, con participación de las comunidades y basados en el derecho a la salud.

## **4.2 ¿Cómo se priorizan y se asignan los recursos y cuál es el impacto en el combate a la DCI?**

### **El proceso**

Para abordar el tema de la priorización de los problemas nutricionales y asignación de los recursos, en esta sección se sigue la línea argumental de la planificación y gestión de la salud, la cual implica, como primer paso, la definición de las políticas, entendidas como el enunciado de las grandes orientaciones de tipo general y sectorial, es decir, el qué hacer para reducir la desnutrición crónica, luego, el siguiente paso consiste en avanzar hacia la definición de las estrategias, para, finalmente, desarrollar los programas que implican la asignación de los recursos y la definición de las normas que se ven plasmadas en los planes operativos. En la

definición de las políticas, entonces, se asiste a la primera fase de un proceso de priorización de problemas que se consideran los más importantes en el ámbito sectorial de la salud.

Habiendo abordado en la sección anterior el proceso de la definición de las políticas, al observar estas declaraciones, se puede asumir que llevan implícito y son el resultado de un análisis acerca de los problemas más relevantes de la salud en el país. En el plano normativo, la SEGEPLAN desarrollo la guía para el proceso de planificación institucional (SEGEPLAN, 2011, págs. 12-25). En este documento se definen las actividades que deben realizarse para llegar a proponer un plan institucional, de acuerdo con los mandatos generales y específicos del sector.

El desarrollo del plan sectorial implica un ejercicio de Planificación Estratégica, el cual se concibe como el proceso para identificar necesidades y problemas, establecer objetivos y metas, así como, determinar las acciones a emprender para provocar los cambios deseados, por medio de la utilización óptima de recursos escasos que responden a las prioridades del país para el logro de resultados.

Esta normativa establece los mecanismos formales para la priorización de los problemas y asignación de recursos que deben ser consignados en el plan estratégico institucional. El punto de partida del proceso consiste en acordar su realización por parte de las autoridades que toman decisiones en el MSPAS, para definir el proceso general a seguir y determinar qué personas, grupos o unidades deben participar. Este proceso debe llevarse a cabo de manera participativa, proponer, consensuar y validar la información que sustentará el plan estratégico.

Al darle una mirada general al proceso de priorización y asignación de los recursos públicos de la salud dentro del MSPAS es notorio que se han desarrollado una serie de normativas e instrumentos, que, en un plano teórico, le dan coherencia al proceso. Aun cuando se señala que no hay políticas de salud estables en el tiempo, la evidencia muestra que esto no es así, el problema radica en las dificultades para la implementación y la calidad de las acciones más que en la promulgación de la política. Ahora bien, ¿Cuál es la causa de que las políticas no culminen en acciones vinculadas y coherentes que logren los objetivos deseados?; en los aparatados

anteriores se han adelantado algunas reflexiones al respecto, sin embargo, conviene analizar los procesos como un todo.

El paso de la política general a la política sectorial parece coherente y muy vinculado, especialmente porque la política general en realidad es el plan de gobierno y en términos generales tiene coherencia con los planes estratégicos, sin embargo, su expresión en los objetivos estratégicos resulta muy reduccionista, aun cuando en su desagregación en actividades si puede verse aún la vinculación.

El caso es distinto cuando se transita desde los objetivos estratégicos a los programas. Es notoria la desvinculación de lo que se plantea en el plan estratégico y lo que se norma y regula desde los programas. Sin duda, el plan estratégico se formula basándose en la situación de prevalencia de la DCI y en la realidad epidemiológica y demográfica, considerando la situación del sistema de salud en su conjunto, pero parece que la situación institucional, especialmente, como se organiza, ha sido poco considerada.

Aún, si esta desvinculación no fuera grave, el paso siguiente, es decir de la estrategia hacia la programación de las actividades, no se hace basándose en la norma. Sería ideal y apegado a la normativa, si es partir de las actividades previstas en las normas de atención desarrolladas por los programas que se ejecutara la programación de las actividades y la asignación de los recursos, pero en la realidad, esto no ocurre. Las unidades ejecutoras realizan su programación mediante otros instrumentos y no las normas de atención; esto es particularmente cierto en el caso de las actividades programadas para el combate a la desnutrición crónica pues se reducen a seguir haciendo lo mismo, aun cuando los resultados continúan revelando su insuficiencia.

Por lo expuesto anteriormente, es posible afirmar que el proceso que debe culminar en la asignación de recursos a los servicios de salud, para resolver los problemas nutricionales que, previamente, han sido definidos y priorizados, tiene una importante ruptura en el paso de las estrategias a los programas. Pareciera que, finalmente, la influencia de las políticas generales, sectoriales y los objetivos estratégicos respecto de las actividades que se realizan y la manera como se

distribuyen los recursos es limitada. De ahí en adelante, el proceso de asignación de recursos toma otra lógica y otra dinámica y son los servicios de salud de los tres niveles los que toman el rol central en el proceso.

Para contextualizar y explicar estas últimas afirmaciones, es necesario comprender cuál es la ruta que siguen los recursos destinados a los servicios desde la programación global del presupuesto, la programación institucional y la programación que desarrollan los servicios.

### **La asignación de los recursos**

La asignación de los recursos es parte de un ciclo que cada año se repite, el primer paso es la programación del presupuesto público, este tiene tres grandes espacios para su desarrollo: el primero es la programación global que hace un balance entre las necesidades de financiamiento público a partir de las políticas generales y los recursos disponibles. Como resultado de este balance se genera un proyecto con un techo presupuestario que es el que consideran las instituciones para su programación.

El proceso de programación y asignación de los recursos inicia en el mes de enero y finaliza en septiembre con la presentación del presupuesto, el resultado final es un monto que funciona como el techo presupuestario deseado; a este monto se le deducen cantidades variables en su paso por el Congreso de la República

Aun cuando al final existe un monto aprobado, el presupuesto tiene varias rigideces que influyen el desempeño final de los servicios. En primer lugar, la rigidez más conspicua es el techo que impone la realidad fiscal; como ejemplo, si se toma en cuenta que para el año 2011 la carga fiscal se estimaba en 10.8%, es de esperar limitaciones en la disponibilidad de los recursos públicos; a esto se le sumo que únicamente el 23% del presupuesto estaba destinado a inversión, el resto fue para funcionamiento y para el pago de la deuda y responder a los compromisos constitucionales y legales del gasto.

Si a lo anterior se le agrega que solo el 10% de los ingresos corrientes no tenía destino específico o legal y que únicamente el 7% del presupuesto fue para salud, el escenario para la escasez de recursos para la salud está puesto.

Una vez se asigna al MSPAS el presupuesto, el proceso de asignación a las unidades ejecutoras institucionales se inicia. La manera como los distintos países asignan los recursos para la salud tiene dos modelos; el primero se basa en la oferta y la demanda de servicios y el segundo en las necesidades (Bossert, 2010). En el primer caso, cuando el modelo privilegia la oferta y la demanda, pueden desarrollarse dos variantes: una, cuando se basa en la oferta, las asignaciones de recursos se hacen basándose en el presupuesto histórico, realizando adiciones incrementales, respecto a los presupuestos anteriores y se basa en la programación de insumos; cuando se hace basado en la demanda, se programan los recursos de acuerdo con la producción de los servicios.

Es posible que en un mismo sistema se utilicen ambos, por ejemplo, basado en la oferta en servicios de atención básica y basada en la demanda en servicios hospitalarios. Cuando se elige el modelo por necesidades, la distribución de los recursos se hace mediante la capitación ponderada, es decir se eligen algunas variables bajo una lógica de equidad en la distribución de los recursos y con ellas se construye una fórmula que se utiliza para la asignación.

En el caso de Guatemala, el modelo utilizado es el de oferta realizando las asignaciones basadas en incrementos del presupuesto histórico. En el proceso son las Áreas de salud las que programan el gasto, basándose en la demanda esperada de servicios de salud; la manera como lo calculan, generalmente, es incrementando a cada uno de los rubros un porcentaje similar al de la inflación. Es importante resaltar que los incrementos se hacen únicamente en el grupo 2 de los objetos de gasto<sup>18</sup>, es decir, que la asignación de recursos no se hace por necesidades, emanadas del análisis de situación o por los mandatos de las políticas sanitarias, en este caso las dedicadas a la reducción de la desnutrición crónica, ni por

---

<sup>18</sup>El grupo 0 es para personal; el grupo 1 para servicios y contratos; el grupo 2 es para suministros; el grupo 3 para equipos planta y propiedad y el grupo 4 para transferencias.

programas, ni por los cambios epidemiológicos, sino por incrementos anuales en los montos históricos asignados a los insumos (Bossert, 2010, págs. 14-27). Cada área de salud recibe un techo presupuestario que, en general, oscila entre los 28 y los 32 millones de quetzales. Sobre este monto se programa el gasto por el mecanismo descrito arriba, sin embargo, ante las solicitudes y órdenes del despacho de abrir o complejizar los servicios, por ejemplo, cuando en el programa Gobernando con la Gente del presidente Colom se ofrecía abrir un centro de atención permanente, los recursos se utilizan para la contratación de personal o servicios fuera de la programación.

En términos de asignaciones al combate a la DCI, a partir del gobierno de Colom, se inicia la modalidad de presupuesto por resultados, en el cual uno de los objetivos es la reducción de la desnutrición mediante la provisión de servicios a menores de 5 años y sus madres con las intervenciones de la VMD. En realidad lo que ocurrió es que los renglones presupuestarios se “agruparon” bajo el objetivo de reducir la DCI, sin embargo, el tipo de provisión y el contenido de la misma, sufrió pocas modificaciones respecto a años anteriores y se continuó basando el esfuerzo en el Programa de Extensión de Cobertura PEC.

El modelo de provisión de servicios del PEC mediante su paquete básico y basado en la visita itinerante de un equipo formado por un médico/enfermera ambulatoria y un 90% de personal voluntario local, partía del supuesto de que un conjunto de intervenciones costo-efectivas podrían mejorar la salud de madres y niños (el resto de la población quedó fuera de la intervención, es decir, hombres, adultos mayores, adolescentes, niños mayores de 5 años y mujeres con problemas no reproductivos).

Este modelo cuyo foco de atención era el individuo (niño/niña y el individuo madre), ignoraba la dinámica familiar y las profundas vinculaciones que tienen la salud y la nutrición de cada miembro de la familia con la salud de los demás integrantes. La mejora de la salud del niño/niña/madre podría tener efectos positivos en los demás miembros de la familia por diferentes vías, sin embargo, la mala salud de otros miembros puede afectar negativamente la salud de los niños/niñas/madres.

Quizás la relación más clara es que la mala salud del padre o la madre, quienes tienen funciones de proveedores, puede mermar su capacidad de producir bienes y servicios para su familia por la vía del ausentismo laboral y con esto agravar la situación. Otro mecanismo posible es el efecto indirecto en la salud generado por el gasto de bolsillo para la atención de la enfermedad de otros miembros de la familia. Asimismo, se puede mencionar el contagio y el riesgo aumentado de enfermedad por convivir con una persona enferma. Por tanto, para proveer salud integral con impacto, el objeto (o sujeto) de la atención primaria es la familia y no solo alguno de sus miembros.

En cuanto a las intervenciones que formaron parte del paquete básico de servicios proveídos por el PEC, es notoria la coincidencia con las intervenciones de la VMD, en donde todas, excepto la provisión de zinc terapéutico, la prevención de la deficiencia de yodo a través de sal yodada y la fortificación con micronutrientes a los alimentos básicos, fueron parte desde 1997 de las intervenciones regulares en el primer nivel de atención, que se asumía, recibían madres y niños de todas las jurisdicciones, en donde había presencia del PEC. De acuerdo con la información oficial, el PEC atendía a 3.5 millones de personas en el año 2000. Cabe indicar, no obstante, que estas intervenciones se realizan en Guatemala por el MSPAS desde los años 80, como consta en las normas de atención publicadas desde esa época.

Las intervenciones derivadas de las políticas enfatizaron la participación comunitaria por la vía de dos figuras, por un lado el surgimiento de los “guardianes de la salud”, quienes formaban parte de los “voluntarios” del PEC con tareas de convocar a la población, realizar apoyos en tareas puntuales como en las campañas de vacunación y asistir en los momentos de consulta cuando se presentaban los médicos o enfermeras ambulatorias a las comunidades.

La otra modalidad fue activar lo preceptuado por la Ley de Desarrollo Social con la conformación de comités comunitarios, municipales y departamentales de desarrollo.

A partir de la implementación de estos espacios de participación, la madurez y capacidades de Cocodes y de los Consejos Municipales de Desarrollo (Comudes) ha sido heterogénea; quizás sea necesario profundizar en nuevos enfoques para organizar, conducir e implementar la participación en salud, pero en el año 2015 continuaban siendo los espacios oficiales y disponibles. Tiempo después, dentro de la estructura de los Consejos de Desarrollo se creó el Consejo Municipal de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Comusan), mismo que generalmente funciona con los mismos actores sociales locales (representantes del MSPAS, del Ministerio de Alimentación, y Agricultura -MAGA-, del Ministerio de Desarrollo Social -Mides-, de ONG locales, municipalidad, iglesias y otras organizaciones de la sociedad civil) y que de alguna manera «compiten» con el Consejo Municipal de Salud (Comusa), aun cuando ambos se insertan en la organización social ancestral y espontánea.

### **4.3 El origen de las políticas a partir del contexto histórico social**

La manera como se configuró el sistema de salud en Guatemala, desde una perspectiva histórica, social y política, le imprimió sus características básicas que, al final, son el vehículo para la implementación de las políticas para el combate a la DIC: un sistema fragmentado en múltiples proveedores de servicios en los que cada uno sigue sus propias lógicas, modelos de atención y de gestión y lo más relevante, que no se comunican entre sí; un sistema que atiende de forma segmentada a la población, organizando un subsistema para la población empobrecida, otro para aquellos que son trabajadores formales, otro para quienes puede pagar los servicios privados y otro, el comunitario, donde se resuelven la mayoría de los problemas, no necesariamente con el éxito y resultados deseados. En otras palabras, el sistema de salud guatemalteco segmenta a la población por su capacidad de pago y no por su condición de ciudadano o ciudadana. El sistema de salud también se caracteriza por la baja prioridad que se les da a los problemas de salud desde el aparato gubernamental; esta situación se refleja en las asignaciones presupuestarias y en la falta de inversión pública en estos temas.

Las desigualdades sociales y económicas que dan origen a las características de segmentación y fragmentación del sistema de salud no solo no resuelven los problemas, sino se convierten en un problema en sí mismo. En Guatemala, hay segmentos de la población que tienen acceso a los mejores servicios de salud, tienen unas condiciones de vida que permiten su desarrollo personal y familiar y logran vidas largas y saludables; mientras otros segmentos de población, literalmente, no tienen para el alimento diario, su salud y condiciones de vida son precarias y solo tienen acceso (cuando tienen) a servicios de salud también precarios. La desigualdad o inequidad son parte de los problemas de salud de Guatemala.

Las políticas públicas sanitarias, en general, y las promulgadas para la reducción de la DCI, no solo no han considerado como un elemento central la reducción de las desigualdades, sino, por el contrario, fomentan la focalización, la segmentación y la fragmentación. El hecho de enfatizar en algunos problemas: desnutrición, diarrea, enfermedades respiratorias y problemas de tipo reproductivo, en algunas territorios (municipios priorizados por las altas prevalencias de los problemas) en algunos grupos poblacionales (niños y niñas menores de 5 años y mujeres en edad reproductiva) y en algunas intervenciones (inmunizaciones, consejería y provisión de sales de re hidratación oral) hacen que un gran grupo de personas queden fuera de los esfuerzos por mejorar la salud desde las organizaciones del Estado.

Aun cuando la DCI ha sido una prioridad, es notorio que su prevalencia, si bien, se ha reducido, la brecha entre poblaciones indígenas y no indígenas se ha ampliado, al igual que la brecha entre la población de bajos y altos ingresos, en los hijos de madres con educación formal con las que no la tienen y quienes viven en el área rural y al área urbana. Una primera explicación de los magros resultados de la política es la configuración misma del sistema de salud que las implementa y que fomenta un diseño que si bien invoca el derecho a la salud como su filosofía, plantea acciones directas sin afectar las causas intermedias o condiciones de vida de las personas y sus familias, ni las causas estructurales de las desigualdades sociales.

Cuando las políticas plantean un trabajo intersectorial, las variables que se desean afectar, por ejemplo, mejorar la producción de alimentos o incrementar el acceso a los mismos, son tomadas como variables aisladas y no parte de un proceso complejo e indivisible; esto se refleja en el presupuesto, en los planes y en las declaraciones oficiales. Al final, la intersectorialidad resulta en el trabajo aislado de los sectores, con intervenciones puntuales y descontextualizadas, los cuales, finalmente, no aportan al gran objetivo expresado en la política.

Esta estructura y configuración del sistema de salud guatemalteco, cuyos orígenes son históricos, sociales y económicos, han permeado la política pública y, de alguna manera, se reproduce en ella. Los esfuerzos para reducir la DCI no deben ignorar los cambios necesarios para reducir las desigualdades e inequidades sociales y económicas en Guatemala.

#### **4.4 Los límites de las políticas, el marco legal**

Las políticas, entendidas como las soluciones a problemas públicos, se expresan en diversas formas, a saber: leyes, acuerdos, declaraciones, documentos de posición, declaración de prioridades y prioridades presupuestarias. En este análisis, las políticas se abordan desde sus propios resultados, es decir, las leyes que han servido para declarar de interés público algunos temas pero que, a su vez, restringen el campo de acción de acuerdo con sus características.

La normativa de salud en el período estudiado no ha tenido un desarrollo armonioso sino más bien coyuntural. Para propósitos del análisis se han agrupado en tres perspectivas que reflejan las grandes orientaciones que proveen:

- 1) la universalidad de la salud;
- 2) la gratuidad de los servicios;
- 3) las responsabilidades institucionales;

## **Universalidad: salud para todos y todas**

El primer elemento vinculado con la universalidad de la atención de la salud surge del contenido de los artículos 1 y 2 de la Constitución Política de la República de 1985, donde se declara que el Estado se conforma para la búsqueda del bien común y que es su responsabilidad la protección de la vida, la paz, la justicia y el desarrollo integral de los habitantes de la República. Con esto se genera el marco de las responsabilidades del Estado sin discriminación de tipo alguno.

En los artículos 93, 94 y 95 de la Constitución se adopta un enfoque de derechos al declarar que la salud es un derecho humano y que es responsabilidad del Estado velar por la salud de todos los habitantes de la república, desarrollando acciones de promoción de la salud y prevención, atención y rehabilitación de la enfermedad.

Este articulado establece, con claridad, el espectro de atención de los servicios públicos y determina la universalidad de la atención en su sentido más general. Además, en el artículo 46 se declara que el derecho internacional tiene preeminencia sobre el derecho interno, lo que consolida el marco de derechos humanos por el hecho que Guatemala fue una de las naciones que refrendaron la declaración universal de los derechos humanos en 1948.

El artículo 45 establece como un delito el incumplimiento del derecho y abre la posibilidad de acciones contra quien viole o incumpla la norma constitucional. De acuerdo con la normativa constitucional, aun cuando se invoca la universalidad- *“todos los habitantes de la república”*- en los artículos 47, 51, 52, 53 55, y 56 se hacen específicos los grupos prioritarios: la familia en general, las mujeres y los niños (nótese que no se refiere a condiciones específicas sino a etapas del ciclo vital) personas discapacitadas, la maternidad, la alimentación y a los trabajadores migrantes.

El hecho que la norma enfatiza en estas poblaciones y condiciones (maternidad, infancia) prioritarias, no significa que deban de dejarse de tomar acciones de protección para el resto de los ciudadanos; especialmente por lo preceptuado en la sección séptima, referente a la salud, seguridad y asistencia social, donde se declara que la salud es un derecho de todos los habitantes y que es un bien público.

El hecho de que el mandato constitucional defina que la salud, como derecho, implica que todos y todas las guatemaltecas, en un marco de la universalidad del derecho, deben tener acceso al nivel más alto posible de salud. El dilema podría ser: ¿Qué es lo más alto posible dadas las condiciones de escasos recursos? En este sentido y como base para su discusión, la teoría de derechos de la salud lo define como el nivel de salud que el estrato más privilegiado logra obtener dentro del territorio; lo que es posible para un grupo de ciudadanos dentro del territorio nacional establece el estándar de lo deseable y alcanzable para todos (De Negri Armando, 2008).

Dadas las anteriores reflexiones y apegándose a la norma constitucional, el acceso universal a los servicios de salud, integrales y equitativos da el marco general deseable para el diseño e implementación de políticas sanitarias.

El acceso universal implica servicios de salud integrales con la racionalidad de ciclo de vida y se contrapone al enfoque de focalización excluyente. Acceso universal supone servicios de salud para todos y todas las guatemaltecas (sin distinción de alguna estratificación), todos los días, en todo el territorio nacional, para todas las condiciones que afectan la salud y con todos los recursos disponibles.

Esta “radicalización” en la interpretación de la norma constitucional, claramente impacta el diseño de las políticas, pues las estrategias, tales como la focalización excluyente, se convierten en violaciones al derecho de quienes son excluidos. Si bien la focalización en los más vulnerables es necesaria como el inicio de las acciones, no debe suponer ser limitante de la atención a grupos calificados como menos vulnerables.

En Guatemala, para dar algunos ejemplos, la pobreza afecta a uno de cada dos ciudadanos, uno de cada dos niños tiene retardo en la talla, las muertes de madres y niños se repiten a tasas alarmantes a lo largo de todo el territorio nacional, los servicios de salud públicos tienen un retraso en infraestructura de más de 30 años y las estrategias focalizadoras como el programa de extensión de cobertura no han logrado dar un salto cuantitativo ni cualitativo de la atención de la salud, el focalizar, como una estrategia en solitario, sin considerar su expansión al resto de

ciudadanos, no solo contraviene el derecho a la salud, sino profundiza las inequidades.

Tomando en consideración lo argumentado en los párrafos anteriores, las políticas para la reducción de la DCI han incumplido los preceptos constitucionales al focalizar las acciones solo en madres y niños y con algunas intervenciones. Un contraargumento puede ser: los recursos son escasos y es necesario racionalizar su utilización. Este argumento de tipo economicista olvida que el bienestar de los niños y niñas dependen en gran medida del bienestar de sus padres y hermanos, y al focalizar acciones solo en unos miembros de la familia, soslayando a otros miembros, se reduce considerablemente la posibilidad de éxito de las intervenciones.

En el ejercicio de regresión lineal presentado en el capítulo 3, se muestra como desatender problemas como las ECNT en miembros de la familia se correlaciona con el incremento de DCI, lo mismo que descuidar el acceso al agua, el empleo formal y el combate a la pobreza.

### **Gratuidad de los servicios: un sistema basado en impuestos**

El tema de la gratuidad de los servicios tiene como instrumento fundamental el Código de Salud, decreto 90-97, instrumento que, a su vez, constituye el marco regulatorio actual de todo el sector salud.

El código en su artículo 4 establece que El estado proporcionará a toda la población servicios de salud gratuitos.

La declaración de gratuidad de los servicios impacta de manera directa el diseño e implementación de las políticas sanitarias, pues, por ley, es imposible establecer medidas de recuperación de costos o cobro de servicios, lo que literalmente deja en manos del presupuesto regular del Ministerio el financiamiento de los servicios.

Aun cuando se declara la gratuidad de los servicios, esta disposición no se aparea a nuevos mecanismos de financiamiento, o modalidades distintas a las asignaciones presupuestarias regulares al MSPAS, provenientes, básicamente, de los exiguos ingresos por el pago de impuestos. Las políticas sanitarias suelen dejar

el capítulo de financiamiento como responsabilidad del MSPAS o en algunos casos en impuestos específicos, pero sin aclarar su progresividad y sostenibilidad.

La gratuidad de los servicios, a juzgar por el efecto que tuvo en la producción de servicios (incremento en el número de consultas) desde su promulgación, puso una gran presión al gasto público de la salud en, al menos, 5 ámbitos que debieron ser desarrollados y enfrentados con seriedad por las autoridades durante el período de estudio, pues al postergarlo se profundizaron las inequidades al proveer servicios desfinanciados y despojados de contenido sin capacidad de resolver los problemas; estos ámbitos aún están vigentes y son:

1. la dotación de insumos tales como medicamentos y equipo;
2. la adecuada contratación de recursos humanos que deben ser multiplicados y capacitados;
3. la recuperación y construcción de nueva infraestructura de los servicios públicos, que, con 30 años de retraso, impone un necesario aceleramiento a su recuperación;
4. la coordinación entre niveles de atención para desarrollar un sistema efectivo de referencia y respuesta que, a la larga, ayuda a resolver integralmente los problemas de salud, pero previsiblemente, impacta desde los establecimientos de más baja resolución hasta los hospitales y centros de especialidades; y, por último,
5. el incremento de las capacidades regulatorias de la autoridad sanitaria para asegurar la calidad de los servicios que se prestan.

Estos 5 ámbitos no están contemplados en las políticas promulgadas para la reducción de la DCI y su ausencia ha tenido claras implicaciones pues han sido parte de las causas del fracaso de estas políticas.

### **Responsabilidad institucional: que le toca hacer a cada uno**

Respecto de las funciones asignadas a las instituciones sectoriales, el instrumento que desarrolla este aspecto es el Código de Salud, especialmente en el artículo 9. El Ministerio de Salud (MSPAS) se responsabiliza de la rectoría del sector lo que implica las acciones de conducción, regulación, vigilancia, coordinación y

evaluación de las acciones en salud. Estas funciones, no solo requieren de recursos humanos competentes, que intrínsecamente implican gasto, sino de recursos financieros específicos para poder ejecutarlas.

El MSPAS, para dar coherencia a sus funciones, se responsabiliza de la formulación de políticas, planes, programas y proyectos. Estas funciones generan el marco de la planificación de la atención en salud la cual debe tener coherencia entre los grandes lineamientos de política, los planes y programas y la operativización de las acciones.

De acuerdo con la normativa, al MSPAS además de la rectoría, le corresponde el desarrollo de acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, es decir, prestar servicios. Además, debe promover la participación ciudadana y definir un modelo de atención integral de la salud.

El hecho de asumir múltiples funciones: regular, prestar y evaluar los servicios puede generar conflictos de interés y perdones cruzados, los cuales podrían afectar la eficiencia y efectividad del gasto y las acciones en salud. Una reflexión de estos aspectos es necesaria en el corto plazo y debe ser parte integral de cualquier proceso de formulación de las políticas sanitarias.

El Código de Salud, en los artículos 37 al 49; 52 al 123; 128 al 145, y del 147 al 212, norma las acciones que el Ministerio de Salud debe desarrollar, ya sea de forma directa como prestación de servicios, o en coordinación con otras instituciones públicas y privadas; estas incluyen: la vigilancia, la prevención y la atención de prácticamente todas las posibles condiciones patológicas: enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, enfermedades transmitidas por vectores, zoonosis, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades emergentes y re emergentes, accidentes, además de la reducción de factores de riesgo ambiental, conductual y laboral, tales como: la vigilancia del agua para consumo humano y la adecuada disposición de excretas y desechos sólidos; la vigilancia de la inocuidad de medicamentos y alimentos; manejo de material radiactivo; vigilancia en el uso de plaguicidas y la regulación de establecimientos de

la salud; regular los recursos humanos, administrar los cementerios y vigilar los expendios de alimentos.

Esta amplitud está en consonancia con el enfoque de derechos y la universalización de la atención y se contrapone a la estrategia de focalización excluyente, aun sea esta el combate a la DCI y, más importante aún, genera un marco amplio de responsabilidades que, expresada en servicios, impacta de manera directa el gasto en salud en un contexto de carencias de recursos.

El MSPAS, junto con el Instituto Nacional de Estadística tienen como obligación el desarrollo de un sistema nacional de información en salud, el cual se debe alimentar de datos provenientes de todo el sector (incluyendo el IGSS y el sector privado) de tal manera que se puedan generar informes acerca de la situación de salud y sus tendencias, la productividad, cobertura y costos de los servicios de salud y la cuantificación y cualificación de los diferentes recursos humanos, tecnológicos y financieros de las instituciones que conforman el Sector.

Esta obligación legal, de ser llevada a la práctica, se convertiría en la fuente de las decisiones acerca de política sanitaria, al permitir conocer la situación de salud y monitorearla con fines de planificación de acciones y sus respectivos recursos. De cualquier manera, el pensar en implementar esta responsabilidad requeriría importantes recursos destinados a la formación de competencias en el personal, para la actualización tecnológica y para el funcionamiento.

#### **4.5 Los problemas que afectan la implementación y resultados de las políticas sanitarias para la reducción de la DCI**

En esencia, este análisis se centra en la identificación de los elementos conceptuales y operativos relacionados con el diseño e implementación de las políticas públicas para la reducción de la DCI en Guatemala.

Como se mostró en el capítulo de metodología, para esta indagación se realizaron entrevistas con actores clave del proceso de diseño e implementación de la política.

De las entrevistas se obtuvieron narrativas de las que se extrajeron categorías que son las que fundamentan este análisis. Para cada una de las categorías resultantes, se buscó información documental que corroborara dichas afirmaciones. Las categorías elegidas se agrupan en dos grandes ámbitos del análisis que engloban las causas y argumentos por los que las políticas de combate a la DCI no han logrado el éxito deseado: lo conceptual de la política y lo operativo. A continuación, se desarrollan.

### **Problemas de tipo conceptual**

El haber promulgado *Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional* y luego de la *Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional* que agregó elementos estratégicos y tácticos, fue un importante avance en la lucha contra la DCI.

Si se sigue el modelo teórico para la formulación de la política pública, utilizando el «ciclo de la política», es esencial partir del reconocimiento del problema como uno de índole pública y luego analizar si este problema forma parte de la agenda pública y política. Una vez en la agenda, es necesario reconocer cuál es el marco ético y político donde este problema público encuentra su solución (o al menos el esfuerzo por enfrentarlo) entendida esta como la política pública *per se*<sup>19</sup>.

El ciclo inicia con la definición precisa del problema a resolver para luego hacer un diagnóstico respecto de las causas que lo generan. Una vez definido el problema y diagnosticadas las causas se procede a formular una solución que se convierte en la política pública. Al estar formulada la política, se necesita la decisión política para implementarla. La implementación tiene su propia dinámica que al final será evaluada en cuanto a sus resultados (Roberts M, 2008). En este apartado se muestran los problemas en la conceptualización del problema de la DCI (naturaleza, causas y mecanismos) que a juicio de los entrevistados son los esenciales

---

<sup>19</sup>Política pública entendida como el esfuerzo gubernamental en la forma de un curso de acción para resolver un problema público.

Para el caso de las políticas para el combate a la DCI, debe reconocerse que tomó varios años lograr que las mismas fueran parte de la agenda pública y la agenda política. Los momentos de mayor trascendencia fueron en el 2005, con la promulgación de la *Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional* y la *Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional* y la adopción del combate a la DCI mediante el «Pacto Hambre Cero» en 2012. Una vez en la agenda, se definió de manera precisa el problema: cuántos niños y niñas padecen de DCI, donde habitan, cuál es su situación socioeconómica, cuál es su etnia, la educación de sus padres, los antecedentes del embarazo y parto, el tipo de lactancia que recibieron, su situación de salud en cuanto a inmunizaciones recibidas, acceso a servicios de salud, episodios de diarrea y enfermedades respiratorias agudas y el uso de sales de rehidratación oral. En otras palabras, por medio de las publicaciones periódicas de las *Ensmi*, Guatemala conoce el problema con un importante grado de detalle, desde hace más de 20 años.<sup>20</sup>

El problema, por lo tanto, está bien definido en cuanto a su perfil epidemiológico. Ahora bien, el diagnóstico de sus causas tomó al menos dos rumbos. Por un lado, las *ENSMI* en sus distintas versiones, presentaron una serie de variables asociadas con la DCI, señalando que este problema se asociaba con la ruralidad, la pertenencia a alguna de las etnias indígenas, con pertenecer a hogares con numerosos miembros, en situación de pobreza y con tener madres sin educación, entre otros. En alguna medida, estas publicaciones se limitan a explicar que la DCI tiene prevalencias distintas, según estas variables.

La otra vertiente diagnóstica sigue el camino de explicar la DCI por problemas o insuficiencias en los llamados pilares de la SAN: la falta de disponibilidad de alimentos, los problemas en el acceso, el inadecuado consumo y el incremento de consumo energético, debido a enfermedades que desvían los “recursos biológicos del crecimiento” hacia la defensa de las distintas patologías, especialmente la diarrea y las infecciones respiratorias agudas.

---

<sup>20</sup> Encuestas de Salud Materna e Infantil 2005, 1998/99, 2000, 2008/09 y 2014/2015

Estas vertientes diagnósticas presentan problemas conceptuales al menos en tres ámbitos profundamente relacionados: 1) los niveles explicativos en los que se aborda el problema; 2) el o los sujetos del análisis; y, 3) los mecanismos por los que se asume producen la DCI. A continuación, se explican.

### **Niveles explicativos**

En cuanto a los niveles de causalidad, se asumen explicaciones inscritas en un nivel singular, vinculado directamente con las decisiones individuales y familiares. Por ejemplo, el tipo de alimentos que se consumen, la decisión de acudir a los servicios de salud, la decisión de vacunar a los niños y niñas, la decisión de dar lactancia materna exclusiva, la decisión de utilizar alimentación complementaria provista por los servicios de salud entre otros. Y, por otro lado, se argumentan algunas causas en el nivel particular vinculadas a las condiciones de vida de las familias; por ejemplo, la falta de educación formal, la falta de vivienda, la precariedad del medio ambiente, la precariedad en los ingresos, la falta de agua y drenajes, el acceso a los servicios de salud y la pobreza.

Por lo tanto, las explicaciones acerca de las causas de la DCI se centran en los estilos de vida (nivel singular) y en las condiciones de vida (nivel particular), pero sin distinguir las distintas jerarquías. Por ejemplo, se coloca la pobreza al mismo nivel de la falta de educación y del número de hijos en la familia. Si bien existe una relación de determinación compleja entre las variables, esta no se hace explícita.

Aun cuando las consideraciones respecto a las variables involucradas en la generación de la DCI en estos dos niveles son estadísticamente significativas, falta un nivel de explicación: el nivel general, que se refiere a las explicaciones de porqué Guatemala y su sociedad es cómo es. Esto relata al grado de desarrollo de fuerzas productivas en Guatemala, la organización económica y política, la forma de relacionarse con el medio ambiente, la cultura e historia y los procesos que conforman la identidad como formación social y que se expresan en la vida cotidiana. (Castellanos , 1998, págs. 101-110)

Aun cuando en las distintas argumentaciones se enumeran una serie de causas en los niveles singular y particular, estas son consideradas como una serie de variables

desconectadas entre sí, sin aclarar las jerarquías entre ellas ni las interconexiones existentes, es decir, se consideran como factores de riesgo con una relación lineal de causa y efecto y, como tales, son tratadas en el diseño de las intervenciones que buscan, mediante la política pública, ofrecer soluciones al problema.

La ausencia de consideraciones en el nivel general no permite explicar cómo es posible que, en sociedades similares a la guatemalteca, por ejemplo, en Honduras o El Salvador, la prevalencia de la DCI es tan evidentemente inferior. ¿Cómo es posible que teniendo una de las leyes de SAN considerada de avanzada no logramos reducir la prevalencia de DCI, significativamente, en los más de 10 años de vigencia de la ley y la política? ¿cómo es posible que teniendo muy bien definido el problema y contando con estudios que muestran las tendencias de la DCI, y de sus variables asociadas, no haya sido posible reducir la prevalencia a niveles aceptables, por ejemplo, los planteados en los recientemente finalizados ODM?

Las respuestas a estas preguntas están en la falta de consideración de la economía política y el contexto social y cultural que, finalmente, determinan la manera cómo se hacen las intervenciones para la reducción de la DCI y que establecen sus resultados. La conceptualización del problema que solo penetra en los niveles superficiales y evidentes de la compleja red de determinación no permite plantear soluciones en los niveles más profundos y estructurales.

### **Los sujetos del análisis y la intervención**

La DCI es un evento que ocurre y se mide en niños y niñas menores de 5 años y las intervenciones para prevenir y tratar el problema son primariamente realizadas en éstos y sus madres (durante su embarazo), sin embargo, la desnutrición crónica es un problema que trasciende al resto de miembros de la familia.

Desde hace más de 20 años, la población prioritaria para las intervenciones de salud, en Guatemala, ha sido, por una parte, las mujeres en edad fértil (MEF) con énfasis en el embarazo y la planificación familiar; y, por la otra, los niños menores de 5 años con énfasis en los problemas nutricionales, la diarrea y las infecciones respiratorias agudas.

No obstante, esta priorización poblacional y la focalización de intervenciones, las prevalencias de los problemas prioritarios se han reducido a un ritmo inaceptable en el caso de la DCI, o han aumentado en el caso de la diarrea y las IRAS.

Las intervenciones que promueven las políticas para la reducción de la DCI son, básicamente, las contenidas en la estrategia de VMD; no obstante, la prevalencia de DCI ha disminuido de 55.2% en 1995 a 46.5% en 2015, es decir una reducción de 8.7% en 10 años. Esto implica una reducción de 0.87% anual. A este ritmo, para lograr tener la prevalencia promedio de América Latina (15%), se necesitarían 36 años más, lo que a todas luces es inaceptable. Por otro lado, la estrategia de la VMD incluye el uso de Sales de Rehidratación Oral -SRO- para evitar las muertes infantiles y, efectivamente, la tasa de mortalidad infantil se ha reducido, sin embargo, se ha incrementado el número de casos de diarrea de 25.8% en 1995 a 42% en 2015; asimismo, los casos de IRA se incrementaron de 40.5% a 50.4% en el mismo período. Este dato puede recoger el efecto de una mayor captación de casos, sin embargo, dada la precariedad de los servicios de salud, la falta de mejora en las viviendas y la crónica situación de falta de potabilización del agua, también puede significar un aumento en la ocurrencia real de casos.

Se hace evidente que focalizar en la población materno infantil y restringir las intervenciones, incluyendo solo algunos problemas prevalentes, no logra los resultados deseados en la situación de salud de la población objetivo y, al mismo tiempo, descuida los otros grupos poblacionales que integran a la familia. Por ejemplo: hombres, mujeres en edad no reproductiva, mujeres en edad reproductiva, pero con otros problemas de salud distintos al embarazo parto y puerperio, adolescentes con problemas distintos a los reproductivos, niños mayores de 5 años y adultos mayores.

Uno de los principales problemas señalados en esta focalización “materno-infantil, es la conceptualización de las mujeres y los niños como objetos aislados de las intervenciones, más que como sujetos de derecho.

Dejar de atender al resto de miembros de la familia que no son Mujeres en Edad Fértil -MEF- con problemas reproductivos y niños menores de 5 años con diarrea o

enfermedades respiratorias, puede poner en riesgo de mala salud al resto de la familia, por no contar con acceso a los servicios de salud y afectar negativamente los esfuerzos por reducir la DCI en los integrantes menores de 5 años. Esto puede ocurrir, al menos, por tres mecanismos.

1) Las familias son diversas, generando dinámicas particulares de relacionamiento interno y externo y de distribución de los recursos(INE, 2011). La provisión de servicios destinados a solo unos miembros del hogar no garantiza que estos llegarán a quienes se espera. Un caso es el uso de los suplementos nutricionales para todos los miembros de la familia en lugar de utilizarlos de forma exclusiva para los menores de 2 años.

2) Ante la enfermedad de cualquier miembro de la familia que no es objeto de la intervención focalizada, la falta de acceso a servicios públicos puede generar gastos de bolsillo que, en una situación de precariedad económica, significan gastos catastróficos. Esto puede conducir a la no resolución de los problemas de salud de la persona enferma y/o a la reorientación del gasto familiar, afectando la nutrición, la educación, las condiciones de la vivienda y la capacidad productiva, entre otros. Todas las situaciones anteriores contribuyen a un círculo vicioso en el que, a mayor gasto de bolsillo, menor salud y, ante esto, mayor gasto de bolsillo. En el capítulo 3 se presentó un análisis cuantitativo que muestra la relación entre la DCI y la mortalidad por Diabetes Mellitus. No existen relaciones causales directas entre la generación de DCI y la diabetes de sus padres, abuelos o hermanos, pero si puede argumentarse lo anterior, relativo a que la presencia de diabetes en el hogar de familias empobrecidas (más de la mitad de las familias guatemaltecas) puede generar gastos de bolsillo que erosionan los gastos en alimentación de todos los miembros de la familia

3) La fragmentación de las intervenciones en salud que ignoran al núcleo familiar, no logra su sostenibilidad. No es posible esperar que una intervención en salud, diseñada para un solo miembro de la familia sea

efectiva, si la familia, en su conjunto, no vive una situación de bienestar, tal que posibilite la efectividad de la intervención. Las intervenciones unipersonales para que sean efectivas necesitan condiciones familiares habilitadoras, relativas a una vivienda digna, ingresos adecuados, relaciones familiares solidarias, repartición justa de los recursos, división del trabajo, adecuada relación con el ambiente, es decir, un contexto que permita el desarrollo de sus miembros, no solo la curación o prevención de alguna condición para alguno de sus miembros. Debe ser un proceso de atención integral de la salud y desarrollo familiar y no solo un fragmento.

En el ejercicio de regresión lineal presentado en el capítulo 3 se muestra como la informalidad en el empleo, la falta de agua potable, los ingresos familiares precarios, la falta de educación de las mujeres y la pobreza general explican con mucha certeza el apareamiento de DCI aun cuando en las comunidades exista acceso a las intervenciones de la VMD.

4) La exposición a riesgos comunes: quizás el mecanismo más obvio es que los riesgos de los menores de 5 años y de las MEF son compartidos por todos los miembros de la familia, no solo en relación con la situación alimentaria sino en todos los órdenes; por ejemplo, riesgo de problemas infecciosos, riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, de violencia, etc.

Existe un debate no resuelto acerca de las ventajas de focalizar versus universalizar. Las ventajas argumentadas son que, al focalizar las intervenciones, se logra eficiencia económica pues se concentran los recursos en los que más necesitan, asumiendo que el impacto deseado va a ser mayor con un menor costo; además dada la escasez de recursos hay que ordenar a los beneficiarios de acuerdo con sus necesidades y se evita la generación de incentivos incorrectos, tales como el seguro de desempleo, los bajos ahorros, etc. Por otro lado, focalizar tiene importantes desventajas, tales como: la compensación entre error tipo I y error tipo

II – al minimizar la exclusión se maximiza los errores de inclusión y al minimizar los errores de exclusión se maximizan los errores de inclusión; la generación de incentivos perversos como fallas de información, estigmatización, trampa de pobreza; además que aliena los estratos medios – insatisfacción de los “*pagadores de impuestos*”, puede generar problemas políticos. (Mkandawire, 2005, págs. 43-56)

### **Las interpretaciones sobre los mecanismos generadores de la DCI**

En los capítulos introductorios de la *Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional*, la *Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional* y otros documentos relativos a las causas de la DCI, se hace un análisis de los elementos asociados y las jerarquías de estos elementos. Uno de los esquemas explicativos más utilizados es el desarrollado por Unicef, en el que se establecen causas inmediatas, tales como la inadecuada ingesta de alimentos y la presencia de enfermedades; causas intermedias o subyacentes como la inseguridad alimentaria en el hogar, prácticas alimentarias inadecuadas y un ambiente no sano, más falta de servicios de salud y causas básicas, como la falta de acceso de los hogares a recursos en cantidad y calidad suficientes, tales como la tierra, la educación, el empleo, los ingresos y la tecnología; además, la falta de capital social, financiero, humano y físico y un inadecuado contexto socio cultural, político y económico. La manera de presentar este modelo explicativo además de proponer jerarquías de las causas presenta los efectos en el corto, mediano y largo plazo de la DCI. (Unicef, 2013, pág. 25)

EL esquema de Unicef, de alguna manera, es complementario con el desarrollado para la SAN, en el que la falta de alimentación que, de manera directa, produce desnutrición, encuentra su explicación en cuatro categorías de causas llamados pilares de la SAN.

Esta manera de analizar las causas, si bien toca los elementos más importantes en la generación de la DCI, no logra aclarar «las causas de las causas», ni permite establecer cómo estos elementos se relacionan entre sí. Además, pone en el mismo nivel del análisis elementos que, jerárquicamente, están a distintos niveles, por

ejemplo: la falta de tierra de los campesinos con la falta de micronutrientes. La primera se genera por complejos procesos históricos de exclusión y despojo y la segunda, quizás puede asociarse en mayor medida con problemas de gestión y presupuesto de los servicios.

El hecho que se obvie el análisis de los procesos socioeconómicos y políticos que reproducen esta situación genera una brecha en las intervenciones, que al no ser atendida queda intacta para seguir reproduciendo la situación. Es aquí donde encuentra su explicación mucho del fracaso de las intervenciones para combatir la DCI.

En el ya citado estudio de la revista *The Lancet* del año 2008, se calcularon los efectos en el corto y largo plazo de la DCI y se analizaron una serie de intervenciones relativas a la nutrición basadas en evidencia que, a través de una adecuada y equitativa cobertura, serían fundamentales para la reducción de la DCI.

La propuesta operativa, además de incentivar el incremento de los recursos nacionales e internacionales para combatir la DCI, sugería que se le debía dar más prioridad a los programas nacionales de nutrición para lograr una integración más fuerte con los programas de salud, a través del fortalecimiento de enfoques intersectoriales para lograr una mayor atención y coordinación en el sistema global de nutrición entre los organismos internacionales, los donantes, las instituciones académicas, la sociedad civil y el sector privado.

Todos estos abordajes conceptuales son amplios, comprensivos y complementarios entre sí; sin embargo, adolecen de la consideración de los elementos de economía política que hacen que estos elementos adquieran características distintas en cada país. Además, cuando se traducen al ámbito operativo práctico, los elementos considerados como distintos niveles causales que necesitan ser abordados al final funcionan como un conjunto de riesgos separados entre sí. Utilizando un lenguaje de diseño de investigación, la DCI es considerada como la variable dependiente o de efecto y son distintos elementos, como la pobreza, la falta de tierra, la falta de lactancia materna o la falta de nutrientes, las variables independientes. Aun no surge una teoría unificadora desde las dimensiones sociopolíticas. Esta manera de

entender el problema de la DCI deriva en el diseño de intervenciones para cada variable o grupo de variables relacionadas, por ejemplo: ante la presencia de anemia en las madres o los niños se hace necesario proveerles hierro y ácido fólico o micronutrientes espolvoreados; ello indistintamente de su situación social o económica, ni de la realidad institucional o el contexto cultural.

Lo que interesa es elevar el nivel sanguíneo de estos micronutrientes y reducir la prevalencia de anemia. Quizás esto logre el objetivo en algunos niños y madres, pero lamentablemente pasado un tiempo y sin el correspondiente seguimiento, quedan listos para un nuevo episodio de anemia.

Aun cuando estos modelos explicativos podrían considerarse como esquemas que logran explicar la génesis de la desnutrición crónica, a través de hacer visibles sus determinantes sociales, económicos y políticos, adolecen de la explicación de cuáles son los mecanismos por los cuales estos determinantes se relacionan y actúan en conjunto y qué hace que se reproduzca la situación.

Todos los elementos determinantes de la DCI están, de alguna manera, bien precisados; sin embargo, estos son la expresión final de otros procesos complejos de relaciones de índole socioeconómica y política, los cuales se han configurado de manera histórica en el país.

Es necesario que estos procesos sean conocidos, comprendidos y hechos visibles, para diseñar políticas e intervenciones efectivas. Es necesario pasar de un enfoque de determinantes, visto como riesgos de la DCI, hacia otro que considere los procesos de determinación y reproducción de la situación.

### **Problemas de tipo operativo**

Las políticas promulgadas para la reducción de la DCI han confluído operativamente en dos vertientes. La primera se basa en un enfoque para atender las causas inmediatas, las cuales le corresponden al sector salud, es decir la provisión de servicios, particularmente los contenidos en la estrategia de la VMD; y la segunda, se basa en un enfoque cercano a atender las causas intermedias, el cual reconoce la necesidad del trabajo interinstitucional e intersectorial integrado, por ejemplo, por

la lógica de los pilares de la SAN, como el agrícola y el educativo, los cuales deben desarrollarse mediante acciones inherentes a cada sector bajo la coordinación de la Sesán para que, sinérgicamente, estas acciones contribuyan a la estrategia nacional de SAN y con esto reducir la DCI. No obstante, en la práctica pareciese que este esquema provoca la fragmentación de las intervenciones y contribuye a que los resultados de la política no han sean efectivos, como ya se señaló en el apartado respectivo.

En esta sección se analizan algunos de los resultados vinculados a la estrategia de la VMD sin pretender profundizar en la evidencia que los sustenta. Es más, es ampliamente reconocido que los argumentos respaldados con meta análisis y estudios en contextos de precariedad y altas prevalencias de DCI<sup>21</sup> hacen que estas propuestas de intervenciones tengan mucho sentido, especialmente por el hecho que, si no se hacen acciones mientras se «cambia el contexto social económico y político» o se realizan «cambios estructurales», muchos niños y niñas seguirán en riesgo de padecer desnutrición crónica, lo que implica una importante reducción de sus capacidades y oportunidades de desarrollo personal y colectivo, y por ende de desarrollo humano.

De acuerdo con la evidencia, (Bhutta, y otros, 2008), si un grupo de niños o niñas reciben de forma sistemática las intervenciones contenidas en la estrategia de la VMD durante sus primeros 1,000 días de vida (desde la concepción hasta cumplir 2 años de vida), un tercio de éstos logrará alcanzar su crecimiento potencial, aun cuando el resto de causas inmediatas, subyacentes y básicas no se modifiquen.

Las intervenciones de la VMD, de acuerdo con la publicación de The Lancet 2008, si se realizan de forma integral y con un 99% de cobertura, pueden lograr reducciones en el retardo en la talla del 33% de los niños y niñas en riesgo (Black Robert, 2008), (Bhutta, y otros, 2008) .

---

<sup>21</sup> Las intervenciones propuestas en la VMD se obtuvieron de análisis de diversas investigaciones en 36 países incluyendo Guatemala, donde mediante meta análisis se calificaron las intervenciones con mayor evidencia científica para reducir la DCI

Sin pretender abarcar todas las aristas del tema y contribuir a allanar la senda para otras posibles explicaciones e investigaciones, en este análisis se argumentan tres aspectos que constituyen obstrucciones o cuellos de botella, en sí mismas: a) la precariedad en las condiciones previas o habilitantes para realizar las acciones, b) la homogenización con la que se aplican las intervenciones, y, c) la falta de consideración de la reducción de las desigualdades sociales como parte de la estrategia

### **Precariedad de las precondiciones**

Una de las razones por las cuales ha sido difícil implementar las intervenciones de la VMD es la debilidad en los recursos para hacerlo, particularmente la falta de disponibilidad y accesibilidad a los servicios primarios de salud. Además de analizar la suficiencia de los servicios del primer nivel, la precariedad de las precondiciones puede ser abordada mediante la comparación de los datos proporcionados por la *Encovi 2011* y la *Encovi 2014*, respecto al lugar que las personas buscan para atender sus problemas de salud. (Bases de datos descargadas de [www.ine.gob.gt](http://www.ine.gob.gt))

### **Las opciones para la atención**

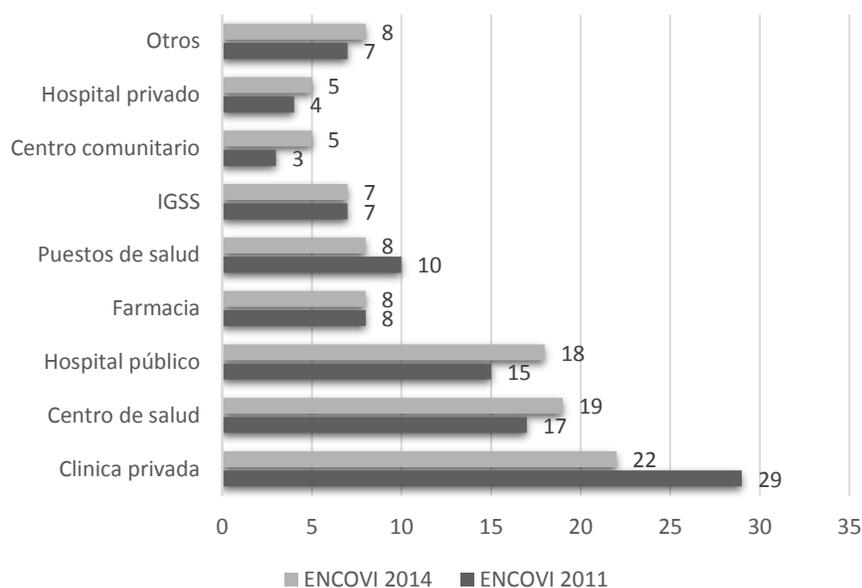
En 2011, el principal lugar de atención era la clínica privada con un 29%, seguido del centro de salud con 17%, el hospital público con 15%, el puesto de salud con 10%, la farmacia con 8% y el centro comunitario con 3%. Esto revela que, en ese período de tiempo, las fuentes para la atención primaria, es decir, los puestos de salud y los centros comunitarios, lograron entre ambos una cobertura del 13% en la búsqueda de atención en salud. Esta situación puede atribuirse a la falta de disponibilidad, pues los puestos de salud son del todo insuficientes para las demandas poblacionales actuales. Esta ausencia crónica de disponibilidad de servicios del primer nivel, eventualmente desincentiva la búsqueda de estos y deteriora la credibilidad y legitimidad de las acciones que desde la institucionalidad pública se emprenden.

Entre el 2011 y el 2015, el evento más trascendental para el tema que nos ocupa fue la prohibición de contratación de las ONG prestadoras de servicios de salud del

PEC, que surgió desde la promulgación del Decreto 13-2013. Esto, junto con señalamientos de falta de resultados y corrupción, generó que el PEC fuera cerrado abruptamente, sin haber decidido cómo sería substituido y sin tener un plan de contingencia para atender a las familias que quedaron sin acceso a programa alguno (en correspondencia con lo establecido en el Decreto 13-2013, que brindaba un plazo de tres años para dicha transición). Esta situación agravó la falta de disponibilidad de servicios.

De acuerdo con la Encovi 2014, se mantuvo el patrón de búsqueda de atención para los problemas de salud, sin embargo, las cifras cambiaron. La atención en clínica privada se redujo de 29% a 22%, mientras que la búsqueda de un centro de salud se incrementó de 17% a 19%, y de hospital público de 15% a 18%. Paradójicamente, aun cuando se mantuvo la precariedad del PEC y no se aumentaron los servicios en ese período, la búsqueda de centros comunitarios aumento de 3% a 5% y la búsqueda de puestos de salud se redujo de 10% a 8%. La búsqueda de hospitales privados, farmacias y el IGSS permaneció estable entre los dos períodos. La disminución en la búsqueda de puestos de salud puede de alguna manera mostrar cómo, aun cuando estos no se redujeron en número, la credibilidad pudo haber sido afectada.

Gráfica4: comparación del lugar de atención según ENCOVI 2011 y 2014 en porcentajes



Fuente: Encovi 2011 y 2014

Las intervenciones de la VMD requieren que existan servicios disponibles y accesibles, y estos, de acuerdo con el ordenamiento de la red de servicios de Guatemala, se deben proveer en el primer nivel de atención. No obstante, según los datos presentados en la gráfica anterior, el primer nivel se contrajo (al menos como fuente de atención medida por la búsqueda de la atención), mientras que la búsqueda de las opciones de atención del segundo y tercer nivel se incrementaron. Si a esto se le suma la ausencia del PEC y la certeza de que no se han implementado nuevos puestos y centros de salud, el escenario es propicio para la no efectividad de la estrategia de la VMD.<sup>22</sup>

### Los recursos familiares para la atención

La mayor utilización de servicios públicos del segundo y tercer nivel puede interpretarse de dos formas. Por un lado, la ausencia de servicios del primer nivel puede provocar el incremento en el uso, para los mismos fines, del segundo y tercer

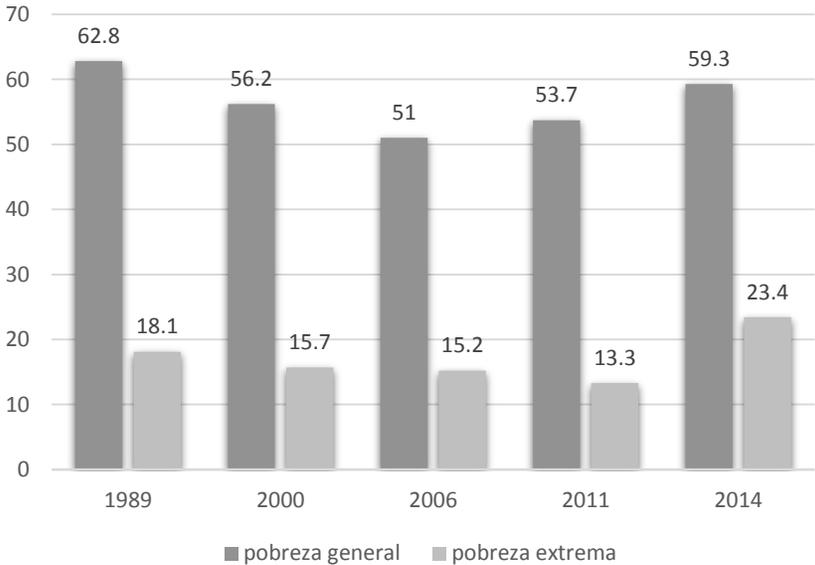
<sup>22</sup>Es esperanzador el hecho que el MSPAS ha hecho pública la decisión de fortalecer el primer nivel de atención con el Modelo Incluyente de Salud (MIS), lo cual podría resolver en el mediano y largo plazo la provisión de servicios y la entrega de las intervenciones de la VMD, junto con otras de índole familiar y comunitario que pueden hacer sinergias con las de nutrición.

nivel; y por el otro lado, el incremento y profundización de la pobreza revelado en la *Encovi 2014* puede provocar que las familias con recursos ahora restringidos se vean obligadas a utilizar los servicios públicos como la única opción accesible.

En la explicación de esta situación cobra relevancia el modelo explicativo de Unicef, en el que además de tratar las causas inmediatas, como las propuestas por la VMD, se consideran las causas estructurales. Es aquí donde adquiere vigencia la discusión de la que quizás es la más importante de las precondiciones: tener los recursos suficientes para alimentarse, pero no solo el niño o niña, sino también su madre, su padre, los hermanos y posibles adultos mayores, es decir, toda la familia.

Una forma indirecta de analizar la capacidad de los hogares de obtener alimentos, como una precondición para la efectividad de las acciones nutricionales propuestas por las políticas, es mediante el análisis de las líneas de pobreza, particularmente la de pobreza extrema que se construye con el costo de la canasta básica alimentaria y con la que se asume que quienes viven por debajo de la misma, literalmente «no tienen ni para comer».

Gráfica 5: evolución de la proporción de pobreza y pobreza extrema en porcentajes 2014.



Fuente: ENCOVI 2014

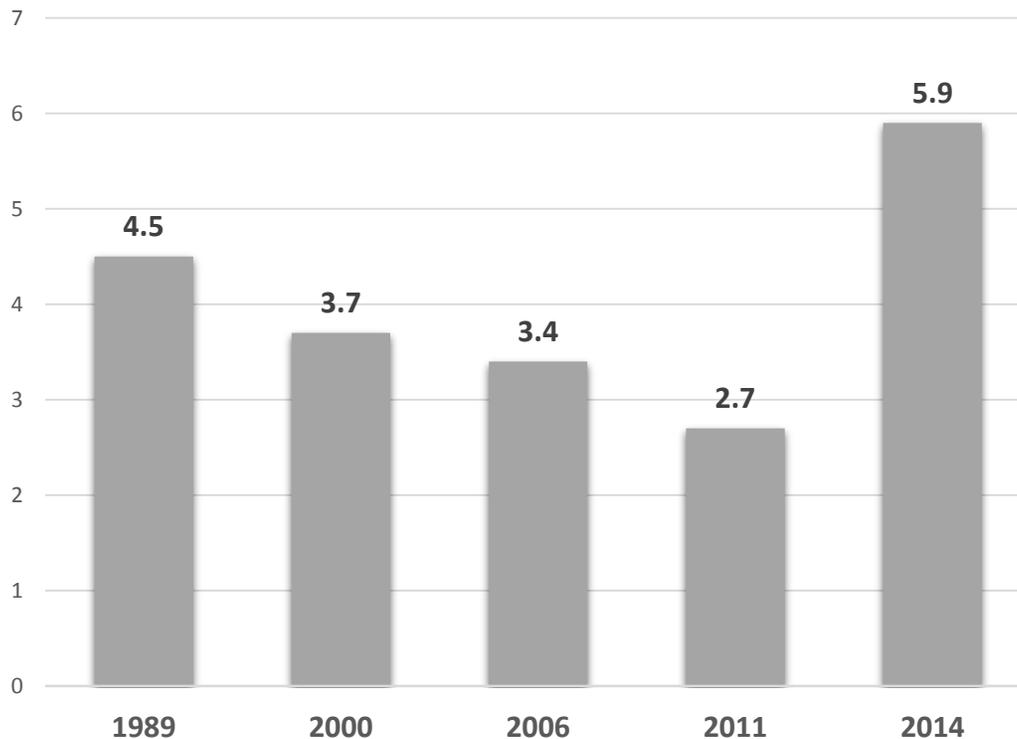
De acuerdo con la gráfica anterior, la proporción de personas que vive en situación de pobreza general<sup>23</sup> tuvo una tendencia descendiente de 63% en 1989, hasta 51% en 2006. A partir de 2011, la proporción se incrementó a 54% y, en la medición de 2014, llegó a 59%, es decir que 6 de cada 10 guatemaltecos(as) viven por debajo de la línea de pobreza.

La proporción de personas con ingresos inferiores a la canasta básica alimenticia, es decir, las personas que viven en situación de pobreza extrema, sufrió una tendencia similar, de 18% en 1989, descendió a 13% en 2011; sin embargo, en 2014, la proporción subió a 23%. Esto significa que un poco más de uno de cada cinco guatemaltecos no tiene los recursos suficientes para alimentarse. En este contexto, es poco probable que las intervenciones de la VMD logren su cometido, al menos en el 33% de los niños y niñas que las reciben sistemáticamente.

---

<sup>23</sup> Se evita deliberadamente el término “personas pobres” o simplemente “los pobres”, pues la pobreza no es una condición inherente al ser, más bien es el resultado de un proceso complejo de desigualdades e inequidades, por lo tanto, se prefiere utilizar el término personas empobrecidas o viviendo en situación de pobreza.

Gráfica 6: brecha de pobreza extrema 2014.



Fuente: Encovi 2014

El problema del incremento de la proporción de personas viviendo en condiciones de pobreza extrema es más grave de lo que sugiere la gráfica 7. En la gráfica 8 se puede observar que, también, se ha incrementado la brecha de la pobreza extrema, la cual pasó de 2.7% en 2011 a 5.9% en 2014. Eso quiere decir que la pobreza se profundizó y la brecha que tienen que cerrar quienes viven en esa situación es ahora más amplia y difícil de alcanzar.

Esta situación de pobreza, conlleva dificultades de los hogares para obtener servicios de salud que impliquen gastos de bolsillo, lo que hace imperativa la presencia de servicios públicos, los cuales no solo sean la fuente de las intervenciones de la VMD, sino que, también, puedan cubrir todas sus necesidades de atención de la salud.

Tal como se acotó en párrafos anteriores, la accesibilidad de servicios del primer nivel se ha visto afectada por diversos factores, sin embargo, esta afirmación

solamente considera si existen o no la cantidad suficiente de servicios, según estándares internacionales. Este enfoque de suficiencia numérica es solamente una pequeña parte del problema. La mera presencia de los servicios en un contexto de carencias y falta de personal no califica como acceso, es decir que, aun con las bajas coberturas, el problema es mucho más grande.

Otra precondition para que una intervención de salud provista por los servicios públicos sea efectiva es contar con credibilidad en la comunidad. Muchos años de falta de cobertura de servicios, la precariedad de la atención expresada en falta de medicamentos, insumos y personal ha generado una descalificación de lo público y puede ser una de las causas por las que las personas aun en situación de pobreza y pobreza extrema busquen servicios distintos a los servicios provistos por el MSPAS (Mazariegos, 2008).

### **Las intervenciones no nutricionales**

La disponibilidad de los servicios se inscribe en dimensiones más amplias que serán consideradas en el apartado siguiente acerca de la homogenización de las intervenciones. Sin embargo, para completar la idea de la falta de condiciones adecuadas, es necesario ampliar el análisis hacia aquellas condiciones, que sin ser intervenciones nutricionales directas como las de la VMD, tienen impacto en su desempeño.

Además de las intervenciones nutricionales específicas, se muestra evidencia de la necesidad de desarrollar programas efectivos y a gran escala con incidencia nutricional, los cuales incluyan determinantes subyacentes claves y aumenten la cobertura y efectividad de las intervenciones nutricionales específicas (Ruel M, 2013). Estos programas con potencial de mejorar la nutrición llamados «sensibles a la nutrición», de acuerdo con esta publicación, abordan los principales determinantes subyacentes de la misma, tales como la pobreza, la inseguridad alimentaria y escasez de acceso a recursos de atención adecuada, e incluyen metas y acciones de nutrición. Por lo tanto, pueden ayudar a mejorar la eficacia, la cobertura y la escala de las intervenciones específicas de nutrición. En este contexto

se evalúa la evidencia de acciones que, sin ser de naturaleza nutricional, afectan positivamente la nutrición mediante programas en cuatro sectores.

1. Agricultura,
2. Redes de protección social,
3. Desarrollo en la infancia temprana y
4. Escolaridad.

### **Programas agrícolas**

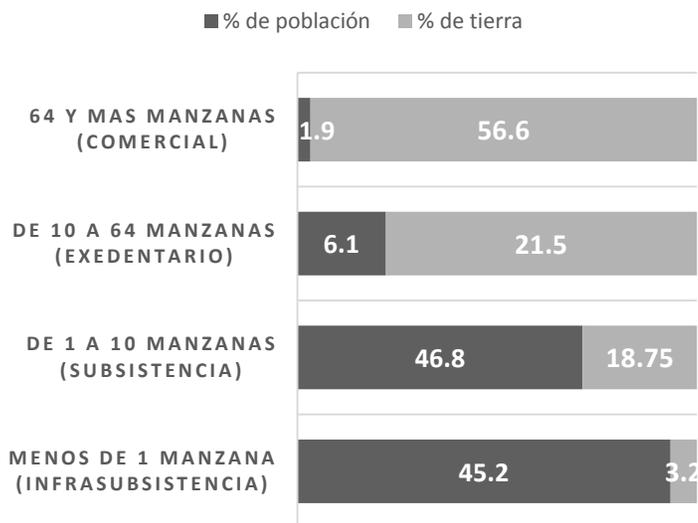
Respecto a los programas relacionados con la agricultura se menciona que tienen un rol importante en el apoyo a los medios de subsistencia, la seguridad alimentaria, la calidad alimentaria y el empoderamiento de la mujer y, aun, cuando la evidencia respecto de su efecto en la nutrición no es concluyente, los programas agrícolas son un complemento necesario a la necesidad de aumentar la producción, mantener los precios alimentarios bajos e incrementar los ingresos familiares.

En Guatemala, los programas agrícolas enfrentan una realidad histórica y política que es compleja y retadora. La tierra, elemento central de los procesos agrícolas y la posesión de este recurso, determina la naturaleza, tipo y efectividad de los programas agrícolas.

Como puede apreciarse en la gráfica No. 9, el 92% de la población posee tal cantidad de tierra que solamente puede aspirar a ser un agricultor de subsistencia o infra subsistencia, mientras que solamente el 8% puede catalogarse como excedentario o agricultor comercial. El 2% de la población posee el 57% de la tierra, situación de extrema concentración del recurso en muy pocas manos.

De la manera como se proponen los programas focalizados en la agricultura, en un contexto como el guatemalteco, las intervenciones focalizadas en la economía campesina no afectan esta desigualdad y tratan el problema de manera superficial sin cuestionar los orígenes históricos y políticos de esta distribución. Nuevamente, las políticas públicas no proponen resolver la situación, sino mantenerse en un plano de intervenir en los efectos.

Gráfica 7: estructura de la tenencia de la tierra en Guatemala 2003.



**Fuente:** La tenencia de la tierra en Guatemala y la conflictividad agraria. Observatorio del Gasto Social, CONGCOOP, diciembre 2008.

En Guatemala, de forma concreta en el *Pacto Hambre Cero (PH0)*, se promovió el aumento de la competitividad para el «ingreso rural», mediante cinco programas vinculados al sector agrícola, los que en su mayoría se venían realizando desde 1998. Desde otro ángulo, puede interpretarse que se hizo un “relanzamiento” de una política agrícola que no había sido evaluada respecto a sus resultados en la economía campesina, ni mucho menos sobre sus efectos en la DCI. Entre dichos programas se tenían.

1. Tierra por compra venta,
2. Crédito para el arrendamiento de tierras para productores de subsistencia e infra subsistencia,
3. Acceso a la tierra para mujeres campesinas,
4. El triángulo de la dignidad para productores excedentarios y
5. El programa de fertilizantes

El programa de acceso a la tierra por compraventa se ha llevado a cabo a través del Fondo de Tierras (Fontierras) y se inició en 1998. Desde su inicio hasta 2005 benefició a 222 familias, pero del 2006 a 2013 el número se redujo a 39 familias. En 2014 se compraron 4 fincas que beneficiaron a 250 familias expulsadas del territorio

del Polochic (Garoz & Slowing Umaña, 2014). Si el objetivo de este programa era incidir en la propiedad de la tierra para mejorar la equidad y la productividad, al ritmo que lo hace se necesitarán decenas de años para lograrlo.

El programa de arrendamiento de tierras, el cual ya existía desde el año 2004, es concebido como un programa de alivio dedicado a aquellos campesinos en situación de infra subsistencia y subsistencia. Desde sus inicios hasta 2013 benefició a 457,786 agricultores, quienes arrendaron en promedio 1.7 manzanas y lograron en conjunto cultivar 75,000 manzanas. El programa contempla asistencia por 4 años, lo que implica que, además de no afectar el problema esencial de la extrema concentración de la propiedad de la tierra, luego del período señalado, los campesinos quedan en una situación muy similar a la inicial: infra subsistencia y subsistencia.

Dado que los programas como el de compraventa de tierra, el de arrendamiento, la regularización de la propiedad de la tierra y los fertilizantes favorecen la participación masculina, fue necesario desarrollar un programa específico para mujeres. En general, los programas de Fontierras mostraban una persistente y sistemática desigualdad entre hombres y mujeres. Al respecto, el programa de acceso a la tierra para mujeres campesinas consiste en dar crédito a mujeres para el arrendamiento de tierras para cultivo.

La evidencia de inequidades de género es contundente: según la *Encuesta Nacional Agropecuaria* de 2008 (ENA 2008), solamente el 18.2% de las mujeres acceden a la tierra vía compra, en comparación con el 81.8% de hombres (Garoz & Slowing Umaña, 2014). Existe el mito de que las mujeres no participan mucho en las cadenas productivas, no obstante, la realidad es que tienen funciones medulares, aunque ganen poco y su trabajo sea invisibilizado.

La participación femenina es alrededor del 10%, es decir, uno de cada diez jornales en el campo se realiza por mujeres campesinas. En la industria de beneficio las mujeres participan con el 46% y con el 73% en la de transformación (COONGCOP, GIZ, Instituto de Estudios Agrarios y Rurales, 2011). Con todo y lo necesario de

programas de este tipo, entre el año 2012 y 2013 se beneficiaron 120,736 mujeres, un número por demás insuficiente para modificar la situación.

El programa del «triángulo de la dignidad» fue planteado como una estrategia que vinculaba capital semilla, asistencia técnica para la producción de alimentos básicos: maíz, frijol, arroz, también incluye ajonjolí y cardamomo y la compra de excedentes por el Estado, a un precio garantizado para la creación de reservas alimentarias nacionales. El crédito estaba dirigido a personas poseedoras o propietarias de tierra que ya produjeran alimentos y que pudiesen potenciar su producción en una manzana más de terreno. El crédito consistía en Q.3,000 que se otorgaban a un año plazo. Al respecto, este programa parece que no tuvo una distribución amplia en el territorio nacional, no afectó la estructura de la tenencia de la tierra y no logró mejoras en el capital de los productores, porque el Estado compraba al costo la producción. De nuevo es un alivio temporal que deja los elementos esenciales intactos.

El programa de entrega de fertilizantes fue implementado desde el 2000, como parte de la política agraria y sus objetivos declarados fueron el mejoramiento de los rendimientos del maíz y el frijol, así como contribuir al mejoramiento de la salud alimentaria, a través del incremento en la producción de alimentos. El programa ha consistido en subsidiar la adquisición de fertilizante mediante diversas modalidades como la entrega directa y gratuita de sacos de fertilizante, la entrega de cupones canjeables en comercios, o bien el subsidio de una proporción del costo de dichos sacos. (IARNA, FAUSAC, MAGA, SESAN, BID, 2013).

En la evaluación desarrollada por el Instituto de Recursos Naturales, Agricultura y Ambiente de la Universidad Rafael Landívar (Iarna), acerca del impacto de este programa, se reveló que por cada quetzal que se invierte, no sólo no se recupera lo invertido, sino se pierden 28 centavos como sociedad. Quizá el hallazgo más importante de esta evaluación es la evidencia que dicho programa no aumenta de manera estadísticamente significativa el rendimiento de maíz y, por el contrario, representa una disminución significativa en el rendimiento de frijol de 1.54 quintales por hectárea.

La participación en el programa de fertilizantes tampoco muestra evidencia de que el ingreso familiar o per cápita mejore. En cuanto a la contribución al mejoramiento de la seguridad alimentaria, no se obtuvo evidencia el cual indique que quienes participan en el programa reduzcan sus probabilidades de padecer hambre.

### **Redes de protección social**

En cuanto a las redes de protección social, citadas como efectivas, como acciones sensibles para la nutrición, las Transferencias Condicionadas en Efectivo (TCE) son las más conspicuas. Éstas pueden tener un papel importante en las estrategias de reducción de la pobreza y lograr que las madres y sus hijos e hijas asistan a los servicios de salud para actividades preventivas, así como que los niños y niñas asistan y se mantengan en las escuelas (Ruel M, 2013).

Cuando estos programas se destinan a mujeres, mejoran varios aspectos de su empoderamiento. Sin embargo, la evidencia reunida muestra efectos limitados en la nutrición infantil, aunque ciertos estudios individuales señalan algunos efectos en los niños y niñas más pobres y de menor edad, expuestos durante periodos más largos a este tipo de programas. La falta de claridad en las metas de nutrición, los puntos débiles en el diseño y los servicios de mala calidad, probablemente, son los responsables de estos efectos nutricionales limitados (Bhutta Za, 2013).

En Guatemala, las TCE iniciaron en el año 2008 y se brindaron hasta el 2012, con el nombre de «Mi Familia Progresas». El programa consistió en asignar a familias en situación de pobreza un bono para las madres y sus hijos con la condicionalidad de asistir a los servicios de salud para controles y acciones preventivas; otro bono en efectivo que condicionaba su entrega a la asistencia de los niños y niñas a la escuela. En 2011, se realizó una evaluación de impacto mostrando evidencia de que las familias participantes en el programa lograron mantener sus niveles de consumo, aún en la época de la crisis financiera de 2008 a 2010. No se logró demostrar efectos en la nutrición, ni en la salud (BID; INSP, 2011).

A partir de 2012, el programa fue renombrado como «Bono Seguro». El mismo se orientaba a la reducción de la pobreza rural y se enfocó, principalmente hacia hogares en pobreza y/o extrema pobreza, a través de facilitar condiciones que

apoyasen la ruptura del círculo intergeneracional de la pobreza, a través de la formación de capital humano.

Los requisitos para recibir el Bono Seguro eran que en el hogar existiesen hijos en edades de 0 a menores de 6 años, en el caso de salud, y tener hijos en edades de 6 a menores de 15 años, en el caso de educación; todos (y no solo algunos) debían cumplir con las corresponsabilidades. Los beneficiarios del programa eran las familias en situación de pobreza y pobreza extrema, con especial atención a zonas rurales excluidas, familias con hijos e hijas de 0 a menores de 15 años, mujeres gestantes o en periodo de lactancia, grupos de especial atención que por su situación de vulnerabilidad lo requiriesen y que tuvieran nacionalidad guatemalteca.

El compromiso de quienes recibían el bono era utilizar la transferencia monetaria otorgada por el «Bono Seguro» únicamente para el bienestar de las familias y responder con el compromiso que sus hijos(as) asistiesen el 90% a las clases del ciclo escolar que les correspondiera. La condicionalidad también incluía asistir puntualmente a las citas que fueran fijadas por el centro de salud correspondiente, para sí y para sus hijos(as); asistir a los procesos de información y consejería en temas de organización comunitaria, síntomas y señales de peligro de desnutrición, lactancia materna, desnutrición aguda, desinfección de agua, lavado de manos, preparación de alimentos, hogar saludable y otras; asimismo, proporcionar información veraz acerca del nivel socioeconómico de la familia con base en la boleta que se elaboró con criterios objetivos para ser incluida en el Registro Integrado de Usuarios del Programa.

En el desarrollo del programa se produjeron diversas críticas, por ejemplo, la dispersión en su aplicación y el poco control y seguimiento a los mismos, la disminución de la frecuencia y cantidad monetaria recibida por las participantes (en el primer período del programa se entregó, ocho veces, el bono a las familias participantes, mientras que en el 2013 se redujo a tres y en muchas ocasiones hubo denuncias de que la entrega fue parcial (Q150 en lugar de Q300 como correspondía a quienes participaban en el subprograma de salud y en el de educación). También

hubo críticas por la exclusión de participantes, en algunos casos, señalando razones políticas y clientelares como causa de dicha exclusión.

De acuerdo con una reciente evaluación de apoyo institucional realizada por el BID sobre los programas de TCE para el caso de Guatemala, Honduras y El Salvador (BID, 2015) se reconoce que en la transición del programa de «Mi Familia Progres» a «Bono Seguro» se logró la mejoría de los componentes del organismo coordinador, focalización, selección y registro, pero «empeoraron los de definición de beneficios, seguimiento y evaluación y financiamiento fiscal» (BID, 2015). Por su parte, dicha evaluación reconoce como un fallo recurrente el supuesto que los ministerios sectoriales (institución de interés para esta investigación, el MSPAS) cooperan con el programa y participan en él. Esta aseveración, solamente refrenda que, ante la escasa oferta de servicios de salud para garantizar el acceso, un programa de TCE logrará tener poco éxito, pues implica un aumento en la demanda de dichos servicios, que, si no son provistos de forma efectiva, terminarán por socavar la efectividad del diseño del programa, en cuanto a paliar la condición de pobreza de los hogares derechohabientes.

### **Desarrollo en la infancia temprana.**

La primera infancia es el período que se extiende desde el desarrollo prenatal hasta los ocho años (OMS; Unicef, 2013). Esta es una etapa fundamental para el crecimiento y el desarrollo humano y lo que suceda en este período tendrá repercusiones el resto de la vida. En esta etapa de la vida ocurre la mayor susceptibilidad y riesgo para los aspectos nutricionales.

Las intervenciones realizadas en este período involucran tanto al niño o niña, como a su madre, su familia y comunidad. Las acciones que busquen reducir la pobreza, la inseguridad alimentaria y las inequidades de género pueden ser fundamentales para crear ambientes propicios para la buena nutrición en la infancia temprana.

Las intervenciones de la VMD enfatizan en lograr el potencial crecimiento y previenen el retardo en la talla; sin embargo, no aseguran un adecuado desarrollo corporal ni cognitivo, para esto hacen falta otras intervenciones que deben ser desarrolladas de forma temprana en la vida. *The Lancet 2013* propone y examina

intervenciones, tales como la estimulación psicosocial en asociación a programas nutricionales, la promoción de la paternidad y maternidad responsable por medio de visitas domiciliarias, por ejemplo, pero no concluye en alguna recomendación concreta respecto de cuál es el programa de estimulación psicosocial más efectivo.

En Guatemala, se han desarrollado por parte del MSPAS, algunos programas aislados de estimulación temprana como capacitaciones a maestros y madres (crianza con cariño), pero no se ha sistematizado la experiencia, ni se ha evaluado su relación con la nutrición. El MSPAS cuenta con un programa de paternidad y maternidad responsable, pero su enfoque es hacia la salud reproductiva y su extensión es limitada.

Otros programas que pueden calificar como de dedicación a la primera infancia son los «Hogares Comunitarios», los cuales iniciaron en la década de los 90 y han tenido distintos momentos de apoyo y abandono. Otros programas similares son los «Centros de Atención y Desarrollo Infantil» (CADI) de la Secretaria de Obras Sociales de la Esposa del presidente (Sosep) y los «Centros de Atención Integral» (CAI) de la Secretaria de Bienestar Social (SBS).

Un estudio acerca de la inversión pública, dedicada al desarrollo de la Primera Infancia, denotó que el 24.4% de la inversión a este grupo etario se destina asuntos económicos, el 24.7% para salud, el 21% para educación, el 12.8% para orden público y seguridad y solamente el 7.5% para protección social (Icefi/Unicef, 2015).

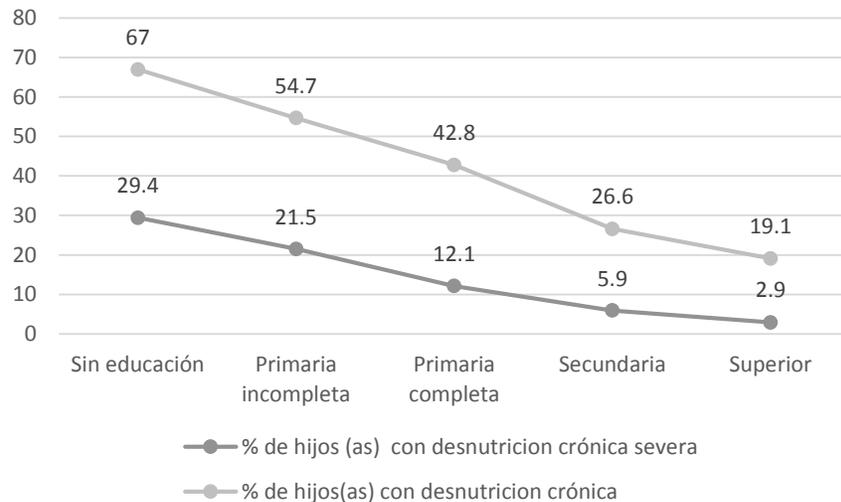
Las inversiones y acciones dedicadas a la primera infancia, aun cuando han mostrado su efectividad y complementariedad en los programas de nutrición, en Guatemala aún no se consideran como tales y se han quedado circunscritos a las acciones asistencialistas y no a las de desarrollo. Esta situación conspira para que las intervenciones como la VMD no logren la efectividad deseada.

### **Escolaridad.**

Si bien la edad escolar trasciende la edad de las intervenciones nutricionales básicas como las de la VMD, la escolaridad permite condiciones de bienestar a las

generaciones futuras. La educación de los padres, y principalmente la de la madre, ha demostrado que se asocia a una mejor nutrición de sus hijos e hijas.

Gráfica 8: comparación del nivel educativo de la madre con la prevalencia de hijos(as) con DCI.



**Fuente:** Save The Children/Icefi con datos de la Ensmi 2014/2015.

Como se observa en la gráfica No. 10, las mejoras en la educación de la madre se asocian con disminución de la prevalencia de DCI en sus hijos (as). Los descensos son sostenidos. Las madres que pasan de la situación de ninguna educación hacia la primaria completa, pueden tener una reducción de 25 puntos porcentuales en la probabilidad de que sus hijos padezcan de DCI y lograr, además, un descenso adicional de 16 puntos más al tener educación secundaria. Estos datos revelan que las estrategias de reducción de la DCI deben considerar la educación como la mejor intervención para las generaciones futuras.

En Guatemala, la cobertura del nivel primario ha sufrido en los últimos 5 años un descenso sostenido pasando de 93% en 2011 a 81% en 2015. La educación preprimaria (entre los 4 y 6 años) tiene coberturas bajas, casi del 50%, pero la educación inicial (entre los 0 y 3 años) es casi inexistente en el país. El nivel básico muestra coberturas alrededor del 45%, nivel donde termina, virtualmente, la cobertura del sistema educativo nacional, puesto que en el nivel diversificado las

coberturas presentan solo 24% de alcance. Solo en diversificado se pueden ver mayores inscripciones de niñas y mujeres adolescentes, en los otros niveles la cobertura es mayor en niños y hombres adolescentes. En general, los departamentos del altiplano o con mayor participación de personas indígenas presentan las menores coberturas.

### **Recursos humanos.**

Uno de los factores más importantes para el buen desempeño de la política pública es contar con los recursos humanos en cantidad suficiente, ubicados en el lugar correcto y con las competencias necesarias para la implementación de las acciones. Un diagnóstico, realizado por el BID, referente a la situación del sistema de servicio civil de Guatemala (BID, 2002) determinó lo siguiente.

- a) Presenta características normativas, estructurales y sistémicas que le impiden atraer y retener recursos humanos de calidad adecuada a las necesidades institucionales y a las del interés público.
- b) La distancia salarial entre niveles es muy limitada, haciendo poco atractiva la movilidad vertical.
- c) El sistema de compensaciones y su administración impide una gestión basada en productividad e incentivos, es decir que se paga igual a quien cumple con eficiencia y eficacia sus atribuciones, que a quien no lo hace.
- d) Es frecuente el ejercicio de prácticas “tutelares” a favor del trabajador en los procesos de resolución de conflictos entre el Estado y sus empleados y el sistema de gestión de recursos humanos amparado por la Ley de Servicio Civil es altamente centralizado, lo cual es un factor determinante en la ineficiencia e ineficacia en el cumplimiento de funciones.

En Guatemala, las asignaciones presupuestarias para el sector público se conforman en categorías que define a los empleados permanentes y por contrato, quienes representan la mayor parte de los empleos gubernamentales y son las categorías para las cuales existe la mayor cantidad de información confiable, ya

que, el pago de los salarios se procesa en el Ministerio de Finanzas, donde se centraliza la emisión de la nómina del Organismo Ejecutivo (BID, 2002, págs. 9-34)

Una tercera categoría son los empleados "temporales". La mayoría de estos trabajadores están dedicados a tareas manuales, quienes trabajan en obras públicas y en hospitales. La cuarta categoría se clasifica dentro de los empleados por contrato (*Renglón 029*). Esta categoría fue creada para permitir la contratación de personal calificado, profesional y técnico, para productos definidos y temporales sin las limitaciones impuestas por los reglamentos del servicio civil y sin tener categoría de empleados públicos. (BID, 2002, págs. 9-34)

Para el caso del MSPAS, el personal administrativo en su mayoría entra en los renglones 011 y 022, los cuales incluyen puestos directivos, asistentes, técnicos, auxiliares, paramédicos y médicos y enfermeras, entre otros. Por otra parte, los renglones 029, 182 y 189, son utilizados en muchas ocasiones para la contratación de médicos, lo cual contradice su función, ya que, en este caso, prestan un servicio público y realizan todas las funciones de un servidor público, pero no reciben una remuneración en salario sino en honorarios, lo que representa un atropello a los derechos que establecen las garantías mínimas irrenunciables para los servidores públicos.

Analizando, el personal asignado por el MSPAS para el programa Hambre Cero para el año 2013, el Monitoreo de las Acciones de la VMD (Cien, 2014) estableció que durante el mes de mayo del año en mención, únicamente 29% de los puntos de atención contaban con una persona asignada para el Programa PH0, mientras que para noviembre se habría incrementado al 34%. En cuanto a los puestos de salud, 76% contaba con una persona asignada al Programa PH0 y únicamente 27% tenía presencia en los centros de convergencia. En el caso del puesto de la persona encargada del Programa PH0, las enfermeras auxiliares pasaron de 67% en mayo, a 43% en noviembre, mientras que las enfermeras profesionales incrementaron de 9% a 19%, para el mismo periodo. Los médicos representaron el 2.1% y se ubicaron, únicamente, en los puestos de salud.

Por otra parte, existen situaciones que significan problemas para la implementación de las políticas de reducción de la DCI, entre estas pueden mencionarse:

Aun cuando en el MSPAS existe una Dirección General de Recursos Humanos, que posee todas las herramientas para llevar a cabo un proceso ordenado de convocatoria, selección, reclutamiento y retención del personal y que, quienes laboran en esa dirección, cuentan con las calificaciones académicas necesarias para su gestión los datos, muestra otra realidad:

- a. No existe un inventario actualizado de personal de salud que clarifique, cuántos son, quiénes son, cuál es su calificación académica, cuáles son sus funciones, cuál es su situación de contratación, dónde está asignada su plaza y dónde laboran.
- b. No existe un plan de contrataciones de personal de acuerdo con las necesidades de los servicios. Esto está de la mano con la falta (por lo menos como información pública) de un plan nacional de salud con metas claras y medibles. Si no se conoce qué se quiere en términos de resultados en la situación de salud, satisfacción pública y protección financiera, no es posible saber el nivel de esfuerzo en personal de salud que esto implica.
- c. No existen procesos sistemáticos de convocatoria de personal, la realidad es que esto es sustituido por el método de “la recomendación” que de forma indistinta puede provenir de propuestas técnicas o de un interés clientelar.
- d. No existen procesos formales y sistemáticos de selección y reclutamiento.
- e. No existen procesos formales y sistemáticos de inducción al puesto.
- f. No existen procesos formales y sistemáticos de evaluación del desempeño,
- g. El proceso de supervisión es focalizado en ciertos puestos, pero no se hace del todo en otros, especialmente puestos medios y altos.

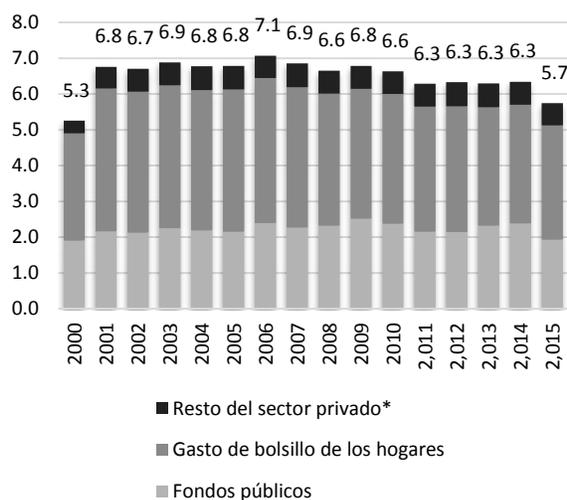
## El financiamiento.

Es ampliamente conocida la insuficiencia del presupuesto del MSPAS y es también conocido que con los niveles tan bajos de inversión pública no es posible aspirar a que los servicios del MSPAS puedan cumplir con mejorar las condiciones de salud de la población, generar satisfacción pública, ni proteger a los ciudadanos contra los gastos empobrecedores de la atención de la enfermedad.

Durante la mayor parte del período de estudio, el 32.2% del financiamiento de la salud proviene de fondos públicos —lo que equivale al 2.2% del PIB—. Los fondos públicos pertenecen principalmente: al MSPAS, al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y otros ministerios.

El financiamiento en salud, provisto por los hogares, asciende a, aproximadamente, 3.7% del PIB. Dado el contexto de pobreza y desigualdad del país, un gasto relacionado con la salud, aún por un episodio de enfermedad no grave puede convertirse en un gasto catastrófico (mayor del 40% del ingreso familiar). El resto del financiamiento corresponde a desembolsos en seguros privados, empresas y Oenegés (0.6% del PIB).

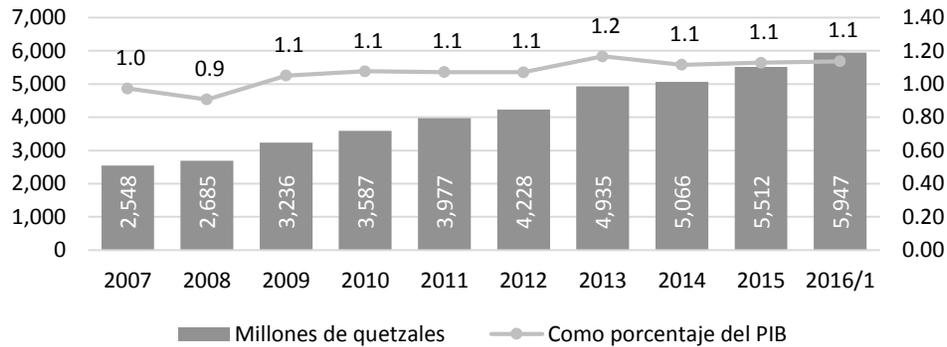
Gráfica 9: financiamiento en salud de 2000 a 2015.



**Fuente:** Save The Children/Icefi, basado en cifras de Cuentas Nacionales de Salud: Financiamiento de la Salud en Guatemala período 1995-2015. MSPAS/UPE (2016).

El abordaje de las acciones de las políticas de reducción de la DCI, tales como las vinculadas a la VMD no puede implementarse sin financiamiento público.

Gráfica 10: presupuesto del MSPAS en millones de Quetzales y como porcentaje del PIB.

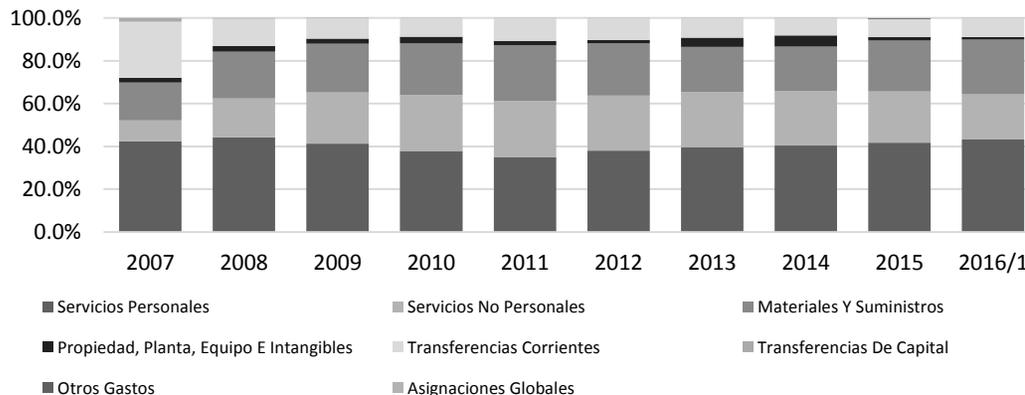


**Fuente:** Save The Children/Icefi con base en el Sistema de Contabilidad Integrado (Sicoin) del Ministerio de Finanzas Públicas (Minfín).

En cuanto a la distribución del presupuesto, se puede inferir que, en promedio, el 40.4% de los recursos se destinaron a servicios personales, lo que corresponde básicamente al pago de recursos humanos. Le siguen materiales y suministros (22.8%), servicios no personales<sup>24</sup> (22.6%) y transferencias corrientes a asociaciones, fundaciones y otras instituciones de salud y asistencia social (11.3%). Muy por debajo se encuentra inversiones en propiedad, planta y equipos (2.6 por ciento), lo que hace sentido con las amplias brechas de infraestructura esbozadas en los apartados anteriores.

<sup>24</sup> Los egresos por concepto de servicios no personales se refieren rubros tales como servicios públicos, publicidad, impresión y encuadernación, pasajes y gastos varios de viaje, transporte de cosas, arrendamiento de edificios, terrenos y equipos, servicios financieros, servicios contratados para mantenimiento y reparación ordinaria de equipos, servicios contratados para mantenimiento y reparación ordinaria de obras, y servicios varios. (Minfín, 2008).

Gráfica 11: presupuesto del MSPAS por grupo de gasto en porcentajes.



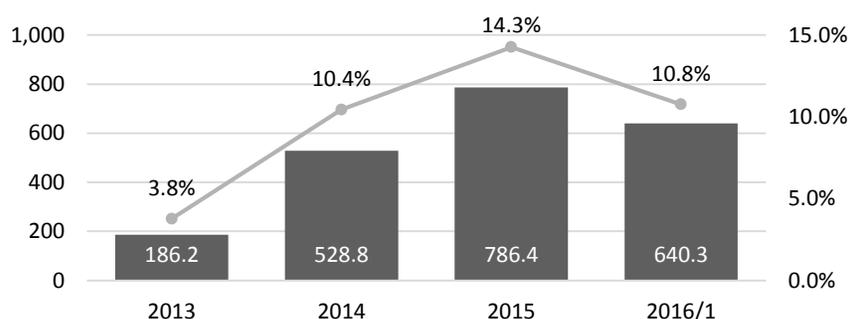
Nota: <sup>1</sup>Corresponde al presupuesto vigente a agosto de 2016

**Fuente:** Save The Children/Icefi con base en el Sistema de Contabilidad Integrado (Sicoi) del Ministerio de Finanzas Públicas (Minfin).

Desde otra perspectiva, las acciones de la VMD se concentran, principalmente, en el primer nivel de atención en salud, cuyo presupuesto está consignado en las áreas de salud; sin embargo, los recursos financieros del sistema de salud público se concentran en su mayoría hacia hospitales (42.6%). Le siguen las áreas de salud con el 31.3%, que son las encargadas de proveer la atención preventiva en el primer y segundo nivel de atención; luego el departamento administrativo con el 24.3%, instancia que provee las directrices de política y asignación y distribución de los recursos para el nivel ejecutor, además de realizar algunos procesos centralizados de compras.

Lo anterior, refleja las magras asignaciones para el primer y segundo nivel, en donde se ubican los servicios que están más cerca de las comunidades y que son los responsables de la prestación de las acciones de la VMD.

Gráfica 12 presupuesto destinado a la VMD en millones de Quetzales.



Nota: <sup>1</sup>Corresponde al presupuesto vigente a agosto de 2016

Fuente: Icefi/Save The Children con base en el Sistema de Contabilidad Integrado (Sicoin) del Ministerio de Finanzas Públicas (Minfin).

### La rectoría compartida

Aun cuando el MSPAS es el rector del sector salud, su capacidad rectora se ve mermada de forma frecuente y sistemática por otras instancias relacionadas con la atención de la desnutrición. El primer ejemplo de esta situación fue en el inicio del programa «Mi Familia Progresada» cuando muchas de las decisiones, relativas a la provisión de servicios (intervenciones, modalidad de servicios, contrataciones) se tomaban de forma externa al MSPAS, lo que implicaba que no eran consultadas, ni en consenso.

Un caso similar ha ocurrido en la relación que se establece entre el MSPAS y la Sesán, pues esta última a pesar de ser un órgano coordinador, muchas veces toma decisiones y ejecuta acciones que le son propias al MSPAS. Al respecto, recientemente se instauró una oficina del Comisionado para la Nutrición, en donde se toman decisiones que inclusive llegan a ser sobre la construcción de servicios del MSPAS y que no necesariamente pueden estar alineadas con las prioridades para la mejora de la provisión de servicios de salud.

### Homogenización.

Las intervenciones propuestas por la VMD son el resultado de una serie de investigaciones que buscaban, además de precisar el problema a nivel global,

indagar acerca de cuáles son las acciones realizadas por los servicios de salud que, de acuerdo con la evidencia, logran reducir la DCI con más éxito. Las investigaciones profundizaron en las acciones realizadas en 36 países con altas prevalencias de DCI, en donde se desarrollaron diversos programas para combatir este problema, para lo cual se lograron distintos niveles de éxito. A través análisis estadísticos rigurosos, los resultados mostraron que algunas intervenciones, convertidas más tarde en la estrategia de la VMD, cuando son provistas conjuntamente y con un 99% de cobertura, eran capaces de reducir la DCI, utilizando el indicador de retardo en la talla, en un tercio de los niños y niñas en riesgo.

La amplia difusión y promoción internacional que han tenido estas intervenciones, han contribuido a que en diversos países se implementen estas acciones y Guatemala no ha sido la excepción. El hecho que estas acciones ya formaban parte de las normas oficiales para la atención en el primer nivel de atención, sin duda, contribuyó a su adopción. Sin embargo, no parece haber existido un proceso de reflexión acerca de la manera en que estas intervenciones necesitaban ser implementadas para el contexto nacional; especialmente, porque a pesar de estar realizándolas, Guatemala es, aun, el país de América Latina con las más altas tasas de prevalencia de DCI.

Habiendo analizado los elementos conceptuales y operativos, y las precondiciones necesarias para la efectividad de la VMD se hace indispensable examinar cuáles han sido las obstrucciones relativas a la entrega directa de los servicios. Especialmente cuando se han adoptado como una norma de aplicación universal en todos los contextos de nuestra diversidad cultural, multilingüe y multiétnica.

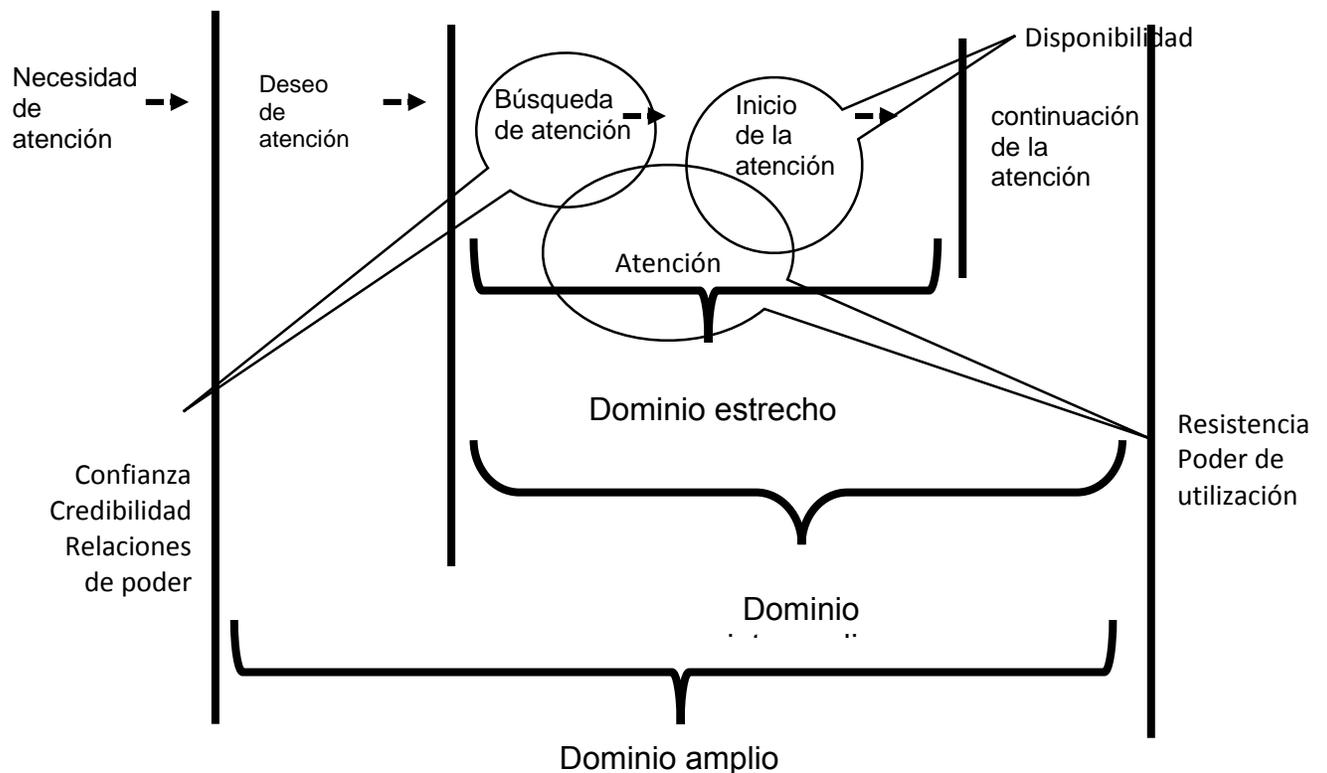
La categoría que se utiliza para este análisis es la accesibilidad y por el hecho que este término se usa indistintamente para referirse a la disponibilidad y cobertura de los servicios, se requiere conceptualizar de forma diferenciada estos términos para un adecuado abordaje.

Decir que algo es accesible vale tanto como decir que está fuera del individuo, el cual tiene que desearlo, buscarlo y, finalmente, alcanzarlo. Por tanto, tiene sentido

hablar de "accesibilidad" solo cuando las funciones mencionadas, al menos en sus principales componentes, no se dejan al propio individuo, sino que más bien se delegan en cierta persona u organización.

En la ilustración 6, se presenta un esquema con la sucesión de acontecimientos desde el momento en que surge la necesidad de atención hasta el momento en que se inicia o se continúa la utilización de los servicios.

Gráfica 13: dimensiones de la accesibilidad de los servicios de salud



**Fuente:** Icfef/Save The Children con base en el concepto y la medición de la accesibilidad, Julio Frenk, PP 929.943. en: Investigaciones sobre servicios de salud: una antología, White K, et al, Publicación científica No. 534. OPS, 1992.

La accesibilidad implica diversas variables que permiten analizarla desde tres perspectivas: la del *dominio estrecho* se refiere a la disponibilidad de los servicios y a las características de la población para buscar y encontrar los servicios. Otra perspectiva, la del *dominio intermedio*, incluye las variables anteriores y le suma la posibilidad de tener seguimiento del problema más allá de un primer contacto. La perspectiva del *dominio amplio* incluye además de las anteriores, el deseo de las

personas de buscar servicios. La accesibilidad, por lo tanto, tiene un aspecto relacionado con la población y otro con los servicios de atención de la salud en relación de dependencia. Ante la necesidad de la población de obtener atención de la salud, la institucionalidad pública, en este caso, responde con una serie de elementos vinculados a la provisión de intervenciones.

### **La necesidad de atención.**

En Guatemala, la manera como se toman las decisiones relativas a las características, énfasis y maneras de entregar los servicios de salud, generalmente se basan en una política pública (explícita o no) que no ha tenido mucha discusión y que se implementa sin realizar pruebas piloto, ni evaluaciones. Quizás el mejor ejemplo es la creación y difusión del PEC. En el nivel de los servicios, el instrumento que orienta la toma de decisiones es la *Sala Situacional*, en donde se analizan datos demográficos y epidemiológicos en forma de perfiles que recogen solo una parte de la realidad pues consideran, en el mejor de los casos, la morbilidad visible que es captada por los servicios de salud mediante demanda espontánea, la mortalidad que reporta el INE o el Registro Nacional de las Personas (Renap) y la producción de servicios en grandes agregados.

Esta morbilidad evidente, la cual es captada en parte por los servicios, se ve complementada por otra llamada morbilidad oculta que los servicios no conocen y que, generalmente, se resuelve en el seno familiar o comunitario (Navarro, 1998). Todas las personas que enferman o que reconocen algún riesgo para su salud, forman parte de la necesidad de servicios y es donde inicia el análisis de la accesibilidad.

La necesidad de atención en el plano de la accesibilidad tiene como requisito el reconocimiento del problema. En el caso de la DCI, la situación es compleja pues por el hecho que uno de cada dos niños guatemaltecos tiene esta condición, en lugares como Huehuetenango la cifra puede llegar a 8 de cada 10 y, además, tiene pocos síntomas, puede darse la situación de que se vea como algo normal o cotidiano. La oferta de servicios en el primer nivel, al no realizar búsqueda activa de

casos de DCI; caso contrario de la desnutrición aguda en donde se hacen “barridos nutricionales” para detectar casos, contribuye a la invisibilización del problema ante las familias y ante los servicios.

El asumir que todos los padres y madres de familia reconocerán el retardo en la talla de sus hijos, muy similar a su propia situación en la infancia y, probablemente, similar a la situación del mismo personal de salud que los atenderá, como un problema que amerite alguna acción, es una primera falla en la provisión de las intervenciones de la VMD. La desnutrición puede ser totalmente invisible a los ojos de las familias que la padecen. La estrategia falla en no difundir ampliamente en las comunidades en riesgo que el retardo en la talla tiene consecuencias para toda la vida y que puede prevenirse.

Una dimensión importante de la identificación de la necesidad de atención es la pluralidad de saberes y conocimientos de la comunidad, sin importar si esta es de población predominantemente indígena o mestiza. En todas las comunidades existen terapeutas tradicionales que son el primer recurso de las personas para atender sus problemas de salud. El caso más evidente y quizás importante para este análisis es el rol de las comadronas tradicionales. La evidencia a nivel comunitario muestra que las comadronas, además de atender partos, también son curanderas de diferentes especialidades, así como consejeras principalmente sobre el cuidado de mujeres y niños/as (MedicusMundi, Cordaid; Unión Europea, 2009).

Otra falla de la estrategia VMD es ignorar y/o descalificar los recursos terapéuticos de las comunidades y centrarse en los canales de comunicación vinculados a los servicios de salud, los cuales de manera general descalifican a los terapeutas locales o en el mejor de los casos, los intentan incorporar a sus prácticas basadas en el modelo bio-médico.

### **El deseo de atención.**

En el caso de la DCI, por el hecho de no ser reconocida del todo como un problema, ni como un riesgo para la salud, es frecuente que el deseo de su atención no surja de este reconocimiento, sino de otros problemas asociados. Los servicios han sido configurados para atender los problemas prevalentes en la infancia, pero de éstos

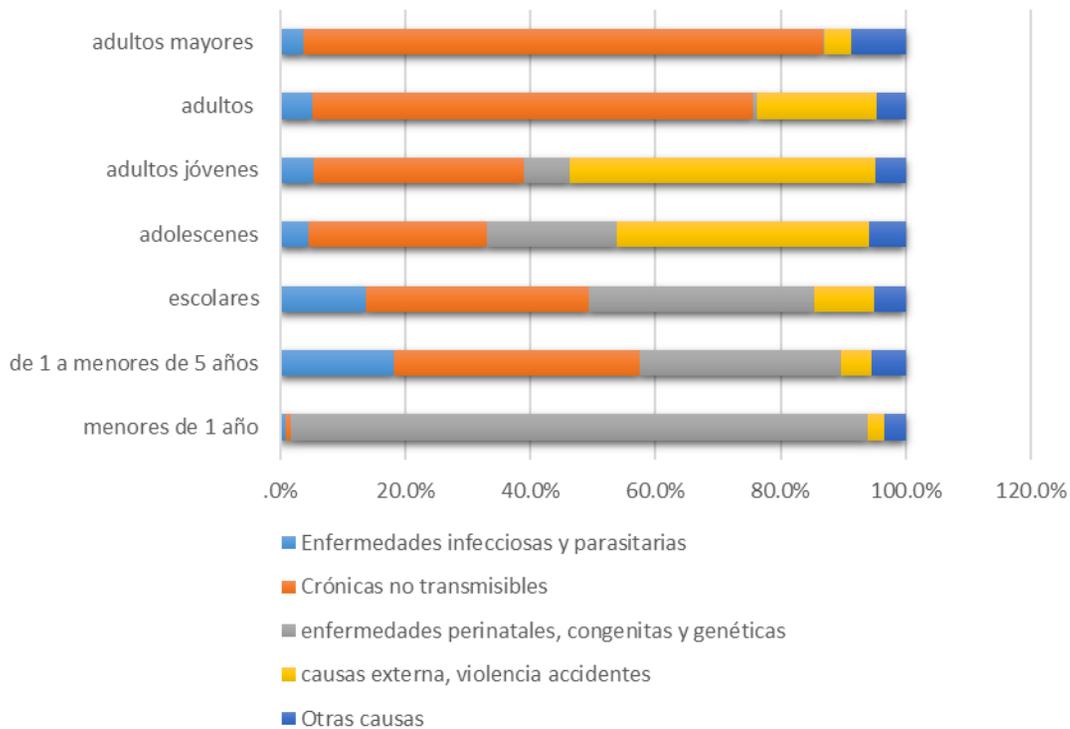
los más relevantes han sido las enfermedades transmisibles y carenciales y sus opciones terapéuticas y preventivas (sales de rehidratación oral, vacunas, suplementos alimentarios y micronutrientes).

En la gráfica No. 15 se puede observar el perfil de muertes evitables de los niños menores de un año y menores de 5 años, que, si bien tiene un importante componente de enfermedades transmisibles, también ocupa una importante proporción en los problemas crónicos.

El hecho que los servicios a los que se acude a resolver problemas diversos cuenten con un «paquete básico» de atención, centrado en solo un tipo de padecimientos, constituye en una barrera importante de accesibilidad y tiene como efecto secundario la pérdida de confianza en los servicios.

La VMD se basa en intervenciones que evitan o tratan problemas infecciosos como la diarrea, las IRAS y las enfermedades inmunoprevenibles; sin embargo, la realidad guatemalteca es distinta. La estrategia falla en no considerar otros padecimientos que pueden afectar la nutrición de niños y niñas menores de dos años.

Gráfica 14: mortalidad evitable por grupos de edad utilizando AVPP, 2014.

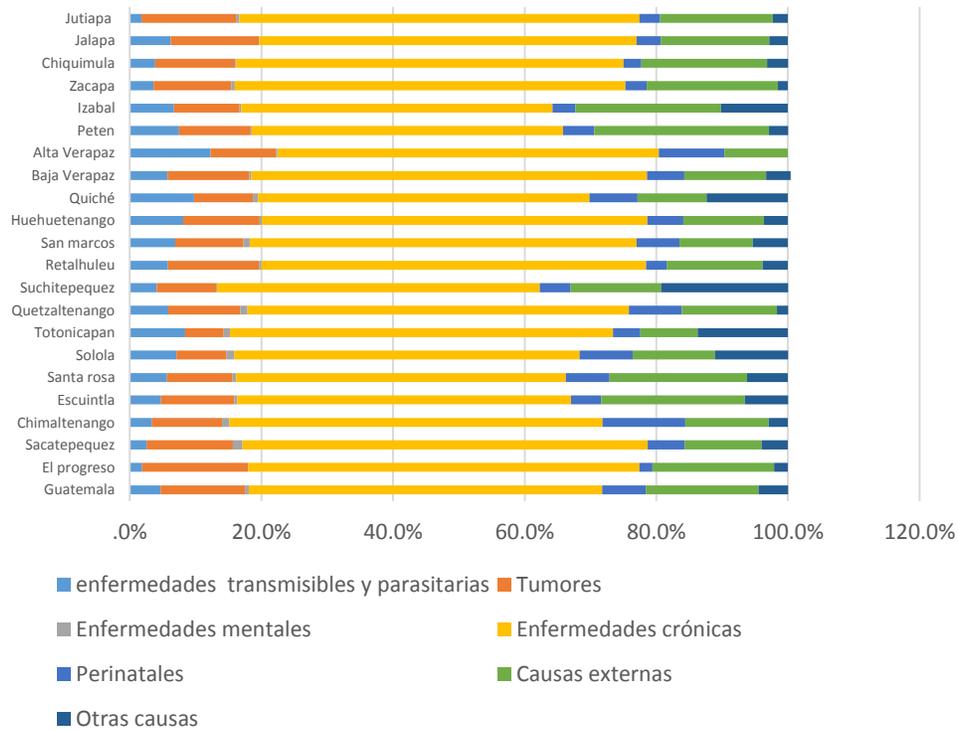


Fuente INE 2014

Además de la invisibilización de problemas no transmisibles en el periodo de interés de la VMD, otro aspecto que conspira contra el éxito de las intervenciones es la implementación con visión única de las acciones en un contexto diverso. La diversidad sociocultural, política y económica del territorio guatemalteco tiene su reflejo en perfiles de mortalidad evitable. En la gráfica No. 16 se observa cómo el peso de los problemas infecciosos varía de departamento a departamento, al igual que el de los problemas no transmisibles. Departamentos como el Progreso, por ejemplo, tienen una proporción menor de muertes evitables atribuibles a enfermedades infecciosas que Alta Verapaz; no obstante, la proporción de muertes por problemas crónicos es similar en ambos departamentos.

Esta situación no solo revela el grado de diversidad en el perfil epidemiológico del país, sino es una muestra de la complejización epidemiológica, en donde aún sin resolver la alta prevalencia de problemas infecciosos y carenciales, se enfrenta el incremento de problemas no transmisibles, violencia y cáncer.

Gráfica 15: mortalidad evitable por grupo de enfermedad y departamento 2014.



Fuente: INE 2014

Las intervenciones concebidas como «talla única» para ser implementadas en todo el país son un obstáculo en sí mismas para lograr el éxito en la reducción de la DCI. Cuando un padre o una madre acude al servicio de salud y no resuelve su problema primario (el del padre o madre respecto a su hijo) se mina la confianza y se bloquea el deseo de atención.

### Buscar y recibir atención.

Cuando finalmente el padre o la madre de un niño o niña con DCI o con algún tipo de riesgo de padecerla, o con algún problema asociado, decide buscar y recibir atención, entran en juego tres elementos: la confianza en los servicios, la capacidad de utilización y la disponibilidad.

La confianza proviene de experiencias previas (propias y de su entorno colectivo), de la dimensión simbólica sobre los servicios de salud en contraposición al de los

sanadores y terapeutas locales y de las relaciones de poder y subordinación entre la población y los proveedores de servicios. Estos elementos se han estudiado poco y no forman parte de este análisis; sin embargo, pueden ser cruciales de considerar en contextos específicos donde se quiere implementar las intervenciones de la VMD

Si se obvia el elemento anterior y se asume que fue reconocida la necesidad, por lo que surge el deseo de atender el problema y se procedió a buscar un servicio público de salud, los elementos que cobran relevancia son: la disponibilidad y la capacidad de utilización de los servicios.

La *disponibilidad* se refiere a la presencia de los recursos de la atención a la salud teniendo en cuenta la productividad, es decir, su capacidad para producir servicios. Así como la disponibilidad de recursos representa un extremo del proceso de búsqueda y obtención de la atención, utilizar los servicios viene a ser el otro extremo, el final del proceso. Así pues, la *utilización* representa el consumo real de los servicios y parece razonable suponer que, entre cierta capacidad para producir servicios y el uso de estos, existe un conjunto de fenómenos intermedios; es aquí donde surge el concepto de «resistencia».

Se puede definir la resistencia como el conjunto de obstáculos a la búsqueda y obtención de la atención, el cual se origina en los servicios. Entre los obstáculos están el costo de los servicios, la ubicación geográfica, y ciertas características de las formas en que se organizan los recursos, tales como las demoras que generan para obtener citas o para recibir atención, el idioma utilizado en los servicios y, sobre todo, qué tanto resuelven los problemas por lo que se consulta.

En contraposición a la resistencia que es un atributo de los servicios, existe «el poder de utilización» que resulta como un atributo de la población y se usa para designar la capacidad de una persona o grupo de personas para adquirir algún bien o servicio. Es decir que «Poder de utilización» y «resistencia» son conceptos complementarios.

De la misma manera como el precio del servicio constituye un obstáculo para el usuario, los ingresos de la persona representan un poder específico para superar dicho obstáculo. El mismo tipo de complementariedad existe entre el obstáculo que representa el tiempo que toma llegar hasta la fuente de servicios, por un lado, y los recursos de transporte de la población, por el otro. De manera análoga, el tiempo libre constituye una capacidad que contrarresta los efectos negativos del tiempo que se invierte en la sala de espera. Así pues, la resistencia, en tanto que es característica de los recursos de atención a la salud, tiene su contrapartida en el poder de utilización, como característica de la población.

En el caso de las intervenciones de la VMD, la disponibilidad se ve severamente afectada, pues, además de la escasez de servicios, estos presentan resistencias relativas a la capacidad para resolver los problemas: ausencia o escasez de insumos, problemas de comunicación (por no contar con personal que hable el idioma local), y, especialmente, por el modelo de atención que focaliza solo madres y niños y algunos padecimientos, cuando los motivos de consulta generalmente son de cualquier índole. Si los motivos de consulta no son resueltos, el problema que se genera es desconfianza y pérdida de credibilidad del servicio.

Ante la resistencia vinculada al precio (la falta de insumos generalmente resulta en que una persona que acude a un servicio de salud termina con una prescripción que tiene que comprar de su bolsillo), la capacidad de utilización no puede contraponerse en la misma intensidad, dada la situación de pobreza que ya se ha señalado. Un caso similar ocurre con la resistencia vinculada a los largos períodos de espera, los cuales pueden deberse a la cantidad de personas que consultan, pero también a la ausencia de personal sanitario, ya que, cuando es una sola persona en el servicio puede suceder que se ausente para realizar visitas domiciliarias o que tenga que desplazarse al área de salud para recoger insumos o atender reuniones de coordinación. Este es otro fallo de la estrategia: se asume que los servicios son iguales, tienen dinámicas iguales, tienen tiempo para las

intervenciones, están accesibles y son capaces de atender todos los problemas relacionados. La realidad es distinta.

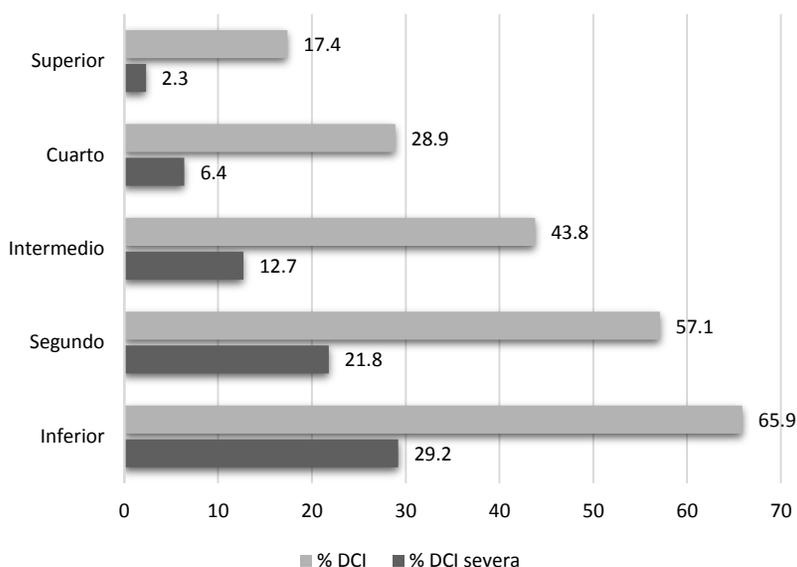
### **La desigualdad**

Como se describió con anterioridad, las intervenciones de la VMD son efectivas en un grupo de niños y niñas si se realizan con el 99% de cobertura y en un contexto con condiciones habilitadoras. La reducción de la DCI esperada bajo estas condiciones es del 33% lo que hace surgir otras interrogantes:

1. ¿Qué elementos protegen a los niños y niñas que, sin recibir las intervenciones, no sufren DCI?, es decir aquellos que aun en condiciones adversas no desarrollan DCI
2. ¿Qué procesos están involucrados en el hecho de que el 66% los niños y niñas que sí reciben las intervenciones no logran reducir la prevalencia de DCI
3. ¿Qué características debe tener el proceso de entrega de estas intervenciones para ser efectivas?

Para responder la primera pregunta probablemente se necesitan estudios específicos basados en el contexto guatemalteco, pues la DCI, si bien es más frecuente en los niños y niñas en situación de pobreza, ruralidad y marginación, también se ve en niños y niñas que viven en mejores condiciones. Por lo tanto, no basta con relacionar la situación de pobreza con la DCI.

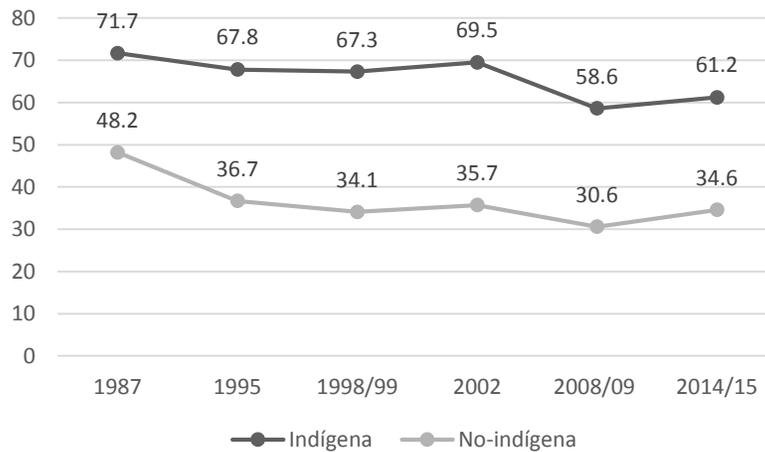
Gráfica 16: prevalencia de la DCI y DCI severa por quintiles de riqueza.



Fuente: Save The Children/Icefi con datos de Ensmi 2014/2015

En la gráfica No. 17 se observa como la DCI y la DCI severa aumentan en la medida que los niños y niñas y sus familias pertenecen a los quintiles más pobres. No obstante, en los quintiles de mayor riqueza se observa una importante proporción de niños y niñas con DCI. Si se suma la prevalencia de los quintiles 4 y 5, el 46% padecen de desnutrición y el 9% la padecen en su modalidad severa; es decir que la DCI es una condición presente, a pesar del nivel de ingresos económicos de las familias.

Gráfica 17: evolución de la prevalencia de DCI según la etnia de la madre.



**Fuente:** Icefi/Save The Children con datos de Ensmi 1987, 1995, 1988/99, 2008/09 y 2014/15

La gráfica No. 18 muestra la evolución de la DCI, de acuerdo con la etnia. En 1987 la diferencia entre niños y niñas indígenas y no indígenas era de 22.5% y, en 2014/2015, dicha brecha se incrementó a 26.6%. Esto significa que aun cuando la DCI ha mostrado leves descensos, la brecha entre indígenas y no indígenas se ha incrementado.

Es claro que estas diferencias no son de naturaleza biológica, ni existe un rasgo particular en los niños indígenas que incrementen la tendencia hacia padecer DCI, la razón de esta situación se encuentra inscrita en la realidad de discriminación y marginación que esta población ha sufrido desde el tiempo de la invasión española. No obstante, esto se ha normalizado en la sociedad y no se cuestiona esta desigualdad más que en referencia a elementos culturales y decisiones de índole personal de las familias indígenas.

En términos de las estrategias, la etnicidad recibe el tratamiento de «la variable étnica» proponiendo abordajes de «focalización», que en la práctica significa que las intervenciones se realizan con mayor intensidad en comunidades de predominancia indígena, pero no se considera su origen socio político e histórico.

Las desigualdades en la génesis y consecuencias de la DCI pueden examinarse en otras dimensiones como la clase social y el género. En cuanto a la clase social, la información disponible no abarca esta categoría, más bien se «clasifica» a la población, según algunas variables sociales y demográficas y con esto se generan «estratos sociales» más que una categorización por clase. En los segmentos anteriores se han argumentado una serie de situaciones relativas a la ocurrencia de la DCI en contextos de desigualdad de género y etnia, pero relacionados con variables socio demográficas.

Una alternativa es examinar el Índice de Desarrollo Humano y observar el cambio que ocurre al ajustarlo por desigualdad.

Tabla 14: indicadores de Desarrollo Humano para países centroamericanos 2015.

País	IDH	Puesto sobre 188 países	IDH Ajustado por desigualdad	% de pérdida	Índice de desarrollo de género	Índice de desigualdad de género	Puesto sobre 188 países
<b>Panamá</b>	0.78	60	0.604	22.5	0.996	0.454	96
<b>Costa Rica</b>	0.776	69	0.613	19.9	0.974	0.349	66
<b>Belice</b>	0.715	101	0.553	22.6	0.958	0.429	90
<b>El Salvador</b>	0.666	116	0.488	26.7	0.985	0.427	91
<b>Nicaragua</b>	0.631	125	0.48	24	0.96	0.449	95
<b>Guatemala</b>	0.627	128	0.443	29	0.949	0.533	119
<b>Honduras</b>	0.606	131	0.412	32.1	0.944	0.48	106

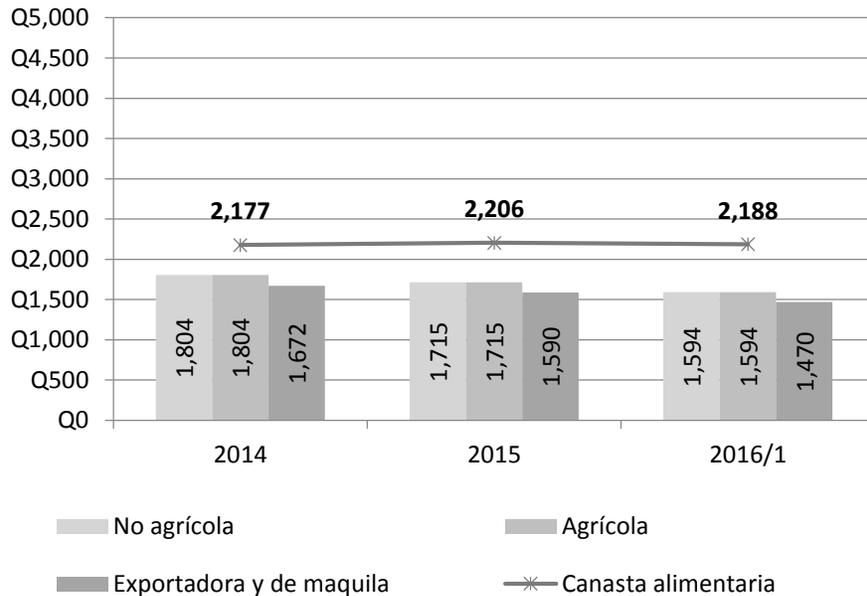
Fuente: Informe Mundial de Desarrollo Humano 2015, PNUD.

Como se observa en la tabla No 19 Guatemala ocupa el puesto 128 entre 188 países en la medición del Índice de Desarrollo Humano, pero si se hace un ajuste por desigualdad, se pierde 29% de esa cifra y junto con Honduras, es la mayor en el territorio centroamericano. Además, Guatemala, junto con Honduras tienen las mediciones más bajas de desarrollo de género y el índice de desigualdad de género más alto de la región, de hecho, su puesto a nivel mundial es de 119 de 188 países.

Otra dimensión directamente vinculada con la nutrición y la desigualdad es el esquema de salario mínimo vigente en el país. Cada final de año el sector empresarial organizado inicia la discusión sobre el nuevo monto del salario mínimo con el sector gubernamental y el sector de trabajadores organizado en sindicatos. La tónica siempre es la misma, los empresarios se niegan a aumentar el salario, los trabajadores proponen elevarlo y el gobierno finalmente otorga un muy leve

aumento. En los últimos dos años una nueva variante ha surgido: la propuesta de salarios diferenciados en algunos municipios.

Gráfica 18: salario mínimo y canasta básica alimenticia por actividad económica 2014-2016.



Fuente: Icefi/Unicef, ¡Contamos! No. 20

Como se observa en la gráfica No. 19 el valor real del salario mínimo ha disminuido con el tiempo, pero la canasta básica ha aumentado. Esto solo implica más hambre para la población, situación que no es considerada en las deliberaciones anuales sobre este aspecto. Existe una clara desigualdad y asimetría de poder entre ambas partes y los trabajadores siempre pierden.

Estos datos, junto con los presentados a lo largo del documento confirman que en el país la desigualdad está en el fondo de todos los malos resultados en la salud y en el caso particular de la DCI. Es necesario tomar en cuenta esta realidad para poder diseñar acciones coherentes con el combate a las desigualdades y la búsqueda de la equidad, no solo en la provisión de servicios sino en todos los aspectos sociales económicos y políticos del país.

## CONCLUSIONES

1. Guatemala ha suscrito normas internacionales y cuenta con un marco legal nacional que favorece la promulgación de políticas efectivas para el combate a la DCI, siendo los rasgos principales la adopción de un marco de derechos humanos incluyendo el derecho a la salud y el derecho a la alimentación, los cuales permiten la universalización de las acciones, su despliegue en todo el territorio nacional, con alcance para todas las personas sin distinción de ningún tipo. El Estado guatemalteco está obligado a proveer protección a sus habitantes y en el caso particular de los niños y niñas menores de 5 años, a garantizar el acceso a los alimentos necesarios para su desarrollo y el acceso a servicios integrales de salud. El marco legal también obliga al Estado a atender a toda la familia y no solo a unos de sus integrantes.

2. Ante los problemas de salud, entre estos la desnutrición crónica, el Estado guatemalteco ha estructurado una respuesta por la vía del sistema de salud, de forma fragmentada y segmentada. Los guatemaltecos obtienen servicios de salud de acuerdo con su capacidad de pago y no por su calidad de ciudadanos. Durante su desarrollo histórico, el sistema de salud guatemalteco ha privilegiado, en sus inicios, la atención de problemas vinculados con los intereses de las compañías bananeras y agro-exportadoras, con una lógica de protección de los puertos de destino y la reposición de mano de obra, luego, con el advenimiento del Ministerio de Salud, se focalizó en la atención de problemas transmisibles y carenciales, situación que ha persistido hasta el período de estudio. El rasgo que ha permeado la política pública sanitaria ha sido la focalización en el segmento poblacional de mujeres en edad fértil con algún problema de tipo reproductivo y en niños y niñas menores de 5 años enfatizando en la desnutrición crónica y aguda y en la diarrea y enfermedades respiratorias. Territorialmente ha privilegiado las regiones rurales, de noroccidente y Chiquimula, asimismo, poblacionalmente la población con predominancia indígena y empobrecida. No obstante, sugerir una adecuada delimitación de los sujetos beneficiarios de las políticas, más bien han generado una dinámica en la que el desatender a otros grupos poblacionales han propiciado la no efectividad de las políticas, es decir,

promueven un círculo vicioso, en donde, a más focalización, más DCI, que estimula la mayor focalización. Es claro que el marco legal guatemalteco, si bien parece favorecedor, no logra permear ni promover políticas sanitarias efectivas para la reducción de la DCI.

3. Guatemala cuenta con un proceso oficial de promulgación de políticas públicas y una institución pública responsable de darle coherencia a todas las políticas emanadas del organismo ejecutivo (SEGEPLAN). No obstante, el proceso seguido por los decisores de políticas no se apega a la norma. Si bien se espera que el proceso de la formulación se inicie con el análisis del o los problemas públicos y luego de analizar los cursos de acción se elija uno por razones técnicas, políticas y financieras, en realidad lo que ha ocurrido es que la cooperación internacional es quien ha dictado el contenido de la política pública. En el caso del combate a la DCI, no obstante es un tema que se posicionó en la agenda pública y luego en la agenda política, las soluciones elegidas fueron influenciadas por actores de la cooperación internacional, los que a su vez representaban una corriente en la que la DCI, es atendida con acciones más cercanas a los efectos que a las causas. Las políticas públicas para la reducción de la DCI se han centrado, finalmente, en la promoción de las acciones de la Ventana de los Mil Días, las cuales ignoran los elementos sociales, económicos y políticos que generan la DCI y en la práctica, han resultado poco exitosas en el contexto guatemalteco.

4. Durante el período de estudio (1997-2015) se han promulgado dos políticas a las que se les asignó presupuesto. Aun cuando hubo otras iniciativas, son solamente dos las que han alcanzado la categoría de política pública. La promulgación de la Ley de Seguridad Alimentaria, y la adopción del combate a la desnutrición mediante el Plan Hambre Cero. La promulgación de la ley SAN requirió esfuerzos por grupos interesados, los cuales durante dos períodos de gobierno trabajaron creando las condiciones necesarias para su promulgación. Esta política ha derivado en la creación de instancias coordinadoras y

burocráticas que no han logrado el cometido de horizontalizar las acciones y la ausencia de resultados positivos ha mostrado que se necesita revisar esta estructura. En el caso del Plan Hambre Cero, su promulgación e implementación se dio en un ambiente clientelar y con serias acusaciones de corrupción que finalmente se demostraron.

5. Aun con un marco legal adecuado, con políticas públicas específicas y presupuestos asignados, la DCI, descendió de forma leve y a un ritmo lento. La cantidad de niños y niñas con DCI se ha mantenido y en algunos casos aumentado aun cuando su proporción disminuye. Al problema de la DCI se le ha agregado la complejización epidemiológica en donde sin haber resuelto los problemas transmisibles y carenciales, se han hecho visibles los problemas vinculados a las enfermedades no transmisibles, la violencia y el cáncer. Los perfiles de niños, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores muestran una diversidad de padecimientos que en términos generales han sido desatendidos por los servicios de salud pública. Se ha hecho evidente que esta desatención de los problemas de salud de los integrantes de las familias de estos niños y niñas que padecen de DCI, produce malos resultados en las intervenciones dedicadas a reducir la desnutrición. Las políticas públicas para la reducción de la DCI ignoran los problemas de salud de los padres, hermanos mayores de 5 años y abuelos y abuelas.

6. La evidencia muestra que otras condiciones que no se vinculan a la VMD, al no ser resueltas ni consideradas en las políticas públicas, no permiten que estas tengan el éxito esperado. En el modelo predictivo desarrollado en esta investigación se obtuvo evidencia estadística que, junto con la falta de educación formal de las mujeres, la pobreza, la informalidad en el trabajo y la ausencia de acceso a agua potable como factores predictores robustos de la DCI, la presencia de enfermedades crónicas desatendidas en la familia tiene un papel muy relevante pero que ha sido desatendido virtualmente en todas las intervenciones, lo que explica en parte perod e manera importante la persistencia y no mejora de la prevalencia de DCI. La presencia de

enfermedades crónicas como la diabetes, genera gastos de bolsillos empobrecedores, generados en la necesidad de atender dichos problemas, situación que finalmente afecta a toda la familia al “desviar” recursos de la alimentación hacia la atención de la enfermedad.

7. Además de los problemas de definición de la agenda política, la cual establece el contenido de la política, la persistencia de desigualdades sociales, económicas y políticas que perpetúan la pobreza, la DCI y la marginación social y la falta de políticas más integrales para el combate de la DCI, se identificaron problemas conceptuales en la formulación, tales como la mirada superficial, ahistórica y apolítica del problema de la DCI, el nivel y profundidad del análisis más vinculado a los efectos que a las causas, el considerar como sujetos de las intervenciones solo a los niños y sus madres (mientras están embarazadas) e ignorar a los demás miembros de la familia, y la interpretación de los mecanismos de producción de la DCI tratándolos como variables no relacionadas entre sí. También se identificaron problemas de tipo operativo, entre los que se cuentan el no considerar las condiciones previas que deben resolverse para que la política sea efectiva, por ejemplo la presencia de infraestructura de servicios, el financiamiento, los recursos humanos, las políticas de combate a la pobreza y la presencia de programas de protección social efectivos; así mismo, las intervenciones consideran que los individuos que las reciben son homogéneos y además la política no considera las desigualdades.

## RECOMENDACIONES

1. Es conveniente iniciar un proceso de revisión de las políticas para la reducción de la DCI .En el período de gobierno actual, se adoptó la política de seguir basando el combate a la DCI en la VMD y en el plan Katún 2032, focalizando las estrategias para mejorar la salud de los y las guatemaltecas en las intervenciones maternas e infantiles, cuando se ha demostrado que no es efectiva, pues no existen las condiciones necesarias para su aplicación y no afecta los elementos más estructurales de la DCI. Una revisión, reconceptualización e incorporación de más elementos de tipo social, económico y político en una política de combate a la DCI es impostergable

2. Además de revisar la política específica, se necesita un proceso de horizontalización de las acciones, de manera que combatir la DCI sea uno de sus elementos en un esfuerzo incluyente que se desarrolle en los ámbitos individual, familiar y comunitario pero con metas más amplias relativas a la reducción de las desigualdades e inequidades.

3. En esta política social deben considerarse el mejorar las condiciones de vida de las familias de los niños y niñas con DCI, de manera que logren mejores viviendas, acceso a servicios básicos, educación, empleos y salarios dignos. Esto a todas luces es una tarea intersectorial y no solamente objeto de la política sanitaria. Se necesita implementar políticas de Estado, con un horizonte temporal Inter gobiernos que considere el combate a las desigualdades sociales.

4. El MSPAS debe priorizar el cierre de las brechas de la infraestructura y recursos humanos que requieren los servicios públicos de la salud. Particularmente en la actual administración cuando se inició la implementación del Modelo de Salud Incluyente, pero se suspendió su implementación aduciendo razones financieras no muy claras.

5. Las políticas de salud efectivas para la reducción de la DCI necesitan considerar, además de aspectos preventivos, los aspectos curativos y rehabilitativos moviendo el foco de atención desde los niños y madres hacia todos los miembros de la familia.

6. Un elemento que necesita atenderse de forma prioritaria es el sistema de información. En la actualidad, no permite utilizar la información que genera para la toma de decisiones oportunas y eficaces. Se necesita moverse de un sistema de información de grandes agregados, a otro con registros nominales y en tiempo real.

7. Todo lo anterior requiere que las políticas de salud, sin importar si son temáticas como la de combate a la DCI o generales como las de medicamentos, deben tener su concreción en un plan nacional de salud en el que se definan las metas sanitarias del país y se dejen claras las responsabilidades institucionales en cuanto a los recursos que se deben destinar para cada una de las acciones

## BIBLIOGRAFIA

- Acuerdo del Gobierno de la República de Guatemala número 55-2002. Creación del Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Publicado en el Diario de Centroamérica 25/07/2002
- Acuerdo del Gobierno de la República de Guatemala número 90-2003. Creación del Viceministerio de Seguridad Alimentaria en el Ministerio de Agricultura y Ganadería. Publicado en el Diario de Centroamérica 18/05/2003
- Acuerdo Ministerial 1607-2009. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2009) Guatemala: Publicado en el Diario de Centro América el 16 de octubre del 2002
- Aguilar Villanueva, L. (1992). La Hechura de las Políticas Públicas. Mexico, Porrúa.
- Alderman, H. Behrman, J. Hoddinott, J. (2007). Economic and nutritional analysis offer substantial synergies for understanding human nutrition. *Journal of Nutrition*, 137, 537-544. recuperado de <https://academic.oup.com/jn/article/137/3/537/4664615>.
- Asturias-Barnoya, E. (1989). Desarrollo histórico de la práctica y el saber médico en Guatemala. Guatemala: Tesis de Médico y Cirujano, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Banco Mundial. (2006). Revalorización del papel fundamental de la nutrición para el desarrollo, estrategias para una intervención en gran escala. Washington DC: Autor. Recuperado de [http://siteresources.worldbank.org/NEWSSPAINISH/Resources/Nutrition\\_estategy\\_es.pdf](http://siteresources.worldbank.org/NEWSSPAINISH/Resources/Nutrition_estategy_es.pdf)
- Barroto Chao, R., Liz Alvarez, M(1996). Diagnostico comunitario de la situación de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 12:(3): p 289-294  
Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251996000300014](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251996000300014)
- Behn R. (1992). El análisis de políticas y la política. En Aguilar Villanueva Luis, El estudio de las políticas públicas (pp. 239-274). Mexico: Porrúa.
- Bhutta Za, D. J. (3 de august de 2013). Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *The Lancet*, 3;382(9890), 452-77. Recuperado de [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60996-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60996-4/fulltext)
- Bhutta, Z., Ahmed, T., Black, R., Cousens, S., Dewey, K., Giugliani, E., . . . Shekar, M. (2008). What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. Baltimore: The Lancet, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18206226>

- BID. (1991). Estudio Básico del Sector Salud. Guatemala: Autor.
- BID. (2002). Diagnóstico Institucional del Sistema de Servicio Civil de Guatemala. Guatemala: Autor. Recuperado el 25 de agosto 2017 de <https://publications.iadb.org/handle/11319/3445>
- BID. (2015). Evaluación del Apoyo Institucional del BID a los Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas en Tres Países de Ingreso Medio-Bajo Oficina de Evaluación y Supervisión (OVE) . Washington DC: Autor. Recuperado de <https://webimages.iadb.org/publications/spanish/document/Estudios-de-Casos-Comparativos-Evaluaci%C3%B3n-del-apoyo-institucional-del-BID-a-los-programas-de-transferencias-monetarias-condicionadas-en-tres-pa%C3%ADses-de-ingreso-medio-bajo.pdf>
- BID; INSP. (2011). Evaluación externa de impacto del programa de transferencias monetarias condicionadas. Mi Familia Progresá, efectos en indicadores de consumo. México, Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de <https://www.insp.mx/transparencia-y-rendicion-de-cuentas/23-centros/evaluacion-y-encuestas/2177-consumo.html>
- Black Robert, A. L. (2008). Maternal and Child Undernutrition, global and regional exposures and health consequences. 371, 243-60. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18207566>
- Bossert, V. B. (2010). Opciones de signación de recursos para el financiamiento del sector salud, experiencias internacionales y lecciones para Guatemala. Guatemala: USAID / Dialogo para la inversión social.[folleto]
- Bronfman, M., Gleizer, M. (1994). Participación comunitaria: ¿necesidad, excusa o estrategia? O de que hablamos cuando hablamos de participación comunitaria. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 10 (1): 111-122, enero-marzo
- Castellanos , P. (1998). Los modelos explicativos del proceso salud enfermedad, los determinantes sociales. En J. C. Martínez Navarro, *Salud Pública: Desigualdades y ausencia de equidad*. Madrid: McGraw Hill Interamericana.
- Contreras, A. Maldonado, E. Estrada, G. Peñate, M. (investigadores) (2011a) Que causas hay detrás de la inseguridad alimentaria en Guatemala. *Protegiendo la nueva cosecha. Boletín No. 435-41* Recuperado de <https://www.icefi.org/sites/default/files/contamos-4.pdf>
- Contreras, A. Estrada, G. Peñate, M. (investigadores) (2011b) Los remedios como parte de los males, el remedio de las recetas a la cirugía mayor. *El remedio de nuestros males. Boletín No. 6* 68-97. Recuperado de <https://www.icefi.org/sites/default/files/contamos6sinexcesos.pdf>

- Contreras, A. Estrada, G. (investigadores) (2012). Qué podemos hacer para reducir las muertes maternas. *¡Quiero crecer con mamá! Boletín No. 941-67*. Recuperado de <https://www.icefi.org/sites/default/files/contamos-9.pdf>
- Cortazar, J., Lafuente, L., Sanguinés, M. (2014). Al servicio del ciudadano. Una década de reformas del servicio civil en América Latina. (2004-13). Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado de [https://webimages.iadb.org/publications/spanish/document/Al-servicio-del-ciudadano-Una-d%C3%A9cada-de-reformas-del-servicio-civil-en-Am%C3%A9rica-Latina-\(2004-13\).pd](https://webimages.iadb.org/publications/spanish/document/Al-servicio-del-ciudadano-Una-d%C3%A9cada-de-reformas-del-servicio-civil-en-Am%C3%A9rica-Latina-(2004-13).pd)
- Cepal-Ilpes. (2010). Panorama de los Sistemas de Recursos Humanos en América Latina y del Caribe. Santiago de Chile: Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES). Recuperado de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37223/1/S1420739\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37223/1/S1420739_es.pdf)
- Centro de Investigaciones Economicas Nacionales. (2014). Monitoreo de las Acciones de la Ventana de los Mil Días. Guatemala. Recuperado de [http://www.mejoremosguate.org/cms/content/files/publicaciones/Monitoreo\\_Ventana\\_de\\_los\\_Mil\\_Das\\_Mayo2014.pdf](http://www.mejoremosguate.org/cms/content/files/publicaciones/Monitoreo_Ventana_de_los_Mil_Das_Mayo2014.pdf)
- Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (2009). Plan estratégico de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Pesana 2009-2012). Guatemala: Gobierno de Guatemala.
- Constitución Política de la República de Guatemala [const.]. Artículos 93, 94, 95, 31 de mayo 1985 (Guatemala)
- COONGCOP, GIZ, Instituto de Estudios Agrarios y Rurales. (2011). diez mitos y realidades sobre las cadenas agroalimentarias en Guatemala y una cuenta nacional de base agraria. Guatemala: CONGCOP.
- Decreto del Congreso de la República de Guatemala número 90-97. Código de Salud publicado en el Diario de Centroamerica el 7 de noviembre de 1997
- Decreto del Congreso de la República de Guatemala número 114-97 Ley del Organismo Ejecutivo Publicado en el Diario de Centroamerica el 12 de diciembre de 1997
- Decreto del Congreso de la República de Guatemala número 12-2002. Código Municipal, publicado en el Diario de Centroamérica 13 de mayo del 2002.
- Decreto del Congreso de la República de Guatemala número 11-2002. Ley de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural. Publicado en el Diario de Centroamérica el 15 de abril de 2002.

- Decreto del Congreso de la República de Guatemala número 27-2003. Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia. Publicado en el Diario de Centroamérica el 18 de julio de 2003.
- Decreto del Congreso de la República de Guatemala número 32-2005. Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Publicado en el Diario de Centroamérica el 2 de mayo de 2005.
- Decreto del Congreso de la República de Guatemala número 32-2010. Ley para la Maternidad Saludable. Publicado en el Diario de Centroamérica el 7 de octubre del 2010.
- De Negri, A. (2008). El enfoque de los derechos humanos en la calidad de vida y la salud. *Health and Human Rights, Perspectiva*. 10 (1) Recuperado de <https://www.hhrjournal.org/2008/06/a-human-rights-approach-to-quality-of-life-and-health-applications-to-public-health-programming-spanish/>
- Dye, T. R. (2016). *Understanding public policy*. New York, Oxford Press.
- Estrada-Galindo, G. (2015). *Salud y Complejidad*. Guatemala: Universidad Rafael Landívar. Recuperado de [http://www.mediafire.com/file/luo5p3usg9b4eav/COMPLEJIDAD Y SALUD.pdf](http://www.mediafire.com/file/luo5p3usg9b4eav/COMPLEJIDAD_Y_SALUD.pdf)
- Estrada-Galindo, G. (2008). *Síntesis, el sistema de salud de Guatemala ¿hacia dónde vamos?* Guatemala: INDH-PNUD.
- Food and Nutricional Technical Asistance|USAID. (2011). *Investing in nutrition now: a smart start for our children, our future. Estimates of benefits and costs of a comprehensive program por nutrition in Bangladesh*. Washington DC Unites States of america: Autor
- Food and Agricultrure Organization. (1996). *World Food Summit*. Roma: FAO. Recuperado de <http://www.fao.org/WFS/>
- Food and Agriculture Organization. (2015). *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo* . Roma Italia: FAO. Recuperado de <http://www.fao.org/3/a-i4646s.pdf>
- FAO, FIDA, PMA. (2012). *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo, 2012*. Roma italia: FAO. Recuperado de <http://www.fao.org/docrep/017/i3027s/i3027s00.htm>
- Fewtrell, L. Kaufmann, R. Kay, D. Enanoria, W. Haller, L. Colford, J. (2005). *Water sanitation and hygiene interventions to reduce diarrhoea in less development countries: a sistematic review and meta-analysis*. *Lancet, infections disease*. Recuperado de [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(04\)01253-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(04)01253-8/fulltext)

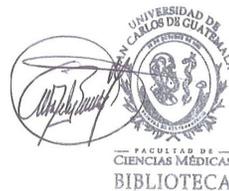
- Fundación 2020. (2006). Plan Vision de País. Guatemala: Autor.
- García-Granero, M. (2015). II Curso de bioestadística avanzada. Guatemala: Universidad de Navarra, Universidad del Istmo, INVEGEM.
- Garoz, B., Slowing Umaña, K. (2014). Plan Hambre Cero, el combate a la desnutrición y la reactivación de la economía campesina. Balances y perspectivas. Guatemala: Colectivo de Estudios Rurales Ixim. Recuperado de <http://www.albedrio.org/htm/otrosdocs/comunicados/vvaa-InformeAlternativoDerechoAlimentacion2014.pdf>
- Gilson, L. (2012). Health Policy and system Research: a methodology reader, Alliance for Health Policy and System Research. Ginebra Suiza: WHO.
- Gobierno de Guatemala, Poder Ejecutivo (2000). Cuarto informe de Gobierno, Alvaro Arzú. Guatemala: Autor.
- Godet, M. (2007). Prospectiva estratégica, problemas y métodos. Paris, Francia: Lipsor.
- Gottret, M. V. (2011). el enfoque de medios de vida sostenibles, una estrategia para el diseño e implementación de iniciativas para la reducción de la pobreza. Centro Agronomico Tropical de Investigación y Enseñanza - CATIE- Costa Rica.
- Guerra-Borges, A. (2007). Guatemala, 60 años de historia económica 1944-2004. Guatemala: INDH-PNUD.
- Gordillo, G. (2013). Seguridad y soberanía alimentaria, documento base para discusión. Roma Italia: FAO
- Grantham-McGregor, S., Yin Bun, C., Cueto, S., Glewwe, P., Richter, L. Strupp, B and the International Child Development Steering Group. (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. The Lancet, 369(9555), 60-70. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2270351/>
- Guatemala Instituto Nacional de Estadística (2011). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos Familiares 2009/2010. Guatemala: Autor.
- Guatemala, Instituto Nacional de Estadística. (2011). Encuesta Nacional de condiciones de vida . Guatemala: Autor.
- Guatemala, Instituto Nacional de Estadística. (2014-2015). Encuesta Nacional de condiciones de Vida. Guatemala: Autor.
- Guatemala, MSPAS INE. (2009). Encuesta Nacional de Salud Materna Infantil 2008/2009. Guatemala: Autor.

- Guatemala, MSPAS INE. (2015). Encuesta Nacional de Salud Materna Infantil 2014/2015. Guatemala: Autor.
- Guatemala, SEGEPLAN. (2005). Política nacional de seguridad alimentaria y nutricional . Guatemala: Autor.
- Guatemala, SEGEPLAN. (2011). Guía para el proceso de planificación institucional 2012 y multianual. Guatemala: Autor
- Guatemala, SEGEPLAN. (2015). Informe final del alcance de los objetivos de desarrollo del milenio.Guatemala: Autor.
- Gutierrez, E. (2008). Tendencias y perspectivas, el sistema de salud de Guatemala, ¿hacia dónde vamos? Guatemala: INDH-PNUD.
- Gonzales, P. (2009). Derechos Sociales, Economicos y Culturales. Catedra Gerardo Molina, Universidad Libre de Colombia: Klimpres. Recuperado de <http://www.corteidh.or.cr/tablas/26759.pdf>
- Hernandez-Mack L. (2011). Ajustes reforma y resultados, las politicas de salud de Guatemala 1985-2010. Guatemala: INDH-PNUD.
- Hernandez-Mack, L. (2008). sistema de salud de Guatemala, ¿Hacia dónde Vamos? marco conceptual.Guatemala: INDH-PNUD.
- Hyun, J. (2012). Program experience with micronutrient powders and current evidence. Journal Nutritional, J Nutr. 2012 Jan;142(1):191S-6S. Recuperado el 13 de mayo 2017 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22131547>
- IARNA, FAUSAC, MAGA, SESAN, BID. (2013). Evaluación del programa de fertilizantes del Ministerio de Agricultura, Ganaderia y Alimentación. Guatemala: IARNA-URL.
- Icefi. ( 2016). Contrataciones del Estado: Autor. Recuperado de [http://icefi.org/sites/default/files/comunicado\\_prensa\\_icefi\\_contrarreforma\\_le\\_y\\_contrataciones\\_del\\_estado\\_13\\_may.pdf](http://icefi.org/sites/default/files/comunicado_prensa_icefi_contrarreforma_le_y_contrataciones_del_estado_13_may.pdf)
- La Vía Campesina. (2009). Crisis y seguridad alimentaria. Madrid España: Autor.Recuperado el 12 de febrero 2017 de <https://viacampesina.org/es/crisis-y-soberanalimentaria-vcampesina-y-el-tiempo-de-una-idea/4/>
- Martorell, R. (2012). intervenciones u opciones de politicas para combatir la desnutrición en Guatemala. Guatemala: BID. Recuperado de <https://webimages.iadb.org/publications/spanish/document/Intervenciones-y-opciones-de-pol%C3%ADticas-para-combatir-la-desnutrici%C3%B3n-en-Guatemala.pdf>

- Mazariegos, J. (2008). ¿Unos vivimos porque otros mueren?. El Sistema de Salud en Guatemala, ¿hacia dónde vamos? Guatemala, Guatemala: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- MedicusMundi, Cordaid; Unión Europea. (2009). Posición institucional del MIS en relación al trabajo con comadronas. Guatemala: Autor
- Mkandawire, T. (2005). Targeting and Universalism in Poverty Reduction. Geneva, Switzerland: United Nations Research Institute for Social Development.
- Molina Marin, G. (2008). Políticas Públicas de Salud, aproximación a un análisis. Antioquía Colombia: Universidad de Antioquia Colombia.
- Muñoz, C. (2010). Salud de la mujer indígena, intervenciones para reducir la muerte materna. Washington: BID.
- Navarro, V. (1998). Concepto actual de la salud pública. México: McGraw Hill Interamericana.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). Atención Primaria en Salud, Alma Ata. Ginebra: Autor.
- OMS; Unicef. (2013). El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: Un documento de debate. Malta: Autor. Recuperado de [https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF\\_-\\_OPS\\_OMS\\_-El\\_desarrollo\\_del\\_nino\\_en\\_la\\_primera\\_infancia\\_y\\_la\\_discapacidad\\_Un\\_documento\\_de\\_debate.pdf](https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF_-_OPS_OMS_-El_desarrollo_del_nino_en_la_primera_infancia_y_la_discapacidad_Un_documento_de_debate.pdf)
- Organización de las Naciones Unidas. (1990). Cumbre mundial en favor de la infancia. New York: UNICEF.
- Ozlak, O. (2011). Formación Histórica del Estado en América Latina, elementos teórico-metodológicos para su estudio. En: Lecturas sobre el Estado y las políticas públicas, retomando el debate de ayer para fortalecer el actual. En Estado y políticas Estatales en América Latina, Hacia una estrategia de investigación. Buenos Aires Argentina: Proyecto de Modernización del Estado.
- Pallares, F. (1988). Las políticas públicas, El sistema político en acción. Revista de estudios políticos (nueva época) No. 62, octubre.diciembre 1988, pp 141-162.
- Pineault, R., Daveluy, C. (1989). Planificación sanitaria, conceptos, métodos y estrategias. Madrid: Masson.
- PNUD INDH. (2008). Manual sobre los objetivos de desarrollo del milenio con enfoque de derechos humanos. Guatemala: Autor. Recuperado de <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/MDG%20Country%20Reports/Guatemala/2008.pdf>

- Ramió, C., & Miqueli, S. (2005). *Instituciones y nueva gestión pública*. Barcelona España: Fundacion CIDOB.
- Roberts M, H. W. (2008). *Getting Health Reform Right, a guide to improving performance and equity*. New York: Oxford University Press.
- Ruel, M., Alderman, H., & Maternal and Child Nutrition Study Group. (2013). Nutrition-sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition? *The Lancet*, 382, 479-570. Recuperado de [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60843-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60843-0/fulltext)
- Sanchez-Viesca, A. (2005). *La inconclusa y tutelada reforma del sector salud en Guatemala*. Guatemala: CEUR-USAC.
- Save the Children: Icefi. (2014). *Diagnóstico sobre la implementación del Programa Hambre Cero, un esfuerzo desde la sociedad civil*. Guatemala: Autor.
- Scaling Up Nutrition. (2011). *A framework for action*. SUN. Recuperado el 14 de mayo de 2017 de [https://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2013/05/SUN\\_Framework.pdf](https://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2013/05/SUN_Framework.pdf)
- Secretaria de Seguridad Alimentaria y Nutricional. (2006). *Programa para la reducción de la desnutrición crónica*. Guatemala: Autor.
- Simon, H. (1997). *Administrative Behavior, a study of decision-making processes*. New York: Free Press.
- Smith Bruce. (2003). *Definition of public policy and public participation, engaging citizens and community in the development of public policy*. Canada: Atlantic Regional Office Health.
- Stein, AD., Wang, M., Martorell, R., Norris SA., Adair, L., et. al. (2010). Growth patterns in early childhood and final attained stature: data from five birth cohorts from low and middle income countries. *Am J Hum Biol* 2010 May-Jun;22(3) 353-9
- Stein, AD., Wang, M., Ramirez-Zea, M. (2006). Exposure to a nutrition supplementation intervention in early childhood and risk factors for cardiovascular disease in adulthood: evidence from Guatemala. *American Journal of Epidemiology*, 164(12), 1160-70.
- Stein, T. E. (2006). *The politics of policies, economics and social progress in Latin America*. Washington DC: IADB.
- Thaler R. (2017). *Misbehaving, the making of behavioral economics*. London: W. W. Northon & Company.

- The Lancet. (2013). Resumen ejecutivo de la serie nutrición materno-infantil:  
Autor. Recuperado de <http://www.incap.int/index.php/es/areas-tematicas/enfermedades-cronicas-relacionadas-con-la-nutricion/investigacion/ciipec/816-lancet/834-resumen-ejecutivo-sobre-serie-de-nutricion-materno-infantil-de-the-lancet-espanol>
- UNESCO. (2008). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Santiago de Chile: OREAL/UNESCO.
- UNICEF. (2006). Convención sobre los derechos del niño. Madrid: UNICEF.  
Recuperado de <http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- Unicef. (2013). Improving child nutrition, the achievable imperative for global progress. New York: United Nations Children's Fund.
- UNICEF. (2013). Mejorar la nutrición infantil, el imperativo por el progreso mundial que es posible lograr. New York: UNICEF.
- Universidad Rafael Landívar, Idies. *Acuerdos de Paz. Firmados por el Gobierno de la República de Guatemala y la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG). Misión de verificación de las Naciones Unidas en Guatemala (Minugua)*. (1997). Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales.
- USAID / Diálogo para la inversión social. (2008). Análisis de política No. 3: como se dirige el sistema de salud en Guatemala. Guatemala. [folleto]
- Verdugo Urrejola, J. C. (2000). La política y reforma del sector salud en Guatemala, 1986-2000, -del Estado desperfecto al mercado imperfecto-. [s.n.]
- Victoria G, O. M. (2010). Worldwide timing of growth flatering: revisiting implications for interventions. *Pediatrics*, 125(e473), 473-80. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20156903>
- WHO. (2008). Framework and standards for country health information systems / Health Metrics Network. Geneva, Switzerland: Autor.
- William, D. (2016). Public policy analysis. London: Routledge.



## ANEXOS

## Anexo 1

### Operacionalización de las variables del ejercicio de regresión lineal, apartado de metodología

CATEGORIA DE LA VARIABLE	Definición conceptual	variable	Indicador
Variable dependiente			
Desnutrición crónica infantil	Retardo en el crecimiento de acuerdo con la escala de OMS de talla para edad en donde el punto Z está en +/- 2DE de la media	Retardo en la talla en menores de 5 años	% Desnutrición Crónica total en < de 5 a
Variables independientes			
Variables demográficas	Variables que afectan la estructura y dinámica poblacional y	habitantes	Número de habitantes 2015
		Densidad poblacional	Densidad poblacional (Hab X Km2) 2015
		Población joven	% de población menor de 18 años
		Población de adultos mayores	% de población mayor de 65 años
		Población urbana	% de población urbana
		Población femenina	% Población de mujeres
		Población indígena	% Población indígena
		Mortalidad	Tasa bruta de mortalidad 2014
		Natalidad	Tasa bruta de natalidad X 1000, 2014
		Nupcialidad	Tasa bruta de nupcialidad X 1000 h. 2014
Fecundidad	Tasa global de fecundidad		
Variables nutricionales	Variables que reflejan el estado nutricional del binomio: madre niña(o)	Desnutrición crónica infantil	% Desnutrición Crónica severa en < de 5 a
		Desnutrición global	% de desnutrición global
		Mortalidad por desnutrición	Tasa de mortalidad por desnutrición 2014
		Bajo peso al nacer	% de niños con bajo peso al nacer 2014

CATEGORIA DE LA VARIABLE	Definición conceptual	variable	Indicador
		Anemia infantil	Porcentaje de niños y niñas de 6 a 59 meses con cualquier tipo de anemia
		Anemia materna	Porcentaje de mujeres de 15-49 años clasificadas con cualquier tipo de anemia
Variables de condiciones del hogar	Variables que reflejan el acceso y utilización de los hogares a los medios sanitarios, de habitabilidad, consumo y acceso a energía y jefatura femenina	Jefatura femenina	% de hogares monoparentales con jefatura femenina
		Número de miembros del hogar	Promedio de número de miembros del hogar
		Vivienda formal	% hogares con casa formal
		Precariedad de la vivienda	% hogares con casa piso de tierra
		Acceso a agua potable	% de hogares conectados a red agua
		Acceso a red de drenajes	% de hogares conectados a red de drenajes
		Conexión a electricidad	% de hogares conectados a red de electricidad
		Conexión a red telefónica	% de hogares conectados a red telefónica
		Acceso a eliminación de basura	% de hogares con servicio municipal de eliminación de basura
		Queman la basura	% hogares que queman la basura
Usan leña	% hogares que usan leña p/cocinar		
Variables de migración	Variables relacionadas con la migración como posible afectación del soporte social	Migración interna	% población que vive en lugar distinto al nacimiento
		Migración reciente	% población con migración reciente (2009 en adelante)
Variable de participación	Variable que explora el efecto de participar	Organización social	% de población de 7 años y más que participa en organizaciones
Variables de comunicación	Variables relacionadas con el acceso a los medios de comunicación	Acceso y utilización de televisión	% población que se entera de lo que sucede en el país por la televisión
		Acceso y utilización de radio	% población que se entera de lo que sucede en el país por la radio

<b>CATEGORIA DE LA VARIABLE</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>variable</b>	<b>Indicador</b>
		Acceso y utilización de prensa escrita	% población que se entera de lo que sucede en el país por la prensa escrita
Variables de asistencia social	Variables relacionadas con los beneficios de los programas sociales del Ministerio de Desarrollo Social	Beneficiaron de programa social	% de hogares con beneficio de programas de asistencia social
		Beneficiario de la bolsa segura (2012-2014)	% de hogares con beneficio de bolsa segura
		Beneficiario del bono seguro (2012-2014)	% de hogares con beneficio de bono seguro
Variables de salud, morbilidad y mortalidad	Variables de salud-enfermedad	Presencia de enfermedad	% de población con alguna enfermedad o problema de salud
		Presencia de enfermedad diarreica	% de población menor de 6 años que padeció diarrea
		Presencia de enfermedad respiratoria	% de población menor de 6 años que padeció enfermedades respiratorias
		Mortalidad post neonatal	Tasa de mortalidad post neonatal (fallecidos de 28 días a menores de 1 año por 1000 nacidos vivos)
		Mortalidad infantil	Tasa de mortalidad infantil Fallecidos menores de 1 años por 1000 nacidos vivos)
		Mortalidad post infantil	Tasa de mortalidad pos infantil (fallecidos mayores de 1 año y menores de 5 años por 1000 nv)
		Mortalidad de la niñez	Tasa de mortalidad de la niñez (fallecidos menores de 5 años por 1000 nv)
		Mortalidad por violencia	Tasa de mortalidad por causas externas X 100,000
		Mortalidad por diabetes (trazador de enfermedades crónicas)	Tasa de mortalidad por diabetes mellitus por 100,000 2014
		Mortalidad por diarrea	Tasa de mortalidad por diarrea por 100,000 2014
		Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio	Tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio por 100,000

<b>CATEGORIA DE LA VARIABLE</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>variable</b>	<b>Indicador</b>
		Mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio	Tasa de mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio por 100,000
		Mortalidad por tuberculosis	Tasa de mortalidad por tuberculosis, por 100,000
		Mortalidad por VIH	Tasa de mortalidad por VIH por 100,000
Variables medio ambientales	Variables medioambientales con potencial de afectación de la producción de alimentos y conservación de fuentes hídricas	Deforestación	Tasa de deforestación anual
		Utilización de leña para cocinar	porcentaje de hogares que utilizan leña
		Demanda de agua	Demanda potencial de agua por municipio por día (m3)
		Cobertura forestal	Cobertura forestal %
		Uso agrícola de la tierra	Superficie de uso agrícola %
		Intensidad de uso de tierra	Intensidad de uso de la tierra
		Áreas protegidas	Áreas protegidas %
Variables de educación	Variables educativas con potencial influencia en la nutrición infantil	Alfabetismo	Tasa de alfabetismo en $\geq$ de 15 a
		Escolaridad	Años de escolaridad promedio en $\geq$ de 15 a
		Primaria completa	Finalización de la primaria
		Escolaridad en mujeres	años de escolaridad promedio en mujeres de 15 o más años
		Escolaridad en jóvenes	Años de escolaridad promedio de los jóvenes (15-24 años)
		Educación pre escolar	% de niños y niñas menores de 7 años no inscritos en educación pre escolar
		Secundaria en sector privado	% de población de 13 años y más inscrita en secundaria en el sector privado
		Sin educación secundaria	% de población de 13 a 18 años no inscrita en secundaria
		Educación superior	% de población matriculada en educación superior
		Sin educación superior	% de población de 19 a 24 años no inscrita en educación superior

CATEGORIA DE LA VARIABLE	Definición conceptual	variable	Indicador
		Índice de feminidad en educación básica	Relación entre mujeres y hombres en el ciclo de educación básica, por departamento
		Índice de feminidad en diversificado	Relación entre mujeres y hombres en el ciclo diversificado, por departamento
Variables económicas	Variables de índole económica con potencial de afectar la nutrición infantil	Inversión per cápita en salud	per cápita salud 2015
		Recaudación tributaria	Recaudación tributaria millones de quetzales 2015
		Población económicamente activa	% PEA
		Población agrícola	Fuerza laboral en agricultura (%)
		Informalidad en el empleo	Porcentaje de la PEA que se encuentra en situación formal
		Desempleo	Tasa de desempleo (%)
Variables de desigualdad	Medición de las diferencias sistemáticas en las condiciones de vida	desigualdad	Ginni
		Desigualdad	Atkinson (e=1)
		desigualdad	Theil
Variables de pobreza	Variables vinculadas a la medición de la pobreza y el acceso a los alimentos	Pobreza general	% de pobreza general
		Pobreza extrema	% de pobreza extrema
		Pobreza no extrema	% de pobreza no extrema
		No pobreza	% de no pobreza
		Brecha de la pobreza	Coficiente de brecha de pobreza extrema
		Población ocupada en pobreza extrema	% Población ocupada en pobreza extrema
Variables de salud reproductiva	Variables vinculadas con el embarazo, el parto y el puerperio que potencialmente pueden afectar la nutrición infantil y la salud materna	Parto institucional	% atención del parto por médico
		Parto institucional	% atención del parto por enfermera
		Parto por comadrona	% atención del parto por comadrona
		Parto auto atendido	% auto atención del parto

<b>CATEGORIA DE LA VARIABLE</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>variable</b>	<b>Indicador</b>
		Parto atendido por personal calificado	% atención del parto por personal calificado
		Atención pre natal completa	% de embarazadas con 4 visitas de atención pre natal
		Embarazo protegido contra el tétanos	% de madres con el ultimo embarazo con protección contra el tétanos neonatal
		Parto atendido en servicios de salud	% de partos atendidos en servicios de salud
		Control pos natal	% de mujeres con control pos natal en los primeros 2 días después del parto
		Partos por Cesárea	% de partos por cesárea
		Embarazo adolescente	% de mujeres entre 15-19 años alguna vez embarazadas (embarazo adolescente)
		Embarazo en mujeres mayores	Promedio de embarazos en mujeres mayores de 39 años
		Acceso a control pre natal	% de mujeres de 15 a 49 años con acceso a control prenatal en el primer trimestre
		Cobertura de control pre natal por servicios públicos	% de mujeres de 15 a 49 años atendidas en su control pre natal en un servicio público
		Uso de ácido fólico durante el embarazo	% de mujeres que durante el embarazo utilizan suplementos de ácido fólico o prenatales
		Uso de métodos anticonceptivos	Porcentaje de mujeres actualmente casadas/unidas y de las mujeres no unidas sexualmente activas de 15-49 años, que utilizan algún método anticonceptivo
		Necesidad insatisfecha de PF	Porcentaje de mujeres actualmente unidas y de mujeres sexualmente activas de 15-49 años con necesidad insatisfecha de planificación familiar
Variables de inmunizaciones	Variables de cobertura de inmunizaciones que	BCG	% BCG
		Penta 1	% Penta 1

<b>CATEGORIA DE LA VARIABLE</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>variable</b>	<b>Indicador</b>
	afectan los resultados de las intervenciones en salud y nutrición infantil	Penta 2	% Penta 2
		Penta 3	% Penta 3
		Polio 1	% Polio 1
		Polio 2	% Polio 2
		Polio 3	% Polio 3
		Anti sarampionosa	% Anti sarampionosa
		Esquema completo	% todas las vacunas
		Constancia de visita al servicio de salud	% con carné de vacunación
Variables de violencia	Variables relacionadas con actos de violencia que potencialmente pueden afectar la salud y la nutrición infantil	Eventos de violencia	% de hogares con al menos un incidente de violencia en el último año
		victimización	Tasa de victimización X 1000 habitantes
		Violencia domestica física en mujeres	Porcentaje de mujeres alguna vez casadas o unidas de 15-49 años que ha experimentado alguna vez y en el último año violencia física por parte de esposo/compañero
		Violencia domestica sexual en mujeres	Porcentaje de mujeres alguna vez casadas o unidas de 15-49 años que ha experimentado alguna vez y en el último año violencia sexual por parte de esposo/compañero
		Violencia doméstica en hombres	Porcentaje de hombres alguna vez casados o unidos de 15-59 años que ha experimentado alguna vez y en el último año violencia física o sexual por parte de la esposa/compañera
Variable de personal de salud en los servicios	Variables vinculadas con la provisión de servicios y la presencia de recursos humanos	Personal administrativo de salud	No. Personal administrativo del MSPAS
		Personal operativo de salud	No. De personal operativo del MSPAS
		Medios laborando para el MSPAS	No. De médicos laborando para el MSPAS
		Enfermeras profesionales	No. De Enfermeras profesionales laborando para el MSPAS

<b>CATEGORIA DE LA VARIABLE</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>variable</b>	<b>Indicador</b>
		laborando para el MSPAS	
		Densidad de personal de salud	Densidad por 10,000 habitantes MSPAS
		Auxiliares de enfermería laborando para el MSPAS	No. De auxiliares de enfermería laborando para el MSPAS
		Personal contratado por el MSPAS	Total, de personal contratado por el MSPAS
		Personal de soporte del MSPAS	Total, de personal de soporte (administrativo y operativo)
		Personal operativo del MSPAS	Total, de personal asistencial (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería)
		Relación de personal de soporte y administrativo	Razón de personal de soporte / personal asistencial
		Personal con contrato regular	% personal con contrato regular (0-11)
Variables de desarrollo		Desarrollo humano	Índice de Desarrollo Humano
		Marginación social	Índice de marginación
		Calidad de la vivienda	NBI calidad de la vivienda
		hacinamiento	NBI hacinamiento
		Agua potable	NBI servicio de agua
		Servicio sanitario	NBI servicio sanitario
		Asistencia escolar	NBI asistencia escolar
		Ingreso familiar	NBI ingreso familiar
Variables de inversión municipal		Inversión municipal en salud	promedio del porcentaje del presupuesto municipal dedicado a salud
		Inversión municipal en agua y saneamiento	Promedio del porcentaje municipal del presupuesto dedicado a agua y saneamiento
		Inversión municipal en educación	Promedio del porcentaje del presupuesto municipal dedicado a educación
		Inversión municipal en medio ambiente	Promedio del porcentaje del presupuesto municipal dedicado a ambiente



## Anexo 2

### Sistematización de las leyes, políticas y normativas relacionadas el combate de la desnutrición crónica infantil del período 1996.2015

PERÍODO DE GOBIERNO	LEYES, OBJETIVOS ESTRATÉGICOS, PLANES Y PROGRAMAS RELATIVOS A LA SALUD Y DESNUTRICIÓN,	POBLACIÓN META Y PRIORIDADES Y METAS DE SALUD DECLARADAS	ACCIONES	LOGROS DECLARADOS
Álvaro Arzú 1996-2000	<p>LEYES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nuevo código de Salud, Decreto No. 90-97 del Congreso de la República</li> <li>Ley del Organismo Ejecutivo, Decreto No. 114-97 del Congreso de la República</li> </ul> <p>OBJETIVOS PARA LA SALUD Y NUTRICIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reordenamiento descentralización y modernización del sector salud</li> <li>Aumento de la cobertura y mejoramiento de la calidad de atención de los servicios básicos</li> <li>Mejoramiento de la eficiencia en la gestión de los recursos u calidad de atención en hospitales, centros y puestos d salud públicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>POBLACION: Grupos de mayor riesgo biológico y social del país entendidos como: <ul style="list-style-type: none"> <li>Grupos sociales sin cobertura de servicios de salud</li> <li>Población en situación de pobreza y pobreza extrema de municipios rurales priorizados</li> <li>Mujeres con problemas reproductivos y niños menores de 2 años</li> </ul> </li> <li>PRIORIDADES Y METAS: las declaradas en los acuerdos de Paz: <ul style="list-style-type: none"> <li>Dar prioridad a la lucha contra la desnutrición, al saneamiento</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Creación del Sistema Integrado de Atención en Salud - SIAS- como la instancia operativa que coordina la atención del primero y segundo nivel de atención dentro del MSPAS</li> <li>Implementación del Programa de Extensión de Cobertura</li> <li>Desarrollo de convenios con ONG para administrar y prestar servicios de salud</li> <li>Desarrollo del "paquete Básico" de atención: <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención a la mujer embarazada mediante control prenatal, entrega de micronutrientes, atención del parto y puerperio (sin</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento de la cobertura de servicios de salud a 3.5 millones de habitantes (este logro hay que matizarlo: la cifra se refiere a población bajo convenio, es decir jurisdicciones de 10,000 habitantes cubiertas por el programa de extensión de cobertura, sin embargo, de estos, solo mujeres con problemas reproductivos y niños menores de 5 años con IRAS y diarrea más vacunas fueron atendidos)</li> <li>Aumento del acceso a medicamentos</li> <li>Aumento del gasto público en salud de 0.9% del PIB a 1.5%</li> </ul>

PERIODO DE GOBIERNO	LEYES, OBJETIVOS ESTRATÉGICOS, PLANES Y PROGRAMAS RELATIVOS A LA SALUD Y DESNUTRICIÓN,	POBLACIÓN META Y PRIORIDADES Y METAS DE SALUD DECLARADAS	ACCIONES	LOGROS DECLARADOS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción del desarrollo y modernización de la gerencia de los recursos humanos de las instituciones del sector</li> <li>• Promoción de la salud y ambientes saludables para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población</li> <li>• Aumento de la cobertura y mejoramiento de la calidad del agua de consumo humano, así como la ampliación de la cobertura de saneamiento básico rural</li> <li>• Participación y fiscalización social en la gestión pública de los servicios de salud</li> <li>• Fortalecimiento de la capacidad de conducción de la cooperación técnica en salud</li> </ul> <p>ESTRATEGIAS Y POLÍTICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EN 1996 se consolidó la Comisión Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONASAN). Ese mismo año, la</li> </ul>	<p>ambiental, la salud preventiva, las soluciones de atención primaria, especialmente la materno-infantil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ presupuestar por lo menos 50% del gasto público en salud a la atención preventiva</li> <li>○ reducir la mortalidad infantil y materna, antes del año 2000, a un 50% del índice observado en 1995</li> <li>○ mantener la certificación de erradicación de la poliomielitis y alcanzar la del sarampión para el año 2000</li> <li>○ Para el caso de los medicamentos básicos o genéricos de mayor demanda en el</li> </ul>	<p>especificar en qué servicio), atención interconcepcional.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Atención infantil y preescolar, mediante vacunación, control de IRA, control de diarrea/cólera, evaluación y atención nutricional en menores de 2 años</li> <li>○ Atención a la demanda de emergencia y morbilidad, mediante atención de la diarrea/cólera, dengue/malaria, tuberculosis, rabia y ETS/SIDA</li> <li>○ Atención al medio mediante control de vectores, control de zoonosis, disposición sanitaria de excretas y basuras, control de la calidad del agua</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Descentralización admirativa de los servicios de salud</li> <li>○ Promulgación del código de salud</li> <li>○ Incremento del gasto público del MSPAS para la salud preventiva del 33% al 45%</li> </ul>

PERIODO DE GOBIERNO	LEYES, OBJETIVOS ESTRATÉGICOS, PLANES Y PROGRAMAS RELATIVOS A LA SALUD Y DESNUTRICIÓN,	POBLACIÓN META Y PRIORIDADES Y METAS DE SALUD DECLARADAS	ACCIONES	LOGROS DECLARADOS
	<p>CONASAN elaboró la propuesta de la "Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional" y el "Plan de Acción en Alimentación y Nutrición 1996-2000" y un marco institucional para su implementación</p>	<p>sector público, se estudiarán y aplicarán modalidades de compra que aseguren transparencia en la negociación comercial, calidad y bajo precio de los medicamentos para garantizar la prestación eficiente de servicios</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incremento posterior del paquete básico al que se le sumaron otras intervenciones bajo el nombre de Servicios Ampliados de Salud que incluyen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Atención a la mujer en edad fértil mediante la detección precoz del cáncer (Papanicolaou) y planificación familiar</li> <li>○ Atención infantil y preescolar mediante la evaluación y atención nutricional de menores de 5 años</li> <li>○ Atención de emergencias y morbilidad mediante la atención de la demanda comunitaria según capacidad resolutive</li> </ul> </li> <li>• Creación e implementación del programa de Accesibilidad de medicamentos PROAM</li> </ul>	

PERIODO DE GOBIERNO	LEYES, OBJETIVOS ESTRATÉGICOS, PLANES Y PROGRAMAS RELATIVOS A LA SALUD Y DESNUTRICIÓN,	POBLACIÓN META Y PRIORIDADES Y METAS DE SALUD DECLARADAS	ACCIONES	LOGROS DECLARADOS
Alfonso Portillo, 2000-2004	<p>LEYES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley General de Descentralización Decreto No. 14-2002 del Congreso de la República</li> <li>• Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural Decreto No. 11-2002 del Congreso de la República,</li> <li>• Ley de Desarrollo Social Decreto No. 42-2001 del Congreso de la República</li> <li>• Creación del Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional Acuerdo Gubernativo 55-2002</li> <li>• Creación del Viceministerio de Seguridad Alimentaria y Nutricional adscrito al Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación, mediante el Acuerdo Gubernativo 90-2003</li> </ul> <p>ESTRATEGIAS Y POLITICAS:</p>	<p>POBLACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Población pobre, rural en comunidades dispersas desatendidas</li> <li>• Madres y niños menores de 5 años</li> </ul> <p>PRIORIDADES Y METAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir la mortalidad infantil y materna, sin especificar la cantidad de reducción.</li> <li>• La salud reproductiva con énfasis en la Planificación Familiar</li> <li>• VIH/SIDA</li> <li>• Expandir la cobertura de atención</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apertura de 58 centros de recuperación nutricional</li> <li>• Consolidación y expansión del programa de refacción escolar,</li> <li>• Elaboración de las guías alimentarias para menores de 2 años para su uso en la red de servicios públicos de salud</li> <li>• capacitación y dotación de instrumental médico básico a 110 promotores de salud en coordinación con el Fondo de Inversión Social</li> <li>• Incremento de usuarias de métodos de planificación familiar</li> <li>• Promulgación de normas para la atención materna y neonatal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promulgación de leyes</li> <li>• Entrega de micronutrientes para embarazadas y puérperas cubriendo 553,000 mujeres</li> <li>• Cobertura de 54,000 niños y niñas desnutridas por los servicios de salud</li> <li>• Entrega de más de 310,000 dosis de vitamina A para niños y niñas entre seis y 36 meses de edad</li> <li>• Cobertura de servicios de salud del MSPAS al 75% de la población mediante convenios con 116 ONG prestadoras de servicios</li> <li>• Expansión del programa de Enfermedad, Maternidad y Accidentes del IGSS a 8 departamentos mas</li> <li>• Expansión del PROAM</li> <li>• 17.4 millones de consultas y servicios en los servicios públicos</li> </ul>

PERIODO DE GOBIERNO	LEYES, OBJETIVOS ESTRATÉGICOS, PLANES Y PROGRAMAS RELATIVOS A LA SALUD Y DESNUTRICIÓN,	POBLACIÓN META Y PRIORIDADES Y METAS DE SALUD DECLARADAS	ACCIONES	LOGROS DECLARADOS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrategia Nacional de Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia EAIEPI 2000</li> <li>• Programa Nacional de Salud reproductiva</li> <li>• Consejo consultivo de la Mujer en el MSPAS</li> <li>• Red Nacional de Paternidad y Maternidad Responsable</li> <li>• Programa de Salud Integral a la Niñez y Adolescencia del MSPAS</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora en la detección, vigilancia, atención y seguimiento de personas con VIH/SIDA,</li> </ul>
Oscar Berger 2004-2008	<p>LEYES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Decreto 32-2005 del Congreso de la República</li> <li>• Creación del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SINASAN)</li> </ul>	<p>POBLACION</p> <p>“los pobres”</p> <p>Especialmente los que están en pobreza extrema, focalizado en 83 municipios de 13 departamentos priorizados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementación del programa Creciendo Bien,</li> <li>• Implementación de la política de seguridad alimentaria y nutricional</li> <li>• Fortalecimiento del sistema de información y planificación</li> <li>• Lanzamiento e implementación del Programa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expansión del Programa de Extensión de cobertura con la incorporación de 400,000 habitantes</li> <li>• Fortalecimiento del segundo nivel con la creación de 7 centros de Atención Integral Materno Infantil CAIMI y un número no determinado de Centros de atención Permanente</li> </ul>

PERIODO DE GOBIERNO	LEYES, OBJETIVOS ESTRATÉGICOS, PLANES Y PROGRAMAS RELATIVOS A LA SALUD Y DESNUTRICIÓN,	POBLACIÓN META Y PRIORIDADES Y METAS DE SALUD DECLARADAS	ACCIONES	LOGROS DECLARADOS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creación del Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONASAN)</li> <li>• Creación de la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia de la República (SESAN).</li> </ul> <p>ESTRATEGIAS Y POLÍTICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional fue aprobada por el CONASAN el 13 de julio de 2006</li> <li>• Estrategia Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica (ENRDCI).</li> <li>• Satisfacción de las necesidades de salud de la población guatemalteca mediante la entrega de servicios de salud con calidad, calidez, equidad y con enfoque</li> </ul>	<p>METAS Y PRIORIDADES</p> <p>Atender los siguientes problemas sin especificar cantidades o indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad Materna y Neonatal</li> <li>• Enfermedades Respiratorias Agudas</li> <li>• Enfermedades Transmitidas por Alimentos y Agua</li> <li>• Desnutrición</li> <li>• Enfermedades Transmitidas por Vectores</li> <li>• Enfermedades Inmunoprevenibles</li> <li>• Enfermedades de Transmisión Sexual VIH/SIDA</li> <li>• Tuberculosis</li> </ul>	<p>para la Reducción de la Desnutrición Crónica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Campañas de vacunación</li> <li>• Consolidación de la organización de los comités Departamentales de SAN y los comités municipales de SAN.</li> <li>• Formación de servidores públicos en SAN, utilizando como mecanismo de reclutamiento la información al interior de los Comités Municipales de SAN</li> </ul>	<p>CAP y otro tanto de Centros de Atención de paciente Ambulatorio CENAPA.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Construcción de 59 centros de salud, puestos de salud o centros de convergencia con recursos provenientes del Fondo de Inversión Social FIS,</li> <li>• Realización de la Campaña nacional contra el sarampión, la rubeola y el síndrome de rubéola congénita</li> </ul>

PERIODO DE GOBIERNO	LEYES, OBJETIVOS ESTRATÉGICOS, PLANES Y PROGRAMAS RELATIVOS A LA SALUD Y DESNUTRICIÓN,	POBLACIÓN META Y PRIORIDADES Y METAS DE SALUD DECLARADAS	ACCIONES	LOGROS DECLARADOS
	<p>intercultural y de género en los diferentes niveles de atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimiento del proceso de desconcentración y descentralización de las competencias, responsabilidades, recursos y poder de decisión a las áreas de salud</li> <li>• Adquisición y provisión de insumos en forma oportuna para el desarrollo de las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.</li> <li>• Modernización del sistema de gestión administrativo-financiero y de planificación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como elemento básico de apoyo a la prestación de servicios de salud.</li> </ul>			

PERIODO DE GOBIERNO	LEYES, OBJETIVOS ESTRATÉGICOS, PLANES Y PROGRAMAS RELATIVOS A LA SALUD Y DESNUTRICIÓN,	POBLACIÓN META Y PRIORIDADES Y METAS DE SALUD DECLARADAS	ACCIONES	LOGROS DECLARADOS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimiento del desarrollo y administración de los recursos humanos en salud.</li> <li>• Promoción de acciones de apoyo al saneamiento del medio que mejoren la calidad de vida de la población.</li> <li>• Protección a la población de los riesgos inherentes al consumo y exposición de alimentos, medicamentos y sustancias nocivas a la salud</li> </ul>			
Álvaro Colom 2008-2012	LEYES:  ESTRATEGIAS Y POLÍTICAS:	POBLACIÓN  Población general con énfasis en aquellos en situación de pobreza y marginalidad, especialmente los habitantes de municipios priorizados y	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de la accesibilidad de los servicios mediante la recuperación de la gratuidad de servicios haciendo cumplir la ley contenida en el Código de Salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 887,972 familias atendidas por el programa mi familia progresa</li> <li>• 352,416 familias beneficiadas por el programa bolsa solidaria (arroz, frijol,</li> </ul>

PERIODO DE GOBIERNO	LEYES, OBJETIVOS ESTRATÉGICOS, PLANES Y PROGRAMAS RELATIVOS A LA SALUD Y DESNUTRICIÓN,	POBLACIÓN META Y PRIORIDADES Y METAS DE SALUD DECLARADAS	ACCIONES	LOGROS DECLARADOS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para fortalecer el Estado de Guatemala.</li> <li>• Mejorar y ampliar la cobertura de atención y prestación de los servicios de salud integrales e integrados.</li> <li>• Promover y fortalecer acciones que garanticen la accesibilidad a medicamentos. Reconocimiento al uso y práctica de la medicina alternativa y tradicional.</li> <li>• Promover la investigación y desarrollo tecnológico en salud.</li> <li>• Fortalecimiento de la investigación, desarrollo y administración de la fuerza laboral en salud.</li> </ul>	<p>comunidades rurales y urbano marginales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementación del programa “mi familia progresista” (transferencias condicionadas en efectivo, cuyas condicionalidades incluye la obligatoriedad de llevar a los niños menores de 5 años al servicio de salud para control)</li> <li>• Implementación del programa “becas solidarias” consistente en otorgar becas para diversificado</li> <li>• Implementación del programa “Bolsa Solidaria”, consistente en la entrega de una bolsa de alimentos para alimentación complementaria</li> <li>• Implementación del programa “comedor solidario” destinado para proveer alimentos a familias en situación de pobreza y población indigente</li> <li>• Incremento del presupuesto del MSPAS</li> <li>• Obligatoriedad de reportar la desnutrición crónica y aguda Acuerdo ministerial 1607-2009</li> </ul>	<p>harina de maíz y aceite de cocina)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2,275,091 raciones alimenticias otorgadas por el programa comedor solidario</li> <li>• Aumento del número de servicios con horarios ampliados CAP y CAIMI y CENAPA</li> <li>• Restablecimiento de la salud gratuita</li> <li>• Incremento de la cobertura del programa PROAM.</li> <li>• Dotación de 383 ambulancias al sistema público de salud</li> <li>• Incremento del presupuesto del MSPAS de 2.7 millardos en 2008 a 4.2 millardos en 2011</li> <li>•</li> </ul>

PERIODO DE GOBIERNO	LEYES, OBJETIVOS ESTRATÉGICOS, PLANES Y PROGRAMAS RELATIVOS A LA SALUD Y DESNUTRICIÓN,	POBLACIÓN META Y PRIORIDADES Y METAS DE SALUD DECLARADAS	ACCIONES	LOGROS DECLARADOS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de la atención primaria ambiental por medio de la regulación, vigilancia y control de la aplicación de la normativa vigente en materia de agua potable, saneamiento e higiene, para mejorar la calidad de vida de la población.</li> <li>• Responder a la demanda de servicios de salud, generada por la implementación de los programas de solidaridad y equidad social.</li> <li>• Mejoramiento del financiamiento y de la calidad del gasto en salud.</li> <li>• Armonización y alineamiento de la cooperación internacional a los intereses nacionales y prioridades sectoriales.</li> </ul>		<p>que declara la desnutrición como una enfermedad de notificación obligatoria y la vigilancia activa del problema</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Publicación de las nuevas normas de atención incluyendo el ciclo vital</li> <li>• Desarrollo de planes de salud municipales y el plan nacional</li> </ul>	

PERIODO DE GOBIERNO	LEYES, OBJETIVOS ESTRATÉGICOS, PLANES Y PROGRAMAS RELATIVOS A LA SALUD Y DESNUTRICIÓN,	POBLACIÓN META Y PRIORIDADES Y METAS DE SALUD DECLARADAS	ACCIONES	LOGROS DECLARADOS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promulgación del Plan Estratégico de Seguridad Alimentaria y Nutricional PESAN 2009-2012</li> <li>• Promulgación del Plan Estratégico de Seguridad Alimentaria y Nutricional PESAN 2012-2016</li> </ul>			
Pérez / Maldonado	<p>LEYES</p> <p>ESRATEGIAS Y POLITICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacto hambre cero</li> <li>• Reformulación de la política de bienestar y salud para la adolescencia y juventud 2015-2024</li> <li>• Elaboración del Plan estratégico nacional 2015-2020</li> </ul>	<p>POBLACIÓN</p> <p>Población en situación de pobreza y pobreza extrema, de municipios priorizados por criterios de prevalencia de la desnutrición crónica.</p> <p>METAS</p> <p>Reducción de la desnutrición crónica en 10% tomando como base la cifra provista por la ENSMI 2009-2010: 49% en menores de 5 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realización del cuarto censo de talla escolar</li> <li>• Realización de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015</li> <li>• Barridos nutricionales para detección de desnutrición crónica</li> <li>• Capacitación sobre ventana de los mil días a auxiliares de enfermería y educadoras</li> <li>• Expansión de los servicios básicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción de la desnutrición crónica 2.7%</li> <li>• Entrega de bolsas de alimentos a 242,345 familias del departamento de Guatemala</li> <li>• 656,135 familias beneficiadas con transferencias condicionadas en efectivo</li> <li>• Más de 13,000 vidas salvadas por atender casos de desnutrición aguda</li> <li>• Más de 16,000 niños y niñas menores de 5 años</li> </ul>

PERIODO DE GOBIERNO	LEYES, OBJETIVOS ESTRATÉGICOS, PLANES Y PROGRAMAS RELATIVOS A LA SALUD Y DESNUTRICIÓN,	POBLACIÓN META Y PRIORIDADES Y METAS DE SALUD DECLARADAS	ACCIONES	LOGROS DECLARADOS
	para la eliminación de la malaria en Guatemala <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración del Plan de acción de salud integral de la niñez</li> <li>• Actualización del Plan estratégico de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2016-2020</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuación del programa de provisión de alimentación complementaria mediante VITACEREAL</li> </ul>	recuperadas de episodios de desnutrición aguda

### Anexo 3

#### Datos de las variables utilizadas en el ejercicio de regresión lineal múltiple y su comparación con el modelo desarrollado

DEPARTAMENTO	% Desnutrición Crónica total en menores de 5 años	Tasa de mortalidad por diabetes mellitus por 100,000 2014	años de escolaridad promedio en mujeres de 15 o más años	per cápita salud 2015	Porcentaje de la PEA que se encuentra en situación formal	% de pobreza general	% de mujeres de 15 a 49 años con acceso a control prenatal en el primer trimestre	NBI servicio de agua	NBI ingreso familiar	PREDICCIÓN según la ecuación	diferencia entre dato real y predicción
Guatemala	25.30	54.8	7.3	0.10	56.25	33.33	78.3	12.53	4.41	28.55	-3.25
El Progreso	29.10	55.3	5.9	0.09	45.28	53.20	82.1	8.41	7.55	35.39	-6.29
Sacatepéquez	42.40	57.9	6.2	0.09	39.66	41.13	76.2	10.52	2.93	29.21	13.19
Chimaltenango	56.50	31.3	5.3	0.08	24.32	66.06	68.3	14.06	7.55	50.20	6.30
Escuintla	26.90	57.9	5.3	0.09	175.26	52.94	71.3	12.05	7.87	23.56	3.34
Santa Rosa	33.60	38.4	5.2	0.08	29.29	54.29	81.1	10.53	8.82	40.86	-7.26
Sololá	65.60	26.2	4.2	0.07	24.81	80.95	66	4.88	12.83	69.34	-3.74
Totonicapán	70.00	28.2	4.1	0.07	13.32	77.45	70.5	10.92	17.86	60.89	9.11
Quetzaltenango	48.80	54.2	5.6	0.09	24.07	56.03	65.1	8.20	11.45	48.35	0.45
Suchitepéquez	39.60	44.7	4.5	0.08	40.51	63.76	68.2	10.01	9.16	44.76	-5.16
Retalhuleu	34.20	55.9	5.2	0.09	70.65	56.06	66.8	10.23	8.04	36.57	-2.37
San Marcos	54.80	26.4	4.6	0.08	31.52	60.22	67	9.23	13.01	57.14	-2.34
Huehuetenango	67.70	22.4	3.8	0.08	15.36	73.75	66.4	10.81	19.99	63.86	3.84
Quiché	68.70	22.0	4	0.10	19.03	74.68	60.5	12.05	25.81	67.57	1.13

DEPARTAMENTO	% Desnutrición Crónica total en menores de 5 años	Tasa de mortalidad por diabetes mellitus por 100,000 2014	años de escolaridad promedio en mujeres de 15 o más años	per cápita salud 2015	Porcentaje de la PEA que se encuentra en situación formal	% de pobreza general	% de mujeres de 15 a 49 años con acceso a control prenatal en el primer trimestre	NBI servicio de agua	NBI ingreso familiar	PREDICCIÓN según la ecuación	diferencia entre dato real y predicción
Baja Verapaz	50.20	20.2	4.6	0.09	24.14	66.30	71.7	13.00	14.24	55.15	-4.95
Alta Verapaz	50.00	16.0	3.5	0.09	17.13	83.09	54.5	26.09	19.82	54.24	-4.24
Petén	36.10	24.3	5.3	0.12	31.70	60.84	81.3	20.14	11.68	34.11	1.99
Izabal	26.40	37.1	5.7	0.11	67.84	59.88	86.9	20.31	14.06	27.14	-0.74
Zacapa	40.00	50.3	5.6	0.10	59.39	55.93	70.8	8.33	9.18	42.35	-2.35
Chiquimula	55.60	26.9	4.3	0.08	22.08	70.62	77.3	11.29	13.89	52.12	3.48
Jalapa	53.80	26.0	4.2	0.09	16.55	67.24	77.5	8.00	10.75	52.25	1.55
Jutiapa	35.70	52.5	4.9	0.08	20.77	62.74	76.4	13.26	10.38	37.39	-1.69

## Anexo 4

### Consentimiento Informado

**Título de la investigación:** Análisis de la efectividad de las políticas e intervenciones sanitarias para la reducción de la desnutrición crónica infantil en Guatemala de 1996 a 2015.

**Explicación y objetivo del estudio:** Mi nombre es Gustavo Estrada y soy estudiante del Doctorado en Salud Pública de la Universidad de San Carlos. Estoy realizando una investigación para determinar cuáles son los principales problemas que se enfrentan en el diseño, e implementación de las políticas sanitarias para la reducción de la desnutrición crónica infantil en Guatemala, dado que los resultados en los últimos 10 años no han permitido la solución de este problema.

**¿Qué se propone este estudio?** El objetivo de la investigación es contribuir con el mejoramiento del proceso de diseño e implementación de las políticas sanitarias para la reducción de la desnutrición crónica infantil mediante el análisis de lo que ha ocurrido en los últimos 10 años, establecer cuáles han sido los factores institucionales, presupuestarios, culturales, políticos, económicos y sociales que han incidido en el desempeño de estas políticas. La parte más importante de esta investigación es contar con las opiniones de las personas que conocen y han estado involucrados en los procesos de la formulación e implementación de la política sanitaria antes descrita.

**¿En qué consiste su participación?** Con la finalidad de obtener información antes citada se le está invitando a participar de manera voluntaria en esta entrevista. Si está de acuerdo de participar, se le solicitará firmar esta hoja de consentimiento informado. Usted también puede decidir cancelar su participación aún después que se ha comprometido en participar, dado su consentimiento y haya firmado la hoja de consentimiento informado.

**Selección, cantidad y edades de los participantes:** La selección de los participantes se ha hecho en base a su relevancia en el proceso de diseño e implementación de la política de salud en los últimos 10 años.

**Información por recabarse:** Se indagará sobre su opinión acerca de la desnutrición crónica en Guatemala, las causas del problema, las medidas implementadas, los resultados de estas y sobre cuáles cree que son las cosas que deben hacerse.

**Tiempo requerido:** El tiempo estimado es de una hora,

#### Riesgos e Incomodidades

Este estudio no representa ningún riesgo para usted. Algunas preguntas podrían hacerlo/a sentir incómodo y está en su derecho de contestar o no, y puede decidir terminar su participación en cualquier momento si usted así lo desea;

**Alternativas:** Usted decide si quiere o no participar en el estudio.

**Compensación:** No se dará ninguna compensación económica por participar.

**Confidencialidad:** El proceso será estrictamente confidencial. Cada persona recibirá un código de tal manera que su nombre no será reconocido. Su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados del estudio sean publicados.

**Preguntas:** Si tiene preguntas acerca del estudio o algún daño relacionado con el mismo, puede comunicarse con Gustavo Estrada al teléfono 42127125

---

He leído el consentimiento informado y he comprendido en que consiste el estudio para el diseño de una propuesta técnica política para mejorar el desempeño de la política de combate a la desnutrición crónica infantil en Guatemala. He aceptado participar voluntariamente. Puedo retirarme en cualquier momento sin que me afecte los beneficios que recibo. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en este estudio

NOMBRE

FIRMA

FECHA

## Guía de la entrevista semi estructurada:

Lugar:

---

Entrevistador:

---

Entrevistado (nombre, edad, género, puesto, dirección, ubicación en el sistema de salud, institución)

*Introducción:* descripción general de la investigación, su propósito, los participantes elegidos razones de la selección, cómo se utilizarán los datos, contexto sobre el que se hará la entrevista.

*Características de la entrevista:* confidencialidad, duración aproximada

*Preguntas:*

1. ¿Qué piensa sobre la situación de la desnutrición en Guatemala?
2. ¿Cuál o cuáles cree que son las causas de esta situación?
3. ¿Conoce las medidas que se han tomado para combatirla? (políticas, intervenciones, servicios específicos, declaraciones, leyes, etc.)
4. ¿Quién o quienes han influido para que se adopten estas políticas o medidas?
5. ¿de qué se han valido para esta influencia?
6. ¿Han sido estas medidas coherentes con el problema?
7. ¿Cómo evalúa los resultados de estas medidas?
8. ¿Cuáles factores considera usted que son los que más inciden en los resultados? (personales, institucionales, presupuestarios, relacionales, ilegales, internacionales,)
9. ¿podría dar algunos ejemplos?
10. De los factores que ha identificado, ¿cuáles son los más importantes?, ¿por qué? ¿podría nombrarlos del más importante al menos importante?
11. ¿Qué debe hacerse diferente para mejorar la situación?
12. ¿Quién debe hacer estas intervenciones?
13. ¿tiene algo más que decir?

*Observaciones:*

Agradecimiento, insistiendo en la confidencialidad y la posibilidad de intervenciones futuras.