



**Programa
Mundial de
Alimentos**

**SALVAR
VIDAS
CAMBIAR
VIDAS**



TOMO 2

ESA

**Evaluación Nacional de
Seguridad Alimentaria 2024**

**SALUD MATERNO
INFANTIL**

WFP Guatemala, diciembre de 2024

ÍNDICE

I. Contexto.....	3
II. Salud.....	4
a. Composición de los hogares	4
b. Enfermedades crónicas y discapacidad	5
c. Mujeres embarazadas y dando de lactar.....	6
d. Niñas y niños menores a 23 meses	8
e. Niñas y niños de 2 a 5 años	11
f. Niñas, niños y adolescentes en edad de estudiar	12
III. Servicios básicos	13
a. Agua y saneamiento	13
b. Otros servicios.....	14
IV. Hallazgos clave	15
V. Bibliografía.....	16



I. CONTEXTO

El Marco Conceptual de los Determinantes de la Nutrición Materna e Infantil del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) 2020-2030 destaca el papel de la alimentación y el cuidado de niñas, niños y mujeres como determinantes inmediatos de la nutrición materno infantil. Según el anterior modelo causal de UNICEF, la desnutrición es el resultado de una ingesta de alimentos insuficiente y de un estado de salud deficiente.

Este enfoque se sustenta en la importancia de los alimentos nutritivos, incluida la leche materna, las prácticas alimentarias adecuadas, así como los servicios de salud y entornos saludables para abordar la nutrición materno infantil, sin desestimar la interacción con otros factores socioeconómicos que afectan la seguridad alimentaria y nutricional a nivel de hogar y comunidad.

Desde 2006, los programas y las estrategias en materia de salud materno infantil implementadas por el Gobierno¹ y apoyadas por las agencias de cooperación se han orientado a reforzar el acceso a los servicios de salud, la promoción de la lactancia materna, la entrega de alimentos complementarios fortificados y micronutrientes, así como la consejería en aspectos de alimentación saludable y prácticas de higiene a las mujeres embarazadas, madres en período de lactancia y personas cuidadoras de las niñas y los niños de 0 a 59 meses de edad.

La Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (POLSAN) 2022-2037 identifica como población objetivo primeramente a niñas y niños menores de cinco años, con énfasis en el período de la concepción a los dos años (ventana de los mil días), con base en la evidencia del impacto positivo de la nutrición adecuada durante ese período en la salud y el aprendizaje a futuro (Serie Lancet, 2024). Mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, así como mujeres en edad fértil (15 a 49 años) también constituyen la población objetivo de la POLSAN. El primer grupo porque su condición requiere un aporte extra de nutrientes y por la influencia de la dieta de la madre en su bebe y el segundo, porque su salud es un factor predictivo de la salud de las futuras generaciones.

Las intervenciones nutricionales y de salud en la ventana de los mil días pueden tener un impacto significativo en la prevención de la desnutrición e incluso romper el círculo vicioso de la desnutrición, ya que el peso al nacer es un indicador del estado nutricional y de salud del recién nacido y de la madre. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) prioriza intervenciones específicas para prevenir la desnutrición crónica infantil, con una prevalencia del 46.5 por ciento de niñas y niños menores de 5 años, según estadística oficial (ENSMI, 2014/2015).

El control prenatal, la suplementación con hierro y ácido fólico, el manejo de enfermedades maternas, la consejería y la atención calificada del parto son algunas de las intervenciones para las mujeres embarazadas, mientras que el control de crecimiento, vacunación, suplementación con vitamina A, alimento complementario fortificado y consejería en cuidado y desarrollo infantil aplican para niñas y niños menores de 5 años (GCNN, 2020-2024). La razón de mortalidad materna en 2020 se estimó en 95.5 por cada 100 mil nacidos vivos, lo que representó una reducción de 37.1 por ciento comparado con el valor estimado para el 2000 (PAHO, 2022).

¹ 2006 a 2011, el Programa y la Estrategia de Reducción de la Desnutrición Crónica (PRDC y ENRDC); Plan Hambre Cero 2012-2015; la Estrategia Nacional de Prevención de la Desnutrición Crónica 2016-2019 y la Gran Cruzada Nacional por la Nutrición 2020-2024.

Para el año 2030, el MSPAS asumió el compromiso de alcanzar la meta del Objetivo 3 de Desarrollo Sostenible de reducir la mortalidad materna a 70 por 100 mil nacidos vivos, como establecido en el Plan Nacional para la Reducción de la Muerte Materna 2021-2025.

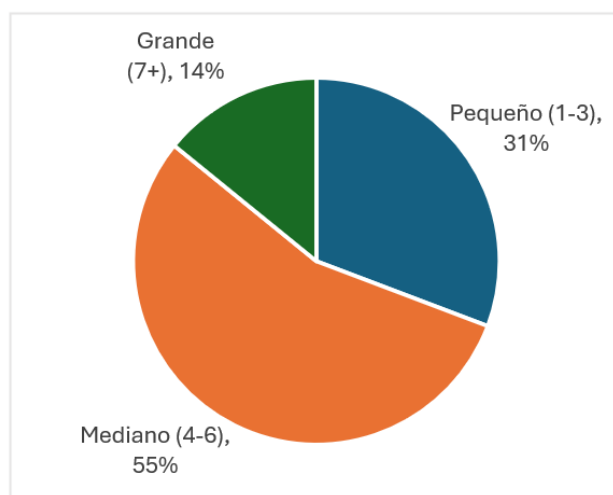
Factores estructurales también afectan las condiciones de salud y salud reproductiva, tales como los altos índices de pobreza, la falta de educación, el limitado acceso al empleo, los bajos ingresos económicos, la falta de acceso a una buena alimentación y la inequidad de género, además de barreras de idioma en el contexto multilingüe y pluricultural del país.

II. SALUD

a. Composición de los hogares

31 por ciento de los hogares a nivel nacional está compuesto de una a tres personas, mientras que la mayoría (55%) de hogares son medianos, con 4 a 6 personas, y el resto de los hogares (14%) son grandes y tienen 7 o más miembros. Los hogares con más miembros tienden a tener mayores índices de inseguridad alimentaria, con los hogares grandes estando en inseguridad alimentaria en el 40 por ciento de los casos, mientras que los hogares medianos en 25 por ciento de los casos y los pequeños en el 16 por ciento. La incidencia de inseguridad alimentaria mayor en hogares más grandes se relaciona con factores estructurales, tal y como se muestran los datos de la ENCOVI 2023 (INE, 2024a). Los hogares grandes son pobres en el 87 por ciento de los casos, comparado con la pobreza de los hogares medianos que alcanza 54 por ciento y la pobreza de los hogares pequeños de 23 por ciento.

Gráfica 1. Hogares a nivel nacional por categoría de cantidad de miembros



Los hogares con población vulnerable tienden a sufrir más inseguridad alimentaria. En promedio, un hogar guatemalteco está compuesto por 4.5 integrantes², de los cuales 2.4 son hombres y mujeres entre 18 y 59 años, 1.5 son menores de edad (incluidos 0.3 menores de 5 años) y 0.6 son adultos mayores. En el 28 por ciento de los hogares existe por lo menos un niño o niña menor de 5 años y en el 44 por ciento de los hogares una persona mayor a 60 años; ambos tipos de hogares tienen inseguridad alimentaria en el 31 por ciento de los casos. Similarmente, en el 3 por ciento de hogares a nivel nacional que tienen mujeres embarazadas, la tasa de inseguridad alimentaria es mayor que el promedio de todos los hogares (29 por ciento frente a 25 por ciento), lo cual refleja que estos grupos de población vulnerable tienen desafíos desproporcionalmente mayores para satisfacer sus necesidades alimentarias.

² Un hogar promedio tiene 4 o 5 integrantes. En áreas rurales, esta cifra se eleva a 4.7 (siete de cada diez hogares son de 5 integrantes y los otros tres son de 4) y en áreas urbanas esto baja a 4.4 (cuatro de cada diez hogares son 5 y seis de cada diez son de 4).

Tabla 1. Hogares con algún grupo población vulnerable y por tamaño, y porcentaje que está en inseguridad alimentaria

Hogares con...		% del total	% con INSAN
Mujeres embarazadas		3%	29%
Mujeres dando de lactar		10%	25%
Personas con alguna enfermedad crónica		24%	33%
Personas con alguna discapacidad		7%	28%
Niñas y niños menores de 5 años		28%	31%
Adultos y adultas mayores (60+ años)		44%	31%
Tamaño pequeño (1-3)		31%	16%
Tamaño mediano (4-6)		55%	26%
Tamaño grande (7+)		14%	40%

b. Enfermedades crónicas y discapacidad

Otros hogares con mayor propensión a la inseguridad alimentaria son los de personas que padecen algún tipo de enfermedad crónica (24 por ciento del total). Los hogares con personas que padecen enfermedades crónicas dirigen un menor porcentaje de gasto hacia alimentos (31 por ciento tienen gasto alto o muy alto en alimentos – comparado con el 40 por ciento de los hogares sin enfermedades crónicas), pero tienen un consumo más pobre (20 por ciento con consumo límite o pobre, comparado con 13 por ciento), reflejando el que los hogares se ven obligados a priorizar a la salud de la persona que padece la enfermedad sobre a la alimentación del hogar. Al mismo tiempo, estos hogares también hacen un mayor uso de estrategias de afrontamiento por la falta de alimentos o dinero para comprar comida (52 por ciento hace uso de estrategias de medios de vida de crisis o emergencia, comprado con 36 por ciento), incluida la estrategia de reducir el gasto en salud (30 por ciento frente a 20), lo que refleja una mayor vulnerabilidad para que estos hogares puedan satisfacer tanto sus necesidades alimentarias como las de salud, a pesar de las graves consecuencias que ello conlleva.

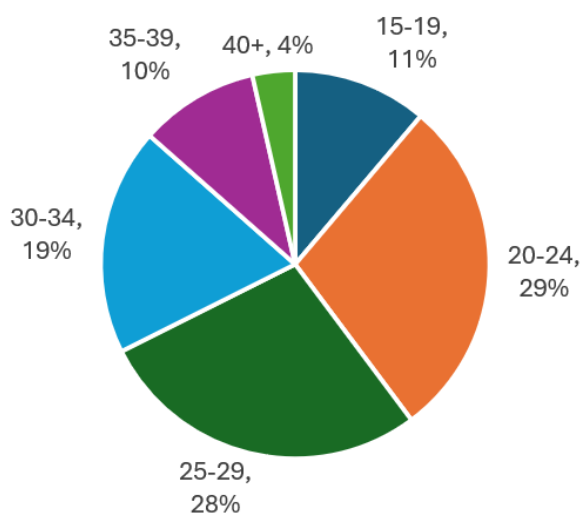
Un consumo de alimentos inapropiado también puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas, tal como las cardiovasculares que son la mayor causa de mortalidad y que el riesgo de padecerlas “aumenta por una alimentación poco saludable, la cual se caracteriza por un bajo consumo de frutas y verduras y un consumo elevado de sal, azúcares y grasas” (OPS, 2023). En Guatemala, después de los cereales, granos y tubérculos, los grupos de alimentos que los hogares más consumen son el azúcar, los aceites, las grasas, y con ellos, los alimentos ultra procesados³, los cuales están presentes en el 45 por ciento de los hogares. Mientras que las frutas y las verduras solo se consumen entre 3 y 4 días a la semana. Como consecuencia, en 17 de cada 100 hogares guatemaltecos hay alguna persona que padece de diabetes, presión alta y/o alguna enfermedad cardiovascular, lo que incide

³ Tomo 1 de resultados de la ESA24. “[...] las azúcares y grasas deberían consumirse con moderación y en pequeñas cantidades, sin embargo, estás representan los grupos de alimentos consumidos con mayor frecuencia, lo que podría sugerir que los hogares los consumen en exceso, exponiéndose a un riesgo mayor de desarrollar sobrepeso y obesidad que constituyen una segunda carga de la malnutrición. Adicionalmente, la encuesta muestra que en el 45 por ciento de los hogares consumen alimentos ultra procesados”.

nuevamente en la probabilidad de estar en inseguridad alimentaria y tener una dieta poco saludable. En cantidades absolutas, se estima que 890 mil personas en Guatemala padecen de diabetes, presión alta y/o alguna enfermedad cardiovascular.

Las personas que tienen algún tipo de discapacidad, definida a través de la dificultad para lograr alguna función básica⁴ (a nivel nacional, por lo menos en 7 por ciento de los hogares hay alguien con discapacidad), también son más vulnerables a inseguridad alimentaria. De estos hogares, en el 42 por ciento hay alguna persona con dificultad para caminar o subir escaleras; en el 30 por ciento con dificultad para ver; en el 20 por ciento, con dificultad para valerse por sí solo e igualmente otro 20 por ciento con dificultad para comunicarse; en el 13 por ciento, con dificultad para oír y, en el 12 por ciento, con dificultad para recordar o concentrarse. Las personas con discapacidad enfrentan “una serie de situaciones que los colocan en condiciones de exclusión frente al resto de la sociedad [...] tales como el acceso a la salud, el trabajo, la educación, locomoción, el acceso a información y comunicación”, así como prejuicios y estereotipos negativos (ODHAG, 2005:57). Todas estas dimensiones exacerban barreras para el acceso a alimentos, particularmente en el caso de intersecciones entre discapacidad y otras categorías de exclusión como el residir en el área rural, puesto que “las personas con discapacidad y sus familias solamente cuentan consigo mismos y con sus comunidades (conformadas por otras personas en situación de pobreza) para depender y sobrevivir, contra todo pronóstico” (Grech, 2016:36). 28 de cada cien hogares con alguna persona con discapacidad está en inseguridad alimentaria y cabe resaltar que 56 de cada 100 hogares tienen un uso alto de estrategias de afrontamiento vinculadas al consumo de alimentos, frente a un 38 por ciento de hogares sin personas con discapacidad que también las emplea.

Gráfica 2. Edad de mujeres embarazadas o dando de lactar



c. Mujeres embarazadas y lactantes

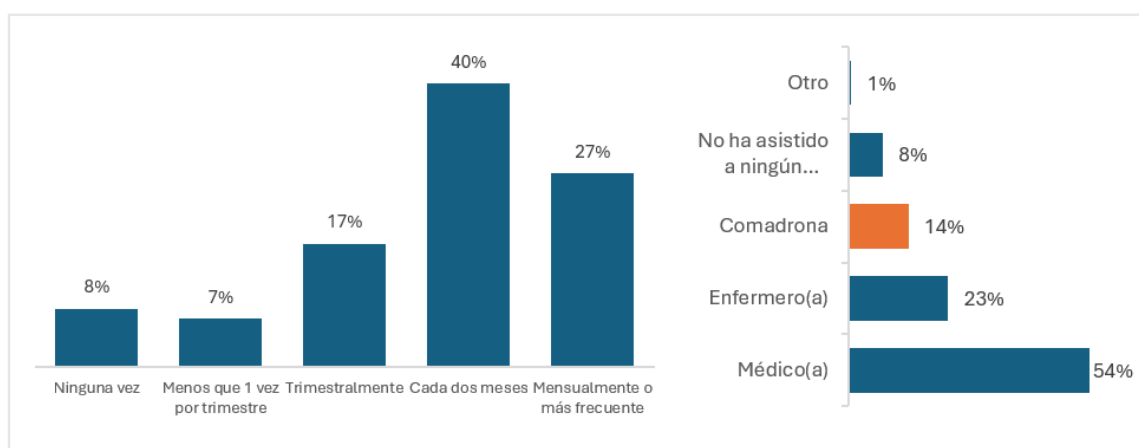
La encuesta identificó 121 mil mujeres embarazadas en los hogares seleccionados y 421 mil mujeres en período de lactancia. La mayoría de estas mujeres están entre 20 y 29 (57%), pero se registraron 18 mil de entre 15 y 17 años, lo que refleja un embarazo adolescente en el 3 por ciento de los casos⁵. El embarazo adolescente está vinculado a una mayor mortalidad materna y “se asocia con otros aspectos de carácter social y económico que condicionan el desarrollo de esas adolescentes y de las sociedades en su conjunto” (OPS, 2024), destacando la importancia de reducir el embarazo no intencional y promover la salud sexual y reproductiva para mejorar las condiciones de vida de estas personas y sus hogares.

⁴ De acuerdo con la lista de preguntas sobre Estadísticas de la Discapacidad (Grupo Washington, 2020), una persona tiene discapacidad si tiene un cierto grado de dificultad o mucha dificultad para o no le es posible: ver, incluso cuando usa lentes; oír, incluso cuando usa un audífono; caminar o subir escalones; recordar o concentrarse; lavarse o vestirse (gestionar su autosuficiencia para el cuidado personal); o comunicarse, por ejemplo, entender a los demás o que lo entiendan a usted, cuando se usa un lenguaje normal (habitual).

⁵ En la encuesta se preguntó si estaban embarazadas o dando de lactar a niñas y mujeres de entre 15 y 49 años, por lo que es posible que exista un subregistro de embarazos en niñas menores de 15 años. Entre enero y octubre de 2024, por ejemplo, el Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva (OSAR) ha registrado 1,650 madres de 10 a 14 años, que constituye una forma de violencia sexual.

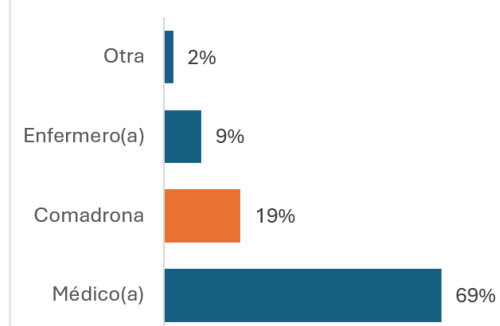
Los controles prenatales son necesarios para evaluar la salud y la nutrición de la madre, además de detectar señales de peligro o complicaciones que puedan afectar negativamente tanto al embarazo como al bienestar del bebé, así como brindar consejería y educación a la madre y la familia para el embarazo, parto y período de lactancia. No obstante, hasta 7 de cada 100 mujeres con más de 3 meses de embarazo o dando de lactar (34 mil) no han asistido o no asistieron a ningún control médico. Estas mujeres se concentran particularmente en el área rural (27 mil o 79 por ciento de ellas), aunque no hay tanta diferencia entre mujeres indígenas y mestizas. Luego, 18 por ciento de todas las mujeres dando de lactar asistieron solo a entre 1 y 3 controles prenatales, significando que 25 por ciento o aproximadamente 1 de cada 4 mujeres no llega al mínimo de cuatro controles prenatales recomendados (MSPAS, 2011:9), lo que pone en riesgo la vida y salud de estas mujeres y la de su bebé.

Gráfica 3. a) Mujeres con más de tres meses de embarazo o dando de lactar por la frecuencia promedio de sus controles prenatales y, b) por quién le atendió en los controles prenatales



Las razones más citadas para no asistir a un control prenatal son porque 'no hay tiempo', porque el 'centro de salud está demasiado lejos' o por 'medicamentos demasiado caros', lo que sugiere que el costo directo o de oportunidad para acceder a atención médica es muy alto para estas mujeres y sus familias. Al preguntarle a las mujeres que están dando de lactar si tuvieron algún control o chequeo después del parto, 42 por ciento respondió de forma negativa, y este número se eleva particularmente para mujeres en hogares que han aplicado estrategias de afrontamiento de medios de vida (53%) comparado con mujeres de hogares en los que no (33%), reflejando carencias y desafíos interrelacionados para satisfacer necesidades alimentarias y de salud.

Gráfica 4. Quién atendió el último parto de mujeres dando de lactar



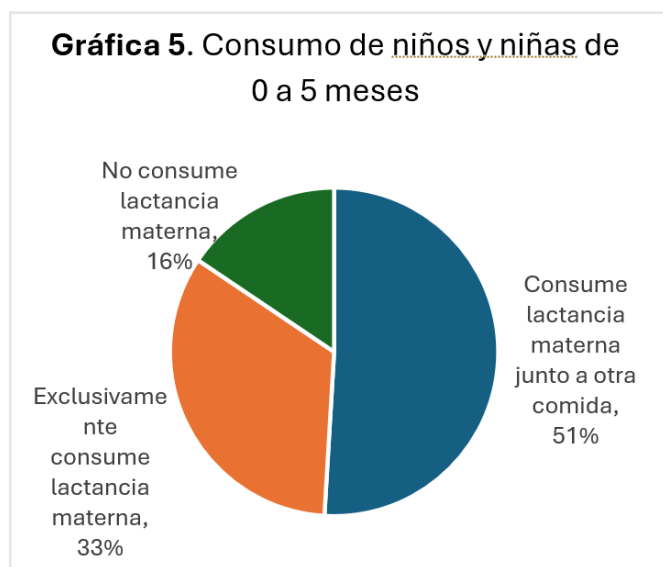
Es su mayoría, las mujeres con más de tres meses de embarazo o dando de lactar asistieron a controles de embarazo con personal médico (54%), de enfermería (23%) o comadronas (14%) u otro (4%). En el caso de mujeres indígenas, una de cada cuatro fue controlada por comadronas (24%), por lo que estas continúan siendo referentes de la salud materno-infantil y el fortalecimiento de la articulación entre el sistema de salud pública y ellas podría implicar mejoras en la atención de mujeres indígenas embarazadas o dando de lactar. Similarmente, el último parto de las mujeres dando de lactar fue atendido mayoritariamente por personal médico (69%) o de enfermería (9%) y por comadronas en el 19 por ciento de los casos, el cual se eleva a 35 por ciento para mujeres indígenas.

Es fundamental que las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia mantengan una alimentación adecuada para cumplir con los requerimientos nutricionales necesarios para el crecimiento y desarrollo del bebé, así como para asegurar una producción suficiente de leche materna. Una dieta balanceada también favorece la recuperación de la madre tras el parto y además contribuyen a prevenir problemas como la toxemia (pre-eclampsia y eclampsia), la anemia y el parto prematuro (INCAP / OPS, 2004:2).

En aproximadamente uno de cada tres hogares a nivel nacional (35%), las mujeres en edad reproductiva (15-49 años) no tuvieron una diversidad dietética aceptable, consumiendo solo 4 o menos grupos de alimentos (en esencia, maíz (tortillas), azúcares, aceites y grasas y legumbres, como el frijol negro) en las 24 horas previo a la encuesta, privándoles de nutrientes esenciales para su bienestar y el del bebé. Si bien dentro de los hogares existe consciencia sobre la alimentación de mujeres embarazadas y dando de lactar, de forma que el 50 por ciento de las mujeres embarazadas o dando de lactar manifestaron consumir más tiempos o mayores porciones de comida que antes del embarazo, un 15 por ciento de los hogares con mujeres embarazadas o dando de lactar posee un consumo límite o pobre de alimentos y 13 por ciento nunca consume hierro hemo.

d. Niñas y niños menores a 23 meses

“Los primeros mil días de vida, desde la concepción hasta los 24 meses, representan una ventana de oportunidad crítica para el crecimiento y desarrollo de los infantes, por ello durante este período, intervenciones como la lactancia materna, la alimentación complementaria adecuada y la suplementación con micronutrientes pueden tener un impacto significativo” (SESAN, 2024).



En los primeros 6 meses de vida, se recomienda la lactancia materna exclusiva ya que esta provee todos los nutrientes necesarios para el desarrollo del niño o la niña. Tal como se muestra en la gráfica 5, hasta un 16 por ciento de los hogares con un infante de menos de 6 meses no posee lactancia materna, lo que resta protección contra la muerte prematura, contra las principales enfermedades como infecciones diarreicas y respiratorias y también contra riesgos de padecer sobrepeso, obesidad y enfermedades cardiovasculares en el futuro (Bermudez, 2017:02)⁶. En el caso del 51 por ciento de hogares en los que les brindan

lactancia materna junto a pacha, biberón o comida sólida, semisólida o blanda, no se cuenta con el detalle de la comida que se le da al infante por lo que no se puede concluir si esta es netamente positiva o negativa. Como sea, si la alimentación que estos infantes de 6 o menos meses reciben sigue el mismo patrón de los hogares guatemaltecos promedio de consumir azúcar, aceites, grasas y alimentos ultra procesados en altas cantidades, estos tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades en el futuro.

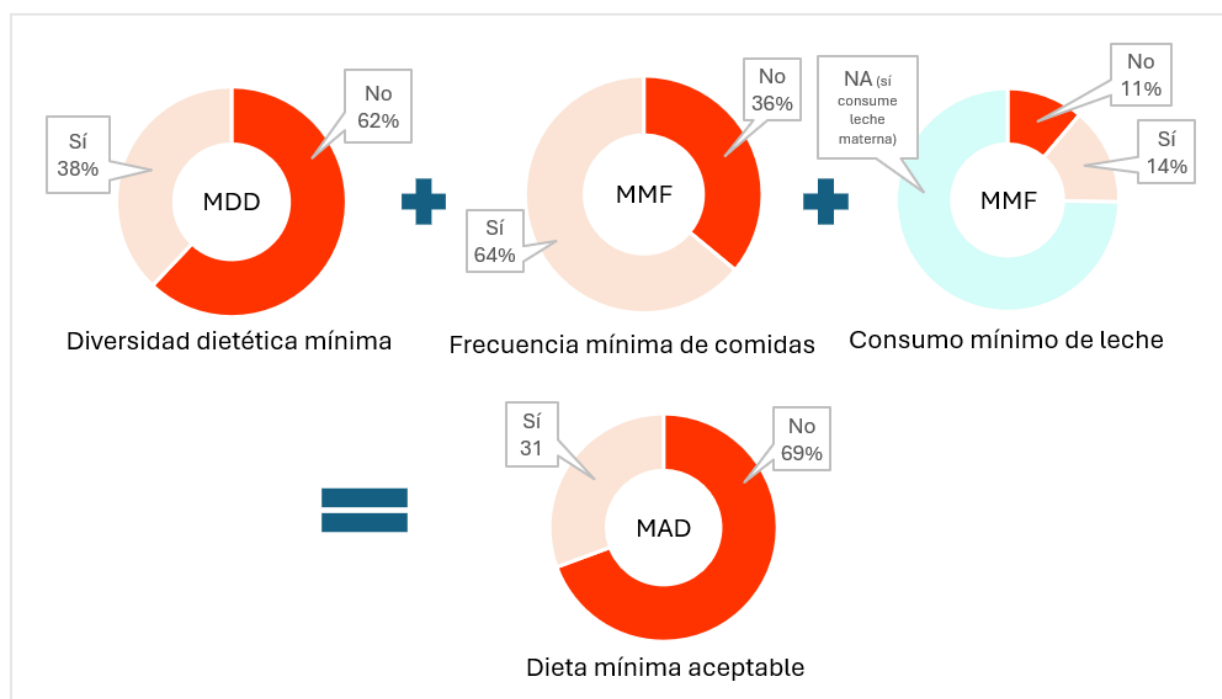
En promedio, los niños o niñas de menos de 6 meses reciben lactancia materna 6 veces al día y reciben leche animal o vegetal una vez al día, sugiriendo que esta última se emplea como complemento más que como un sustituto para la lactancia materna. Asimismo, a 64 por ciento le dan algún suplemento de micronutrientes (como vitaminas) o Alimento Complementario Fortificado (ACF).

⁶ Considerando el relativamente alto costo económico relativamente alto de la fórmula láctea infantil

A partir de los 6 meses de edad debe iniciarse la introducción de otros alimentos complementarios a la leche materna. El indicador de Dieta Mínima Aceptable (MAD, por sus siglas en inglés) fue desarrollado para capturar información de los patrones óptimos de alimentación complementaria para lograr una ingesta adecuada de energía y nutrientes (Data4Diets, 2023). Para tener una dieta mínima aceptable, un niño o niña de entre 6 y 23 meses debe tener una diversidad dietética mínima aceptable (MDD, por sus siglas en inglés), una frecuencia mínima de comidas (MMF, por sus siglas en inglés) y, en caso de que no reciba lactancia materna, cumplir con un consumo mínimo de leche (MMFF, por sus siglas en inglés).

En Guatemala, el 69 por ciento de los niños y niñas de 6 a 23 meses (más que dos de cada tres) no tiene una dieta mínima aceptable (gráfica 6). Esto es consecuencia de que solo el 38 por ciento tenga una diversidad dietética mínima, el 64 por ciento recibe una frecuencia mínima de comidas y que 11 por ciento no recibe lactancia materna ni cumple con un consumo mínimo de leche de otras fuentes.

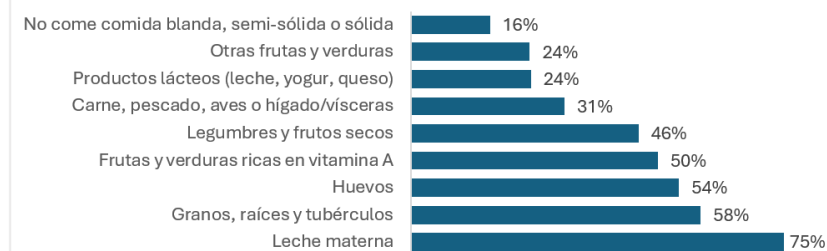
Gráfica 6. Dieta mínima aceptable



Los niños y niñas de 6 a 23 meses tuvieron una diversidad dietética mínima (MDD) si en las 24 horas antes de la entrevista comieron de al menos 5 de 8 grupos de alimentos distintos. De estos, el que más consumieron fue leche materna (75%), seguido por granos, cereales, raíces y tubérculos (58%), huevos (54%), frutas y verduras ricas en vitamina A⁷ (50%), legumbres y frutos secos (46%, entre estos se encuentran los frijoles). Los grupos que fueron consumidos en una menor frecuencia son carne magra o vísceras o pescado (31%), productos lácteos (24%) y otras frutas y verduras (24%). Inclusive, un 16% no recibe alimentación complementaria a la leche materna o de fórmula infantil. En promedio, las niñas y niños de 6 a 23 meses comieron 3.9 grupos alimenticios en las 24 horas previas a la encuesta, por lo que debe aumentarse la diversidad de la dieta que ingieren para llegar al mínimo aceptable.

⁷ Frutas de color naranja tal como mango, papaya, melón, naranja, mandarina, durazno, jocotes o verduras de color naranja, incluyendo zanahoria, camote, pimentón rojo, chile morrón o dulce, güicoy amarillo (sazón), o de color verde como espinaca, chile pimiento, acelga, brócoli, berro, hierba mora, quilete, macuy u otras.

Gráfica 7. Tipos de alimentos consumidos por niños y niñas de 6 a 23 meses en las últimas 24 horas



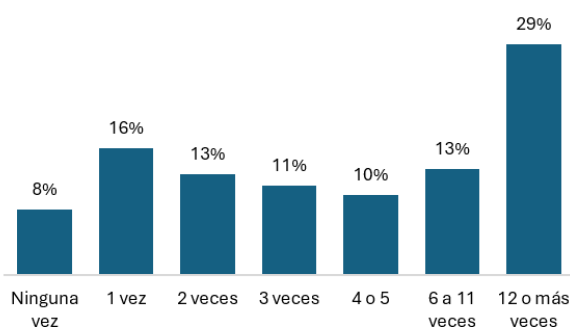
Para suplementar su dieta, 64 por ciento de los niños y niñas de 6 a 23 meses reciben micronutrientes como vitaminas (54%) y ACF (40%), mientras que 36 por ciento no recibe ningún suplemento. Los niños y niñas que sí tienen una dieta mínima aceptable reciben suplementos en el 80 por ciento de los casos, mientras que los que

tienen una dieta inaceptable solo los reciben en el 57 por ciento. En otras palabras, el 43 por ciento de los niños y niñas sin una dieta mínima aceptable (equivaliendo aproximadamente a 74 mil niños y niñas) no consiguen tener una diversidad ni frecuencia apropiada de alimentos, ni tampoco reciben suplementos para mitigar esta deficiencia.

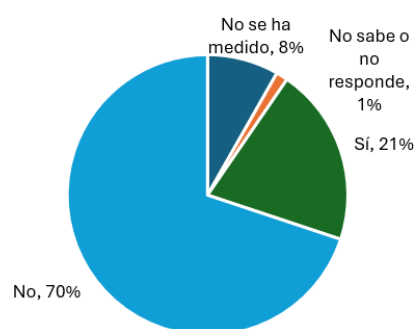
La deficiencia cualitativa (MDD) y cuantitativa (MMF y MMFF) en la ingesta de nutrientes en este ciclo de vida crítico⁸ puede llevar al retraso de crecimiento y a daños permanentes sobre las capacidades físicas y cognitivas del niño o la niña. La desnutrición crónica infantil, sin embargo, “no se debe solo a la falta de alimentos, sino también a factores como la falta de acceso a servicios de salud, la estimulación temprana inadecuada y la exposición a ambientes inseguros” (SESAN, 2024). Ante esta problemática, el control del crecimiento de a través del monitoreo de las medidas antropométricas, además de evaluar la salud y el bienestar general, es un “un excelente medio para educar a las madres, padres y cuidadores para promover el cuidado de la salud y nutrición de los niños y niñas” (SESAN, 2019).

En cuanto a los controles o chequeos a niñas y niños entre 0 y 23 meses de edad, el 8 por ciento de los hogares manifestó que en el último año no se ha examinado el peso y talla del niño o niña de esa edad, lo que significa que en ese período no se ha podido determinar si tiene desnutrición moderada o severa u obesidad o sobrepeso ni, posiblemente, les han brindado recomendaciones para su cuidado a los padres. El otro 92 por ciento de los hogares sí confirmó que habían sido examinados una o más veces en el último año (gráfica 8a) pero la mayoría no ha sido monitoreada con la frecuencia recomendada de una vez al mes⁹ (63 por ciento). Al medirlos, en el 21 por ciento de los casos se les informó a los hogares que el niño o niña tenía un peso bajo para su edad y 18 por ciento tenía altura baja para su edad. Para la población indígena, el porcentaje al que le indicaron que tenía peso bajo incrementa a 24 y para la población mestiza baja a 15, reflejando una diferencia por pueblo de pertenencia.

Gráfica 8.a Hogares con un niño o niña menor a 2 años (0 a 23 meses de edad), por la cantidad de controles de peso y de altura que ha tenido en los últimos 12 meses.



Gráfica 8.b Hogares que cuando se pesó a un niño o niña menor a 2 años, fueron indicados que tiene peso bajo para su edad.



⁸“Los primeros mil días de vida, desde la concepción hasta los 24 meses, representan una ventana de oportunidad crítica para el crecimiento y desarrollo de los infantes [...] Aunque el crecimiento continúa después de los dos años, la capacidad de intervención se reduce, subrayando la importancia de aprovechar esta ventana de oportunidad” (SESAN, 2024).

⁹Según las Normas de Atención en Salud Integral para Primero y Segundo Nivel (MSPAS, 2018), la frecuencia de monitoreo de crecimiento para niños y niñas de 1 a menos de 2 años debe ser mensual (12 al año)

e. Niñas y niños de 2 a 5 años

El período de 2 a menos de 5 años (24 a 59 meses), si bien no es tan crítica como la ventana de los primeros mil días para el desarrollo integral del niño o la niña, continúa estando dentro del ciclo de la primera infancia¹⁰ y constituye un período sensible para el desarrollo humano y un cimiento para años posteriores (MSPAS, 2024).

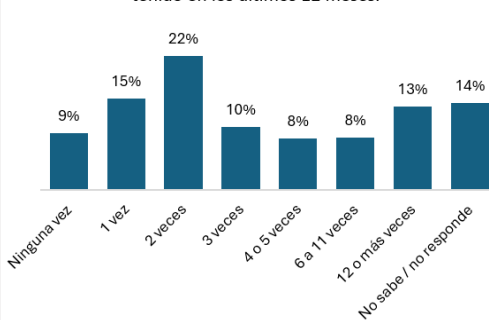
El 56 por ciento de los hogares con niños o niñas en este período les dio algún suplemento como micronutrientes (50%) o ACF (31%), lo cual representa una disminución frente al período de 0 a 23 meses de 8 por ciento, particularmente en cuanto a la provisión de ACF (9 por ciento menos). Por área geográfica o pueblo de pertenencia no hay mucha variación en el porcentaje de hogares que se los brindan (varían entre 55 y 57 por ciento), pero los hogares liderados por mujeres les brindan micronutrientes a sus hijos o hijas de 25 a 59 meses con una frecuencia significativamente mayor que los hogares liderados por hombres (73 por ciento cuando una mujer es la cabeza y 50 por ciento cuando un hombre lo es).

Además, los hogares con mayor proporción de gasto dirigida a alimentos tendieron a brindarle suplementos con menor frecuencia. Los hogares con gasto bajo les dieron en el 68 por ciento de los casos, los hogares con gasto medio les dieron en el 59 por ciento de los casos y los hogares con gasto alto o muy alto les dieron en el 46 por ciento de los casos. Esto refleja el que los hogares con mayores barreras económicas para satisfacer sus necesidades alimentarias tienen más dificultad para asegurar que los niños y niñas tengan una ingesta de nutrientes de calidad.

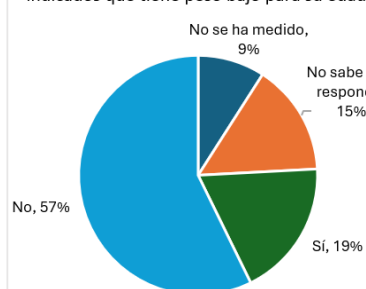
Para este ciclo de edad se recomienda una menor frecuencia en los monitoreos de crecimiento¹¹ y 61 por ciento de los hogares con niños y niñas en esa edad cumplen con esa recomendación. Por otro lado, 9 por ciento no les llevaron ninguna vez y 14 por ciento no supo responder si les han llevado, y cómo resultado de eso en aproximadamente 1 de cada 4 hogares (24 por ciento) se desconoce si los niños y niñas de 2 a menos de 5 años tienen peso bajo o altura baja para su edad (retardo en crecimiento). El incremento de hogares que no llevan o no saben si han llevado a sus hijos a controles de peso y talla puede deberse a que para este ciclo solo se contempla una instancia dentro del esquema de vacunación (mientras que en el período de 0 a menos de 2 años hay siete de ellas)¹², por lo que existe un menor incentivo para que hogares los lleven a los puestos y centros de salud.

Luego, hay un 19 por ciento de los hogares (15 por ciento de hogares en área urbana y 23 por ciento de hogares en área rural) que fue informado que sus niñas y niños tenían bajo peso para su edad y 17 por ciento (13 por ciento de hogares en área urbana y 21 por ciento de hogares en área rural), baja estatura para su edad. Cabe resaltar, sin embargo, que la proporción de hogares que les dasuplementos a los niños y niñas no tiene un cambio sustancial entre cuando les han indicado que tienen peso bajo para su edad (69%) o no (65%).

Gráfica 9.a Hogares con un niño o niña de entre 2 a menos de 5 años, por la cantidad de controles de peso y de altura que ha tenido en los últimos 12 meses.



Gráfica 9.b Hogares que cuando se pesó a un niño o niña menor de entre 2 a 5, fueron indicados que tiene peso bajo para su edad.



¹⁰ La etapa de vida comprendida desde la concepción hasta los seis años.

¹¹ Las Normas de Atención en Salud Integral para Primero y Segundo Nivel (MSPAS, 2018) establecen que la frecuencia de monitoreos de peso y talla deben ser, para niños y niñas de 2 a menos de 3 años, de cada 3 meses (4 al año) y de 3 a menos de 5 años debe ser cada 6 meses (2 al año).

¹² Ver el esquema de vacunas <https://www.igssgt.org/wp-content/uploads/2020/09/esquema-de-vacunas-IGSS.pdf>

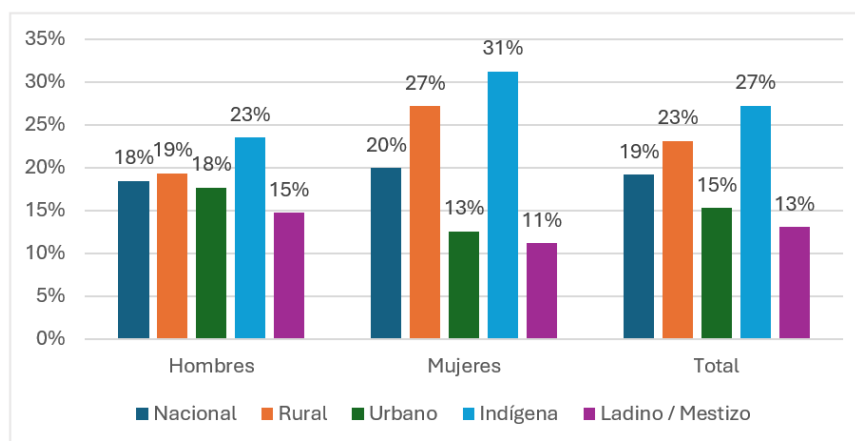
f. Niñas, niños y adolescentes en edad de estudiar

La educación está asociada a oportunidades y medios de vida más resilientes, así como a educación nutricional, que a su vez impactan positivamente sobre la seguridad alimentaria de las personas y sus familias¹³. Además, influye directamente sobre el consumo de alimentos de la niñez y adolescencia a través del Programa de Alimentación Escolar (PAE) que inició en 2017, el cual tiene como objeto “contribuir al crecimiento y desarrollo de los niños y adolescentes en edad escolar, enfocándose en el aprendizaje, el rendimiento escolar y la formación de hábitos alimenticios saludables de los estudiantes, por medio de acciones de educación alimentaria y nutricional y de la entrega de raciones y productos que cubran las necesidades nutricionales de los estudiantes durante el período escolar”¹⁴.

Considerando que en el 57 por ciento de todos los hogares a nivel nacional hay niños, niñas y adolescentes en edad de estudiar (6 a 17 años), lo que aproxima a 3 de cada 5 hogares guatemaltecos, el acceso a servicios de educación está vinculado íntimamente con la seguridad alimentaria a nivel nacional.

Los resultados de la ESA24 indican que, a nivel nacional, el 81 por ciento de los niños, niñas y adolescentes asiste a algún establecimiento educativo, con las niñas teniendo ligeramente menos participación (80%) que los niños (82%). Esto implica que la brecha educativa asciende a 19 por ciento (equivale a que hay 780 mil niñas, niños y adolescentes en edad de estudiar fuera de la escuela), impactando a corto y largo plazo su situación de seguridad alimentaria, pero esta brecha es relativamente mayor en áreas rurales (23%) y personas indígenas (27%). La brecha es particularmente alta para la intersección de mujeres en áreas rurales o indígenas donde aproximadamente solo 7 de cada 10 estudian comparado con mujeres en áreas urbanas o mestizas donde alrededor de 9 de cada 10 estudian. Otro aspecto que considerar es que, en el caso de niñas, niños y adolescentes indígenas cuyo idioma materno es distinto al español, solo el 18 por ciento recibe educación en su propio idioma, lo que implica desafíos para su inclusión y logro educativo.

Gráfica 10. Brecha educativa (porcentaje que no asiste a la escuela) en niños, niñas y adolescentes de 6 a 17 años, por sexo y área geográfica y pueblo de pertenencia



Los niños, niñas y adolescentes de hogares que están en inseguridad alimentaria tienen una mayor probabilidad de no asistir a la escuela, teniendo estos una brecha educativa en el 24 por ciento de los casos comparado con los de hogares seguros que tienen una brecha del 17 por ciento. Esta brecha es aún más grande para los de hogares que debieron emplear alguna estrategia de medios de vida de emergencia para afrontar la falta de alimentos o dinero para comprar comida, tal como consumir semillas destinadas para la próxima siembra, vender su vivienda o tierra o poner a trabajar a niños o niñas (28 por ciento). Otra estrategia empleada

¹³ Ver Tomo IV. Medios de vida, crédito y deudas y migración

¹⁴ Ley de Alimentación Escolar. Decreto Número 16-2017.

con más frecuencia por hogares en inseguridad alimentaria es la de que algunos hijos o hijas estudien mientras que otros no, utilizándola en el 20 por ciento de los casos comparado con hogares en seguridad alimentaria que la utilizan el 12% de las veces.

En cuanto a la alimentación escolar, se encuentra que el 74 por ciento de los niños, niñas y adolescentes que están estudiando la reciben (60 por ciento del total de todos los niños, niñas y adolescentes, estén estudiando o no). En áreas rurales la recibe un mayor porcentaje (87%) de estudiantes que en áreas urbanas (63%), pero esto se debe a que en áreas urbanas hay mayor oferta educativa privada¹⁵ a la que no se extiende el PAE. En el 43 por ciento de los casos, la alimentación escolar se tradujo a alimentos preparados y consumidos en el centro educativo, mientras que, en el 57 por ciento de los casos, se entregan las raciones de alimentos para que sean preparados por el hogar. La modalidad de raciones de alimentos puede diluir los impactos del PAE de cubrir las necesidades nutricionales de la población en edad escolar ya que los contenidos de estas raciones pueden ser repartidas entre todos los miembros del hogar y también tiene la dificultad de que los hogares pueden vender las raciones en caso de que tengan otra necesidad insatisfecha urgente, o bien, de que la elaboración de los alimentos implique un costo adicional en tiempo y recursos a los hogares¹⁶.

III. SERVICIOS BÁSICOS

a. Agua y saneamiento

El acceso a agua potable no está garantizado como un servicio indispensable a la población. La evaluación reflejó su disponibilidad de distintas fuentes y también el limitado tratamiento del agua para su inocuidad. El consumo de agua de buena calidad es clave para la salud y nutrición, mientras que el consumo de agua contaminada tiene consecuencias en la malnutrición y enfermedades diarreicas, problemáticas que sobresalen en el contexto del país.

A nivel nacional, el 70 por ciento de los hogares reportaron tener agua entubada dentro de la vivienda (solo un 14 por ciento fuera de la vivienda). Un 10 por ciento compra agua de un camión cisterna u otra fuente móvil, y un 7 por ciento obtiene agua de una fuente natural como agua lluvia, nacimiento de agua, río o lago. Para este último grupo de hogares, un 11 por ciento demora entre una y tres horas para recolectar agua de diferentes fuentes naturales disponibles en las zonas donde residen. Los cinco departamentos en los cuales los hogares demoran más tiempo en recolectar agua son Baja Verapaz, Santa Rosa, El Progreso, Huehuetenango, Totonicapán y Suchitepéquez.

En cuanto a la disponibilidad de agua en el último año, predomina la percepción de que el agua ha disminuido en 57 por ciento de los hogares, mientras que el 38 por ciento opina que se ha mantenido igual, el 5 por ciento opina que ha aumentado. Los hogares también han percibido cambios en la calidad del agua por su color turbio (20%), mal sabor (8%) y mal olor (5%).

A nivel nacional, el 27 por ciento de los hogares no aplican algún método de tratamiento del agua para uso doméstico, porcentaje que se eleva por arriba de 40 por ciento en los departamentos de Escuintla, Santa Rosa y Chiquimula. Otros siete departamentos reflejaron un porcentaje arriba del promedio nacional, seis de ellos en el oriente del país, además de Suchitepéquez y Guatemala.

¹⁵ Según la base de establecimientos formales 2023 de las estadísticas educativas del INE, un 70 por ciento de los establecimientos urbanos son del sector privado y 27 por ciento son públicos, mientras que un 90 por ciento de los establecimientos rurales son del sector público y 7% por ciento son privados.

¹⁶ El desafío de comer sano en las escuelas: Programa de Alimentación Escolar • No Ficción

Tabla 2. Disponibilidad y tratamiento del agua a nivel nacional por hogar

Servicios básicos a nivel nacional: AGUA	Disponible %	No disponible %
Agua entubada / chorro o pozo dentro de la vivienda (propio)	71	
Agua entubada / chorro o pozo fuera de la vivienda (compartido)	14	
Otras fuentes de agua (comprada, recolectada, captada de lluvia)	15	
Tratamiento del agua para uso doméstico		
Hervir	37	
Poner cloro	15	
Filtrar	12	
Poner al sol	1	
Otro	8	
Ningún tratamiento		27

El uso de servicios sanitarios es mayormente de inodoros lavables (76%), seguido de pozos ciegos (13%) y letrinas (10%). Solamente un uno por ciento de los hogares indicó no disponer de servicio sanitario (en Jutiapa y Chiquimula, entre otros). Los servicios sanitarios están disponibles para uso exclusivo de los hogares en un 77 por ciento y para uso compartido en un 22 por ciento de los hogares.

b. Electricidad y combustible

La cobertura de la red eléctrica a nivel nacional garantiza que los hogares puedan disponer de los beneficios de esta fuente de energía tanto en el presente como en el futuro. El desarrollo económico de las zonas rurales y urbanas dependen en gran medida de esta disponibilidad. En la ESA24, El 96 por ciento de los hogares reportó tener energía eléctrica en sus hogares, no existe diferencia significativa entre las zonas de residencia urbana o rural. Otras fuentes de energía como candelas solo se presentaron en menos del 2 por ciento de los hogares y principalmente en la zona rural. Los paneles solares aparecen en el 3 por ciento de los hogares a nivel nacional, en la zona rural se encuentran 2.8 por ciento de este total.

El combustible más utilizado para cocinar son el gas propano (58%), la leña (38%), la electricidad (3%) y el carbón (1%). Para preparar alimentos, los hogares combinan el uso de estufas de gas propano (74%) y estufas mejoradas (53%).

Dado la cobertura de energía eléctrica a nivel nacional, el 77 por ciento de los hogares tiene un televisor, el 66 por ciento un refrigerador, 56 por ciento radio y 22 por ciento una computadora. Si bien estos porcentajes son considerablemente altos, estos también muestran que en los hogares donde no están disponible este tipo de aparatos las brechas de consumo de alimentos y comunicación podrían ser mayores. El 72 por ciento de los hogares reportó tener un teléfono móvil, y 71 por ciento un teléfono del tipo Smart con acceso a internet.

IV. HALLAZGOS CLAVE

- Los hogares de población vulnerable tienden a sufrir más inseguridad alimentaria: los hogares con mujeres dando de lactar (25% en inseguridad alimentaria), con personas con alguna discapacidad (28%), con mujeres embarazadas (29%), con niñas y niños menores a 5 años (31%), con adultos mayores de 60 años (31%) y con personas que padecen de alguna enfermedad crónica (33%). Las situaciones de exclusión social que enfrentan estas poblaciones exacerban las barreras para el acceso a alimentos.
- En Guatemala, en 17 de cada 100 hogares guatemaltecos hay alguna persona que padece de diabetes, presión alta y/o alguna enfermedad cardiovascular. Una alimentación poco saludable, caracterizada por un alto consumo de grasas y azúcares como la que se da en el promedio de los hogares de Guatemala, es un factor de riesgo para llegar a desarrollar este tipo de enfermedades.
- 7 de cada 100 mujeres con más de 3 meses de embarazo o dando de lactar (34 mil mujeres), encontradas particularmente en el área rural, no han asistido o no asistieron a ningún control médico durante el embarazo, lo que pone en riesgo la vida y salud de estas mujeres y la de su bebé.
- En el 35% de los hogares, las mujeres en edad reproductiva (15-49 años) no tuvieron una diversidad dietética aceptable, privándoles de nutrientes esenciales para su bienestar y el del bebé. Un 15 por ciento de los hogares con mujeres embarazadas o dando de lactar posee un consumo límite o pobre de alimentos y 13 por ciento nunca consume hierro hemo.
- El 69 por ciento de los niños y niñas de 6 a 23 meses (más que dos de cada tres) no tiene una dieta mínima aceptable. Esto es consecuencia de que solo el 62 por ciento no tiene una diversidad dietética mínima, el 36 por ciento no tiene una frecuencia mínima de comidas y que el 11 por ciento no recibe lactancia materna ni cumple con un consumo mínimo de leche de otras fuentes.
- La brecha educativa asciende a 19 por ciento (equivale a que hay 780 mil niñas, niños y adolescentes de 6 a 17 sin estudiar), impactando a corto y largo plazo su situación de seguridad alimentaria, pero esta brecha es relativamente mayor en áreas rurales (23%) y personas indígenas (27%). La brecha es particularmente alta para la intersección de mujeres en áreas rurales o indígenas donde aproximadamente solo 7 de cada 10 estudian comparado con mujeres en áreas urbanas o mestizas donde alrededor de 9 de cada 10 estudian.
- En el 57 por ciento de los casos, la alimentación escolar se tradujo a raciones de alimentos a las familias de los niños, niñas y adolescentes para que sean preparados por el hogar. La modalidad de raciones de alimentos puede diluir los impactos del PAE de cubrir las necesidades nutricionales de la población en edad escolar ya que esta puede ser repartida entre otros miembros del hogar.

V. BIBLIOGRAFÍA

- Bermudez, C. S. (2017). Situación actual de la Lactancia Materna en Centroamérica y República Dominicana. Guatemala Pediátrica Vol 1(1), 2017. <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/revistas/guapedia/2017/1/1/01>
- Data4Diets. (2023). Minimum Acceptable Diet (MAD-IYCF) for children 6-23 months old. <https://inddex.nutrition.tufts.edu/data4diets/indicator/minimum-acceptable-diet-mad-iycf>
- Grech, S. (2016) Discapacidad y Pobreza en la Guatemala Rural: Intersecciones Conceptuales, Culturales y Sociales. Londres: London School of Hygiene and Tropical Medicine. <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2017/04/05/JOKGAR1qWcDotTCafCKPO5qi0ktfZVc.pdf>
- INCAP / OPS. (2004). Contenidos Actualizados de Nutrición, CADENA. Módulo IV. Alimentación de la madre embarazada y en período de lactancia. https://www.jica.go.jp/Resource/project/spanish/guatemala/004/materials/c8h0vm0000fgp9uq-att/materials_04_01_08.pdf
- Grupo Washington. (2020). Introducción a las listas de preguntas del Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad. https://www.washingtongroup-disability.com/fileadmin/uploads/wg/The_Washington_Group_Primer_-_Spanish.pdf
- MSPAS. (2018). Normas de Atención en Salud Integral para Primer y Segundo Nivel
- ODHAG. (2005). Personas con discapacidad y condiciones de exclusión en Guatemala. [personas con discapacidad.FH10](https://www.odhpn.org/es/publicaciones/personas-con-discapacidad-FH10)
- OPS / OMS. (2023). Enfermedades cardiovasculares. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-cardiovasculares>
- OPS / OMS. (2024). Anticoncepción en la adolescencia: Estrategias para la reducción del embarazo no intencional y la promoción de la salud sexual y reproductiva. <https://www.paho.org/es/noticias/30-9-2024-anticoncepcion-adolescencia-estrategias-para-reduccion-embarazo-no-intencional>
- OSAR. (2024). Registros de nacimiento y embarazos en madres adolescentes – Año 2024. <https://osarguatemala.org/registros-de-nacimientos-y-embarazos-en-madres-adolescentes-ano-2024/>
- MSPAS. (2011). Guía para la implementación de la atención integrada materna y neonatal calificada con enfoque de género y con pertinencia cultural, en los servicios institucionales de atención del parto. <https://guatemala.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/GUIA%20MATERNO%20NEONATAL%202011%20PDF.pdf>
- MSPAS. (2024). Política Pública De Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Guatemala. 2024-2044. <https://www.unicef.org/guatemala/informes/pol%C3%ADtica-p%C3%BAblica-de-desarrollo-integral-de-la-primera-infancia-de-guatemala-2024-2044-0>
- MSPAS y SESAN. (2019). Informe del análisis del registro de control de crecimiento (SIGSA 5A), de los niños y niñas de 0 a 59 meses que asistieron a los servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala, 2015-2019. <https://portal.sesan.gob.gt/wp-content/uploads/2022/04/Analisis-datos-MSPAS-nutricion-2015-2019.pdf>
- SESAN. (2024). Claves para prevenir la desnutrición: más que solo dar alimentos. <https://portal.sesan.gob.gt/2024/08/08/claves-para-prevenir-la-desnutricion-mas-que-solo-dar-alimentos/>