

**“LAS CHISPITAS DAN
DESNUTRICIÓN”:
ESCUCHANDO A LAS
MADRES EN EL ÁREA
RURAL DE LA REGIÓN
MAYA CH’ORTI’**

Informe de la consultoría

“Las barreras culturales y comerciales al consumo de alimentos y/o suplementos de alto valor nutricional, en Chiquimula, Guatemala dentro del Programa de acceso equitativo a los servicios de salud y la seguridad nutricional”



“LAS CHISPITAS DAN DESNUTRICIÓN”: ESCUCHANDO A LAS MADRES EN EL ÁREA RURAL DE LA REGIÓN MAYA CH’ORTI’

Informe de la consultoría

“Las barreras culturales y comerciales al consumo de alimentos y/o suplementos de alto valor nutricional, en Chiquimula, Guatemala dentro del Programa de acceso equitativo a los servicios de salud y la seguridad nutricional”

Bronwen Gillespie
Leonor Rivera
Octubre 2017

Créditos Fotográficos:

Marvin Castañeda para Acción Contra el Hambre
Samuel Hauenstein para Acción Contra el Hambre

Diseño y Diagramación:

Hiliana Nuñez
Acción Contra el Hambre
Centro América

Las ideas y las opiniones expresadas en este estudio son las de los autores y no reflejan necesariamente el punto de vista de Global Affairs Canada (GAC) o Acción contra el Hambre.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

4

METODOLOGÍA

7

RESULTADOS

Suplementos nutricionales

15

16

Situación alimenticia de las familias

21

Condiciones de vida

24

Presencia de la desnutrición

27

Contexto social

39

CONCLUSIONES

48

RECOMENDACIONES

56

BIBLIOGRAFÍA

63

Muchas gracias a las familias de las comunidades visitadas por su tiempo, su hospitalidad y sobre todo por su simpatía, un regalo muy fuera de lo común.

Bronwen Gillespie

gillespiebronwen@yahoo.es





INTRODUCCIÓN

Este informe ofrece los hallazgos de nuestro estudio antropológico en el área rural de Chiquimula, donde convivimos durante el mes de agosto del año 2017 con familias campesinas para recoger sus experiencias con la desnutrición en general y los suplementos nutricionales en particular, con el objetivo de contribuir con esta evidencia al Programa de acceso equitativo a los servicios de salud y la seguridad nutricional liderado por Acción Contra el Hambre y financiado por *Global Affairs Canada*.

El programa busca fortalecer el sistema de salud pública en Guatemala, con el objetivo de contribuir a mejorar la salud y nutrición materno-infantil. Se lleva a cabo en el departamento de Chiquimula, y representa una colaboración entre Acción Contra el Hambre (ACF), Médicos del Mundo (MdM), Asociación de Investigación y Estudios Sociales (ASIES), Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN), Ministerio de Agricultura (MAGA), Mancomunidad Copan Ch'orti', autoridades departamentales y locales, y COCODES en representación de la población de la región Ch'orti', entre otros actores locales.

El programa se está implementando en respuesta a la identificación de la desnutrición infantil como prioridad del país. En América Latina y el Caribe, Guatemala ocupa el primer lugar en prevalencia de desnutrición crónica en la niñez menor de 5 años y se posiciona en el séptimo lugar a nivel mundial. La prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años asciende al 46.5% y es mayor en el área rural llegando a un 53% (Comisión Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica 2016). Las tasas alcanzan 76% en distritos donde trabaja el proyecto (ACF 2017). Es mayor en los niños y niñas indígenas (58%), hijos de madres sin educación (67%) e hijos de madres ubicadas en el quintil inferior de riqueza (65.9%) (Comisión Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica 2016).

La reducción de la desnutrición crónica se lidera oficialmente desde la Comisión Presidencial para la Reducción de la Desnutrición Crónica, la cual depende directamente de la Presidencia de la República. El objetivo general de la “Estrategia Nacional para la Prevención de la Desnutrición Crónica” es reducir el indicador de desnutrición crónica nacional en diez puntos porcentuales en cuatro años, de 2016 a 2020 (Comisión Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica 2016). La estrategia se basa en la intensificación de intervenciones integrales y articuladas, haciendo llegar a cada familia acciones en las áreas de salud, agua y saneamiento, cambio de comportamiento, disponibilidad de alimentos, y economía familiar. La SESAN da seguimiento a los compromisos y coordina las actividades de la estrategia dentro de un espacio multisectorial con autoridades de los ministerios de Agricultura, Ambiente, Desarrollo Social, Salud Pública, Finanzas y Economía (Comisión Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica 2016).

Según los actores consultados durante el curso de este estudio, a pesar de que la elaboración de la estrategia y otros documentos marco muestran voluntad política y comprensión técnica del reto de la desnutrición, hay graves problemas en la implementación, vinculados a la falta de continuidad de las políticas, escasez de recursos financieros o mal orientación de estos, y falta de operatividad desde el gobierno central.

El trabajo de implementación del programa se concentra en una región de Chiquimula, seleccionada por estar ubicada en el “corredor seco” y padecer problemas de seguridad alimentaria nutricional por las sequías, y también motivados por su época de hambre estacional de mayo-junio hasta agosto-septiembre. Este estudio se llevó a cabo a finales de la época de escasez. Aunque existe un plan oficial (SESAN 2017), éste no es operativo según los expertos entrevistados. Se habían implementado transferencias temporales de efectivo a familias vulnerables durante el periodo 2016-2017, pero tan solo en noviembre y enero. En el momento del estudio, el MIDES estaba todavía en una fase de censo y planificación sin haber empezado el trabajo de apoyo a nivel local. Las organizaciones internacionales (observábamos en las comunidades visitadas el trabajo del PMA y Caritas) con SESAN y MAGA, se habían organizado para cubrir las zonas de mayor escasez alimentaria, en lo posible a través de sistemas de entrega de efectivo para la compra de alimentos en coordinación con COMESAN y los COCODES al nivel comunitario. Debido a una reducción de fondos, el PMA, por ejemplo, ha tenido que reducir su cobertura, sacando a familias de los listados del año pasado y dejando entrar a nuevas familias. Entre las organizaciones como PMA, Caritas y ACF, se coordinan los recursos para destinarlos al mayor número de comunidades posibles.

Las organizaciones internacionales mencionan la poca presencia de algunos sectores estatales en el área rural. La estrategia contra la desnutrición crónica subraya la necesidad de acciones multisectoriales, pero no se ha llegado a la fase de implementación. Por ejemplo, el MAGA ha sufrido de falta de personal. El MAGA menciona que prioriza en su trabajo en las comunidades el promover el consumo de proteína animal y proteína vegetal, así como huertas con plantas nativas, pero tienen muy bajos recursos para operar (Entrevista MAGA). Las municipalidades se encargan de invertir en agua potable y sistemas de saneamiento, pero se observan serios problemas de falta de acceso al nivel comunitario.

Después de la crisis financiera del sector salud en el año 2016, dentro de un sistema ya debilitado por la escasa inversión (ACF 2016), el Ministerio de Salud está dando pasos para fortalecer la presencia del sistema de salud en el área rural, en ciertos distritos ha aumentado de unos 30 a 100 empleados aproximadamente (Entrevista MdM). En el momento de esta investigación, los empleados de salud estaban capacitándose en el nuevo modelo integral, celebrado por algunos de los expertos entrevistados como un progreso hacia un servicio de salud más intercultural y humano. El Ministerio de Salud cuenta con procedimientos para el monitoreo y tratamiento de la desnutrición y programas de suplementación preventiva y consejería nutricional en los centros de salud del área rural. También, desde el área rural funciona un sistema de referencia donde los enfermeros envían casos complicados a los centros de salud en el pueblo, desde donde se los puede dirigir al hospital de Chiquimula o para casos severos de desnutrición aguda¹, a un Centro de Recuperación Nutricional. Sin embargo, según la población, enfrentan problemas de calidad y acceso a servicios en los centros del área urbano. También existen clínicas y centros de recuperación nutrición privados muy conocidas por la población.

Durante este estudio hemos observado las operaciones de los centros de salud en las comunidades visitadas. Pese a que cuentan con personal e instalaciones (en parte donados por organizaciones evangélicas), y siguen un calendario de vacunación, sufren de escasez de medicamentos y no cuentan con multi-micronutrientes en polvo (chispitas) desde hace casi medio año, punto de alta importancia para los objetivos del programa.

Con esta breve introducción, de aquí en adelante este informe se va a enfocar en la evidencia recogida con las familias de las comunidades visitadas, dejando a un lado la discusión del contexto regional, así como la articulación en torno a la lucha contra la desnutrición, ya que se entiende que ACF ya cuenta con esta información, y considerando que este estudio forma parte de un conjunto de estudios del contexto local llevado a cabo por la organización.

1 La desnutrición aguda afecta actualmente al 0.7% de los niños y niñas menores de cinco años. En el año 1987 este indicador era del 2.4% (MSPAS et al. 2017).

A photograph of two women and a young child looking out from a window. The woman on the left is wearing a blue patterned shirt and holding a baby wrapped in a pink and white cloth. The child is standing between them, wearing a green shirt. The woman on the right is wearing a blue polo shirt and smiling. The window frame is blue and the wall is white with some peeling paint.

METODOLOGÍA

Este es un estudio cualitativo basado en trabajo de campo con técnicas etnográficas orientadas a conocer la realidad de las familias con menores de cinco años para poder comprender los factores que influyen en sus decisiones sobre el uso de suplementos y alimentos de alto valor nutricional. La mayoría de los datos recogidos provienen de dos comunidades rurales, una que pertenece a Jocotán y la otra a Chiquimula, donde se hicieron las vistas a las familias, usando técnicas de observación participante, entrevistas semi-estructuradas y grupos focales. Además, abarca fuentes de información de la ciudad de Guatemala, la ciudad de Chiquimula y el pueblo de Jocotán, donde se llevaron a cabo entrevistas más formales con una variedad de actores y expertos relacionados con la temática de trabajo.

OBJETIVOS

Los objetivos originales de este estudio, presentados en el “Plan de Investigación”, han sido los siguientes:

1

Evaluar la aceptabilidad y el acceso a los alimentos locales de alto valor nutritivo, los alimentos fortificados y los suplementos desde el punto de vista de la población beneficiaria.

2

Identificar elementos importantes implicados en las decisiones y/o prácticas nutricionales desde el punto de vista de la población beneficiaria, cuya comprensión por parte de otros actores facilitará su comunicación con dicha población.

3

Formular recomendaciones acerca de cómo contribuir a mejorar el consumo de alimentos /suplementos en mujeres embarazadas y niños y niñas menores de cinco años.

Junto con el Equipo de Coordinación de ACF, se decidió enfocar el estudio en la aceptabilidad de las multi-micronutrientes en polvo (chispitas) debido a su importancia dentro de los planes de suplementación del MSPAS. Los otros suplementos, así como alimentos nutritivos encontrados, forman parte del estudio, pero en un segundo nivel de prioridad.

MÉTODO ETNOGRÁFICO

La entrada etnográfica hace énfasis en ganar la confianza de las familias para poder acercarnos a las opiniones no siempre expresadas en respuesta a preguntas directas. Como resultado de nuestra estancia en la comunidad formamos una imagen de la vida cotidiana de las familias, y a la vez comenzamos a observar también como los miembros de la comunidad quieren presentarse a los visitantes. Basándonos en métodos etnográficos, hemos adoptado los siguientes principios para esta investigación:

.....

Adaptar la investigación al ritmo y rutina de la comunidad participante. La investigación evita ser una intromisión en la comunidad o usar el tiempo de las familias, con el fin de, en primer lugar, no cansar a la población, y en segundo lugar poder intentar observar la dinámica real de la comunidad.

.....

Estar abierto a oportunidades de convivencia con los miembros de la comunidad. Por ejemplo, dormir en la comunidad, ayudar en tareas domésticas, participar en reuniones formales o informales y compartir comidas. De esta manera, se incrementa el acceso a información y además este punto ayuda en la aceptación de las investigadoras por las propias familias, reduciendo la distancia con los miembros de la comunidad.

.....

Conversar con las madres de familia sobre los temas de interés a través del acompañamiento en sus labores cotidianas, tomando un mínimo de notas para restar formalidad al encuentro. La idea es recoger sus opiniones y evitar sesgos en sus respuestas, las cuales suelen estar condicionadas por lo que la población entiende que las ONGs quieren oír.

.....

Combinar entrevistas informales y observación participante, incluyendo la observación de las relaciones sociales y la escucha de temas de conversación no directamente vinculados a la desnutrición, para estar al tanto de temas potencialmente importantes y poder contrastar información de varias fuentes. La observación de prácticas se combina con las respuestas de las preguntas, para acercar a una descripción más realista de la vida cotidiana.

.....

Evolución de las preguntas de investigación durante el proceso de trabajo de campo. Para profundizar en las tendencias emergentes y buscar explicaciones más completas, se introducen preguntas adicionales durante el proceso de trabajo de campo.

ÁREA DEL ESTUDIO

El trabajo de campo se concentró en dos comunidades rurales. La perspectiva etnográfica se orienta en conocer con mayor profundidad la dinámica dentro de las comunidades por lo que requiere una estancia más continua en cada lugar. Sin embargo, no se considera la comunidad como un lugar aislado: el ámbito del estudio incluye también actores ubicados en la cabecera del departamento de Chiquimula y en la ciudad capital de Guatemala.

Se preseleccionaron las comunidades con población suficiente de menores de cinco años, se formó un listado de comunidades donde no se había participado (o se tenía previsto participar) en otros estudios del mismo programa para evitar cansar a la población y a la vez asegurar una mejor calidad de información (es decir menos ideas preconcebidas por parte de las familias involucradas sobre la naturaleza de las entrevistas). Fueron elegidas² dos comunidades que representaban condiciones diferentes en términos de cercanía y acceso a los servicios de salud, aislamiento del área urbana, condiciones de desarrollo (organización social, infraestructura) e inclusión en el área Ch'orti³. Mientras la comunidad 1 cuenta con un puesto de salud activo, varios vehículos diarios desde Chiquimula, un COCODE en función y un tanque de agua, la comunidad 2 es más pequeña e aislada, tiene acceso a un vehículo irregular, un puesto de salud con solo tres meses de operación en el pueblo vecino que a veces se encuentra cerrado y solo formó su COCODE hace una semana, ya que pertenecía oficialmente a otra comunidad. Los dos lugares cuentan con una escuela de educación primaria y varias tiendas pequeñas.

2 No nombramos las dos comunidades para proteger la anonimidad de los informantes.

3 Durante el trabajo de campo solo encontramos 3 personas que dijeron que en su niñez hablaban el idioma Ch'orti', además de un profesor procedente de otra comunidad que está dando clases de Ch'orti', introducido por el Ministerio de Educación. En una de las comunidades está muy difundida el uso de ropa diseñada con elementos Ch'orti' modernizados, pero en ninguno de los dos lugares las personas actualmente se identifican por ser Ch'orti' diciendo que esto era 'antes' o 'en otros lugares'. Nos han explicado que esto ocurre dentro de un contexto de ambivalencia o hasta vergüenza y discriminación asociado con la identidad indígena, sin tanto presencia del movimiento de identidad indígena como en otras zonas (Entrevista Experta Género).

RECOLECCIÓN DE DATOS

La fase de trabajo de campo se inició a través de encuentros con las autoridades locales para pedir su permiso y recoger sus sugerencias sobre cómo proceder. Coordinando con el puesto de salud (comunidad 1) así como las autoridades locales, identificábamos las familias con menores de 5 años, entre ellos los que habían recibido chispitas en el pasado, dada la entrega inconsistente de chispitas. Los líderes comunitarios nos acompañaron al principio en reuniones y/o en las visitas a domicilio, para presentarnos a las madres y averiguar su interés y disponibilidad en recibir nuestra visita en un momento posterior, enfatizando que el proceso era voluntario y anónimo. En los dos lugares buscábamos a personas adicionales durante el proceso del trabajo para poder incluir una variedad de perspectivas (familias muy vulnerables y menos vulnerables, autoridades y líderes religiosos, ex promotores de salud, dueños de tiendas).

La siguiente tabla muestra las personas participantes en las entrevistas semi-estructuradas.

ENTREVISTAS

Se basaron las entrevistas en listados de preguntas específicas según informante – madre de familia, padre de familia, autoridad o joven-. No todas las entrevistas se llevaron a cabo individualmente, sino que se adaptaron a las circunstancias encontradas y se aprovechó para recoger las opiniones de varios miembros de la familia, de ahí que el número de participantes sea elevado.

Participantes	Comunidad 1	Comunidad 2
Autoridades	5 (1 mujer, 4 hombres)	4 (hombres)
Madres de familia	37	34
Padres de familia	10	11
Mujeres mayores	3	8
Hombres mayores	4	3
Otras mujeres	1	1
Adolescente / joven mujer	3	1
Adolescente / joven hombre	1	4
Total de participantes	64	66

OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

Se llevó a cabo observación participante en los siguientes espacios:

Enfocábamos la observación sobre la alimentación y cuidado de menores, las condiciones de vida y las relaciones sociales.

Espacios	Cantidad de lugares observados
Hogares	59
Tiendas /áreas públicas	3
Puestos de salud	3
Asambleas comunitarias	1

GRUPOS FOCALES

Decidimos no enfocarnos en llevar a cabo grupos focales con el fin de no crear inconvenientes en el uso del tiempo de las mujeres. Además, notábamos que no estaban acostumbradas a opinar en público.

Incluimos en la tabla anterior las reuniones introductorias como “grupo focales” aunque no se acoplaran estrictamente en esta categoría, pero usábamos el espacio para recoger opiniones iniciales de los participantes y no pedir otra reunión específicamente para nuestra actividad. Luego, en cada comunidad se hizo una actividad con los suplementos nutricionales, solo con madres con menores de 5 años, aprovechando los espacios ya organizadas por el sector salud y las autoridades. No se planificaron grupos focales adicionales con madres de familias porque la calidad de la información de las entrevistas resultó mejor que en los grupos focales. Sin embargo, se añadió un grupo focal con jóvenes para profundizar en los temas encontrados durante las entrevistas a las familias.

Grupos focales	Comunidad 1	Comunidad 2
Reunión introductoria	15	45
Sesión suplementos	30	12
Adolescentes hombres	-	5
Total de participantes	45	62

GRUPOS FOCALES EN ESCUELAS

Basado en los datos generados en las entrevistas a las familias, se decidió hacer una actividad en la escuela para comprender mejor el tema de acceso a la educación.

Para esta actividad se dividieron los grupos según edad y según género con el ánimo de asegurar una participación más equitativa.

Aula	Niñas	Niños
Primer grado	10	14
Grados 2 y 3	13	11
Grados 4 a 6	11	8
Total de participantes	34	33

ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS

Entrevistábamos actores externos vinculados a la comunidad (sector salud, educación) y del gobierno y otras instituciones con el fin de contar con información clave sobre el contexto y políticas relevantes. Una fase inicial de entrevistas se hizo en la Ciudad de Guatemala y una fase final se hizo en Chiquimula después del trabajo de campo, cada una de ellas con un guía específica de preguntas.

 EXPERTOS / AUTORIDADES ⁴	6 entrevistas (entre ellas: UNICEF, FAO, INCAP, PMA, ASIES) 5 entrevistas (entre ellas: experta en género, MdM, PMA regional, MAGA, SESAN) 3 entrevistas (entre ellas: Autoridades, Clínica Betania, Asociación Santiago)	Guatemala Chiquimula Jocotán
 ÁREA DE EDUCACIÓN	3 profesores de primaria 3 profesores de primaria	Jocotán Chiquimula
 ÁREA DE SALUD	1 nutricionista 3 nutricionistas/enfermeros 3 médicos/nutricionistas/enfermeros	Guatemala Chiquimula Jocotán

4 Un listado de las personas entrevistadas está disponible si es requerido, sin embargo, para el objetivo de este informe es preferible circularlo sin especificar los nombres.

El proceso de análisis empezó durante el trabajo de campo. Dentro de los ejes centrales del estudio (condiciones materiales, relaciones sociales y familiares, interacciones con el estado y esfera pública) se identificaron subcategorías relevantes. De cara a un análisis preliminar y con el fin de presentar los resultados iniciales, buscamos relaciones entre subcategorías, tendencias comunes entre familias y comunidades, diferencias (en comportamiento y situación) entre mujeres, diferencias generales entre comunidades y aspectos inesperados/anomalías entre los casos. En la fase de análisis en profundidad se hacía uso de los textos completos de las entrevistas y la observación para comparar casos, buscar tendencias comunes y comprender los vínculos entre el discurso y la práctica de las madres. Los resultados, que se presentarán en la siguiente sección, incluyen ejemplos de los testimonios y opiniones recogidas que hemos seleccionado en esta fase de análisis



RESULTADOS

En primer lugar, se analizarán los resultados que tienen que ver con el uso de suplementos y las prácticas de alimentación para luego centrarnos en sus factores relacionados, como el acceso a salud y la situación de los recursos. Después se introducirán los temas más relevantes que influyen en la toma de decisión, como los temas de educación y relaciones de género.

SUPLEMENTOS NUTRICIONALES

EL USO DE LAS CHISPITAS

El sistema de salud, como parte de la respuesta a la desnutrición, en 2005 normó la suplementación con micronutrientes en polvo a todas las niñas y niños de 6 meses a menores de 5 años, y a partir del 2012, se universalizó esta estrategia a todo el país (MSPAS 2013). Estos suplementos (chispitas) contienen hierro, zinc, ácido fólico y vitaminas (MSPAS 2013). Es necesario tomar un sobre diario durante dos meses y luego descansar cuatro meses, para empezar de nuevo otros dos meses de toma (Nutricionista ACF). Se da un problema de continuidad en la distribución ya que por un lado no hubo distribución de chispitas en la zona de trabajo durante este estudio, ni en los meses anteriores, y según las fuentes consultadas en Guatemala, tampoco hubo disponibilidad del producto en otras zonas del país. En las comunidades visitadas, casi todas las madres que conocieron el producto solo lo recibieron para uno de sus hijos o hijas, y durante dos meses (una entrega). Según las expertas entrevistadas, la receta y la marca han variado con el paso de los años, y las madres han notado un cambio en el sabor el cual hace más difícil su ingesta por parte de sus hijos e hijas (Entrevistas PMA, INCAP).

ACEPTACIÓN INICIAL PERO POCA ADHERENCIA

Todas las madres entrevistadas que recibieron chispitas indicaron haber probado el producto. En primera instancia no lo rechazaron. “Estas son vitaminas, aquí no desperdiciamos nada” (B.c1). En la segunda comunidad una madre explicó,

“

A uno le dicen que las chispitas le sirven para el estudio, para que aprenda. Por eso nosotras tratamos de cualquier manera darle al niño, para que la mentalidad de ellos les queda fresco, así nos han dicho los enfermeros. Cuando a uno le dicen que sirve para una cosa, a veces uno lo cree, si es bueno para el niño, entonces hay que darle (S. c2).

”

No hubo quejas sobre la naturaleza del producto en sí, como se puede encontrar en otros contextos, por ejemplo, en los Andes Peruanos, donde han sido rechazados, llamándolos ‘químico’ o categorizándolos como dañinos para los niños desde el inicio (Gillespie 2017).

Sin embargo, solo 17 de las 48 mujeres entrevistadas que habían recibido chispitas dijeron que lograban darle a su hijo o hija el total de los sobres entregados. Las que informaron haber usado las chispitas explicaban como preparaban la comida ‘a escondidas’ y añadieron las chispitas sin que el niño o niña se diera cuenta. Sin embargo, la gran mayoría no siguieron con el producto por varias razones. Como dice una madre, “me dieron 60 para dos meses cuando mi hijo tenía 6 meses. Yo lo servía con frijolito seco, a veces con banano asado, y cuando se aburría lo dejaba” (T. c2). Hubo una observación frecuente sobre la edad del niño o niña: muchas madres dicen que a los bebés los puedes dar de comer cualquier cosa: “Los he dado a mi bebé cuando era más pequeño. Lo he logrado hacerle comerlo con trocitos de frijol, lo metí directo a su boca” (A. c2). Mientras cuando se acercan a los dos años, ya no es tan fácil.

Por lo menos 8 madres han dicho que le da ‘arroyo’ o vómitos en el momento, o que el bebé escupe la comida. Otras han dicho que ha coincidido con diarreas, y por eso lo han parado de dar.

Para entender este rechazo hemos preguntado a las madres cómo lo han preparado y con qué alimentos. La mayoría han dicho que lo más fácil es con banano asado o crudo. Solo que, por un lado, es estacional (lo consumen si lo producen, normalmente no lo compran), y si el niño o niña tarda en comerlo adquiere

un color diferente. Otras dicen que sus hijos e hijas lo han consumido más fácilmente con huevo, pero también puede afectar a su color. Por ello algunos empleados de salud recomiendan mezclar las chispitas con frijoles secos y aplastados, sugiriendo que así no se distingue tanto el color ni el sabor, y por ser un alimento de consumo frecuente. Sin embargo, como vemos por este comentario, muchos niños lo rechazan de esta forma: “Con huevo se ha puesto verde, tiene un mal sabor. Hay que usar frijol seco, pero nuestros hijos les gusta frijoles con su caldo, para mojar su tortilla” (B. c2). Varias madres comentaron que lo más fácil es en atol. Pero según el sector de salud las chispitas se adhieren al vaso y no se provechan del todo.

Para estimular una conversación con las madres sobre las diferentes opciones, preparábamos las chispitas con ellas con diferentes alimentos y diferentes cantidades⁵. Similar a lo que nos habían contado, los niños y niñas voluntarios preferían los huevos y bananos, y algunos rechazaban el frijol. El sabor amargo tiene que ver con la porción, no tanto con el tipo de alimento en sí. Con un cuarto de banano o un cuarto de huevo, el sabor es tan fuerte que es difícil de tragar. Según nuestras observaciones el mejor resultado se da cuando se mezcla un sobre de chispitas con medio banano, o medio huevo. Si se usa una porción demasiado grande, varias madres nos explicaron que los niños o niñas ni terminan el plato. Además, puede tardar mucho en terminarlo, aumentando el riesgo de desarrollar un mal color o sabor.

“

Lo escondí en su comida, cuando tenía un año y medio y lo comió todo. Pero luego cuando era mayor, ella se daba cuenta, y decía ‘has puesto aquel en la comida’ y no lo quiere. No la doy seguida, tengo 2 paquetes todavía. Porque luego no quiere comer’ (A. c1).

”

5 Aunque no había chispitas en el centro de salud, logramos llevar a cabo la actividad dado que algunas madres nos los dieron (tenían guardados sin habérselo dado a sus hijos).

Sobre todo, la poca adherencia tiene que ver con el hecho de que las madres no lo consideran un producto muy fácil para hacer comer a sus hijos e hijas. Debido a las quejas los centros de salud en unas de las comunidades sugirieron dividir un sobre entre tres comidas. Esto ha dejado lugar a confusión: varias familias insistieron que es necesario dar a los niños y niñas tres paquetes al día. A pesar de que sí vimos en nuestra actividad una buena aceptación de las chispitas, esto no quiere decir que sea un producto fácil de usar. Como dijo una madre, “aquí lo come, con ustedes, pero en casa si lo doy mañana, no me lo va a comer”. Es muy importante comprender el uso del producto dentro del contexto del hogar.

‘LAS CHISPITAS DAN DESNUTRICIÓN’

En palabras de una madre, “las chispitas dan desnutrición”. Este comentario a primera vista puede parecer un malentendido importante, o un rechazo debido a conceptos culturales diferentes de bienestar y alimentación. Sin embargo es simplemente una expresión de los retos que enfrenta la población a la hora de hacer uso de los suplementos debido a su condición de vulnerabilidad. Las chispitas no pueden funcionar si no hay comida con que mezclarlos. Este es un factor muy importante en la época de escasez. La madre en cuestión me explicó que si solo tiene un huevo (y esto solo de vez en cuando) y tiene 5 hijos, reserve la mayoría del huevo para los dos más pequeños. De esta porción, divide una parte para el pequeño que le toca las chispitas, pero cuando ya lo mezcla con el sobre de chispitas el niño toma 1 o 2 mordiscos y lo rechaza, por el sabor. “Se ha puesto verde y tiene un mal sabor. Y no tengo otro huevo, ¿ahora que le doy de comer?” Por esta situación ella ha vinculado las chispitas con la desnutrición.

En la época de escasez, muchos niños y niñas subsisten con tortillas, con dos cucharadas de frijoles o huevo (si hay), y con esta pequeña porción se tendría que mezclar las chispitas. Por eso muchas madres han indicado que la comida se desperdicia. “He dado chispita y he perdido el huevo” (A c2). Esto hace menos viable seguir intentando tomar el producto. Como dijo una señora, “Yo no los terminé, mi esposo también dijo, ¿por qué lo vas a dar si no come su comida?” (H. c1).

Por eso algunas madres manifestaron la conveniencia de dar un día sí y otro no para que el niño se olvide un poco, o esperar a que haya alimentos apropiados. Otras madres ya no lo siguen intentando. Es muy importante tomar en cuenta las circunstancias que enfrentan las madres para comprender los factores que limitan su aceptabilidad. Las palabras de una madre nos ofrecen un resumen muy claro de la situación: “Si, lo he dado a mi hija, pero solo cuando hay comida. Si no, ¿con que voy a mezclarlo?” (M c1). Es difícil tener éxito con un programa de suplementación cuando hacen falta alimentos básicos, especialmente para dietas basadas en tortillas, por no ser aptos para combinarse entre ellos.

¿PARA QUÉ PROPÓSITO?

La mayoría de las madres categorizan a las chispitas como vitaminas, mientras algunas explicaron más específicamente: “Las chispitas son para refrescar la mente” (M. c1), son para mejorar en los estudios, y los vinculaban con su nombre “es para que el niño este agarrando chispa, creciendo bien alentado” (T. c2).

Sin embargo, la mayoría no sentía la urgencia de usar las chispitas por tener dificultades para observar el beneficio que conllevan. En una comunidad una madre que trabaja como agente comunitaria de salud dijo, “Algunos lo consumen, pero tengo personas de confianza que me dicen que la mayoría lo tiran... no da ningún resultado el niño que consume la chispita. No se ve la diferencia” (FC c1). Esto se ha oído en la otra comunidad también, “A veces lo arreglaba con guinea [banana] asado, lo comía, pero era como si no le hubiera dado nada, no he visto la mejora” (I. c2).

CONTINUIDAD

Para cerrar este tema se puede considerar este resumen de las dificultades con las chispitas ofrecido por una madre:

“

A mi hija le he dado chispitas, solo le he dado a veces porque el sabor en el frijol es amargo, mejor es en plátano. Pero cuando los niños no quieren, tampoco se les puede obligar. Y como no le daba chispitas a mi niña, me dijeron en el centro, ‘si no les dan, para que les voy a dar, para que los tiren a la basura,’ diciendo no me dio la enfermera, y como yo no soy de discutir tampoco le dije nada. Otra cosa - si el niño está con asento o fiebre, ¿cómo vamos a darle? Y esto es otro problema - la comida con frijol se pierde si se le da con chispita (S. c1).

”

Aquí se puede observar el tema de la ‘permisividad’. Como algunas madres nos han contado, solo han logrado hacer uso de las chispitas insistiendo, pero está ya no es una práctica habitual en las familias. Normalmente cuando los niños y niñas pueden agarrar su plato, se les deja la independencia de comer solos, y también de decidir cuando tienen hambre. Este tema lo veremos de nuevo en las siguientes secciones. También aquí vemos que, según la señora, el empleado de salud no quería entregarle el producto. Por los problemas de escasez y falta de continuidad del producto, se han reducido las oportunidades para seguir conversando sobre las chispitas, sus beneficios y su uso, con el ánimo de que el centro y las familias puedan continuar dialogando y probando con el producto.

A destacar: Ofrecer un programa de suplementación en condiciones de escasez de alimentos es muy complicado. Se entiende que está diseñado para situaciones de falta de diversidad (algunos nutrientes), no de hambre. Introduce preguntas sobre el objetivo de estudiar la aceptabilidad de los suplementos en este contexto.

OTROS SUPLEMENTOS O ALIMENTOS NUTRITIVOS

Además de su experiencia con las chispitas, la mayoría de las madres ha recibido pastillas de zinc y en una comunidad se ha distribuido el Nutributter. La experiencia con Plumpy Nut es menor.

El Nutributter (suplemento elaborado a base de maní, azúcar y aceites vegetales) no está todavía reglamentado por el MSPAS, pero a veces llega como una donación y se maneja a través de las municipalidades. En uno de los centros de salud se ha distribuido a todos los niños y niñas de bajo peso. El Nutributter tiene muy alta aceptabilidad (especialmente en los niños con más de 2 años, observó un enfermero). Las madres con experiencia de Nutributter dicen que es para 'subir peso', es para 'nutrirlos' o dar 'apetito, alegría'. Los niños y niñas que lo han probado lo reconocen y lo piden, por su buen sabor. Una madre nos dijo, "mi hijo lloró queriendo más. Por eso tenía que comprarle galletas".

El Plumpy Nut, según un empleado de salud, se receta para niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda, con el fin de intentar tratarlos en casa (normalmente al nivel de la comunidad se intenta hacer los primeros tratamientos para la desnutrición aguda, y si no muestra progreso se le manda al pueblo o ciudad para evaluarlos, y si fuese necesario enviarlos a un centro de Recuperación Nutricional). Observamos que solo uno de los dos centros contaba con el producto. Plumpy Nut, comparado con Nutributter, es un paquete grande, con una textura más seca, y más densidad de calorías. Es difícil de consumir por ser muy dulce. De los 10 voluntarios, solo una niña aceptaba comer más de una cucharadita y después de 2 cucharadas ya no quería comer más. Los empleados de salud explican que es necesario tomarlo con agua, y poco a poco a lo largo del día.

La mayoría de madres dicen haber recibido Vitacereal durante su embarazo. Está diseñado para consumir en papilla, pero se puede consumir de varias maneras: "Lo he preparado en atol y en tortillas, salió muy bien" (A c2). Aunque se ha distribuido en la región, específicamente para las mujeres embarazadas, las madres lo comparten con su familia: "¡Como voy a comerlo yo, todos mirándome!" (B c1).

Para la desnutrición crónica recetan pastillas de zinc en los centros. Una enfermera dijo, 'cuando tienen crónica solo es consejería y zinc. "Les tienen que dar frutas y zinc, si no alcanzan la talla. Para bajo peso, sugerimos que compren Incaparina"- Como se mencionó, uno de los centros observados también maneja el Plumpy Nut, "En mayo miramos sus brazos, hacemos notificaciones, he entregado a algunos 15 sobres de Plumpy, entre esta comunidad y la otra hubo 8 casos para recibir Plumpy.' También observé un enfermero entregar leche pediátrica en polvo. Me explicaba, 'Lo recibimos como una donación. Si no hay Plumpy o leche, y la familia no puede comprar Incaparina tienen que internar el niño" (E.B. c1).

Hemos observado el consumo de Incaparina en varias familias, donde lo han preparado específicamente para los menores, siempre como atol. Varios expertos entrevistados han mencionado que aun si la Incaparina es nutritiva, tiene poco impacto por sí sola al tomarse demasiado diluida. Pero aun si la papilla es mucho más adecuada, la Incaparina no está diseñada para tomarse como papilla. Por otro lado, las familias consumen atol tradicionalmente y no tienen la misma costumbre de preparar papilla para los niños y niñas. Se ha visto, en cualquier caso, que para ser un producto introducido (y con poca aceptabilidad inicial, según unas fuentes) la Incaparina ha logrado una entrada importante como bebida para niños y niñas. Según los comentarios de las madres, la Vitacereal también se ve aceptable para el consumo local, pero como tortillas, no como papilla. En este caso no se puede asumir un gran beneficio para los menores, ya que el producto se dividiría entre muchos miembros de la familia.

SITUACIÓN ALIMENTICIA DE LAS FAMILIAS

ESCASEZ DE ALIMENTOS BÁSICOS

Por llevar a cabo esta investigación durante la época de escasez, aun si algunas familias habían comenzado la primera cosecha de frijol y maíz, en otras observábamos que hacían falta alimentos básicos en las casas. Por un lado, hubo familias sin terreno alquilado para la primera siembra, y por otro lado, hace falta oportunidades de trabajo como jornalero en esta época.

Las familias tienen estrategias para superar esta fase. Algunos recogen plantas y frutas silvestres. “Cuando no tenemos comida, porque hay días del mes que no tenemos que comer, entre dos a tres días al mes, esos días comemos chatate, kilatillo, guindilla...” (A. c2) dijo una señora, refiriéndose a plantas verdes silvestres. Otra señora dijo,

“

toda la semana desde que se fue mi esposo estamos comiendo quilate, lo preparo en poca agua y su salcito lo hecho, eso comemos y a veces hago tortillas para mis hijos, porque ellos piden, no tenemos dinero para comprar frijol, lo último que comimos fue cuando estaba aquí mi esposo, ahí comimos frijol y tortilla (H. c2).

”

Hemos observado que los niños recogían nances (frutas silvestres), y lo compartieron con sus hermanos y hermanas pequeños.

Algunos reducen la frecuencia de comidas. Llegué a visitar una casa a la hora de preparar tortillas, y ofrecí ayudarla. “No, no estoy cocinando porque no tengo maíz. Cocinaré cuando regresa mi esposo. Ayer se fue a buscar trabajo, hoy espero que regresa”. (R c2).

En una comunidad, casi todas las familias hablaban de ‘dos comidas’, mientras en la otra, predominaba la rutina de comer tres veces, pero por esta época algunas familias no lo logran. “Cocino tres veces si tengo comida. A veces la cena hacemos tortilla recalentado” (M. c1). En la otra comunidad, una señora nos explicó, “comemos dos veces, y si los niños piden algo más, se les da tortilla con sal, si hay”. (I. c2) Mientras una vecina dice que solo se prepara café, de noche.

En las comunidades visitadas, desde el año pasado hubo programas de entrega de dinero para la compra de alimentos para familias con menores de 5 años (al momento el PMA y Caritas están presentes). Los programas no logran cubrir a todas las familias con menores, y las familias, obviamente, sienten la diferencia. Una madre con 5 hijas me dijo:

“

El año pasado recibimos del PMA. Este año no. Nos toca aguantar. Comimos el año pasado, gracias a ellos. Este año toca a otros comer... Logro cocinar algo, gracias a mis familiares, a veces me dan un puño de frijoles'... Si no hay mucho, digo a las más grandes que ellas puedan resistir, para que coma la pequeña" (M. c1) (indicándome las 'grandes' de 6 y 10 años).

”

De esta manera vemos que a veces cuentan con la solidaridad de su familia extendida. Otras veces priorizan a ciertos miembros de la familia. Una madre, hablando de cocinar huevos, explica sobre lo complicado que es priorizar al niño con bajo peso dentro de una familia numerosa, “porque si cocino todos los niños chiquitos lo quieren también, los chiquitos, porque los grandecitos ya saben que es para los chiquitos” (J. c2).

En numerosos casos hemos visto a la madre servir primero a los más pequeños, y luego a otros miembros como su suegro y el esposo. Varias abuelas dicen que ellas también tenían que buscar sus estrategias para superar la época de escasez, y aguantaban hambre para dar de comer a sus hijos. No es algo nuevo, sin embargo varios abuelos observan el riesgo del cambio climático: “siempre hubo época de escasez. La gente parecía más delgada, luego recuperaron. Lo que lo hizo peor era la sequía” (A. c2).

FALTA DE DIVERSIDAD ALIMENTICIA

Por supuesto se entiende que tampoco hubo diversidad de alimentos consumidos durante esta época de escasez. De las más de 60 familias visitadas solo en una casa se encontró a la familia consumiendo pollo. En otra casa huevos.

Las familias nos han contado sobre sus hábitos en general. Consumen muy poca proteína de origen animal. “Carne comemos una vez al mes” dijo un hombre (ET. c2). Otra señora dice que la temporada buena lo consumen dos veces al mes. Una madre con solo un hijo pequeño dice que ellos intentan comerlo una vez la semana. En general las familias con pocos hijos informan de menos problemas para enfrentar la escasez. En las dos comunidades hubo poca valoración de la proteína animal como nutriente necesario en la dieta, comparada con la cantidad de personas que mencionaron la importancia de verduras para la desnutrición.

En una de las comunidades, como hemos visto arriba, se sigue la práctica de consumir plantas y frutas silvestres. Lo hemos observado en al menos 10 familias. En la otra, por el uso de agroquímicos, se ha reducido la abundancia de plantas. Como dijo una abuela, “Antes nos alimentábamos bien, yo de niña comía muchas verduras, y mis padres tenían hortalizas y eso comíamos, creo que yo he sido bien alimentada, casi ni me enfermaba. (A. c1). Eso sí, muchas familias cuentan con bananos de su propia producción”.

Los que actualmente reciben apoyo monetario de instituciones informan haber aprovechado para comprar diversos alimentos. Como dijo una oficial del PMA, “Al principio, compran pollo y verduras, como los aconsejamos, para diversificar la dieta, pero ya en la última entrega compran solo maíz y frijoles para asegurar que les dura hasta que tienen cosecha o trabajo” (Entrevista PMA). Las compras frecuentes incluyen maíz, frijoles, azúcar, arroz, huevos, Incaparina y a veces espagueti, aceite y leche. Se ha introducido en muchas familias el consumo de las sopas instantáneas. “A nosotras nos gusta la sopa instantánea, aquí los comemos todos, cada 8 das, hay dos tipos de sopas, la del vaso de 8 quetzales, es más rica, y la sopa Laki que está a 2 quetzales” (M. c2). No hay mayor consumo de galletas o gaseosas, ya que muchas han oído desde el centro de salud que no son buenos para los niños y niñas. Sin embargo, es normal que los niños de primaria, cuando hacen mandados yendo a comprar maíz o azúcar a la tienda, gasten medio quetzal para un paquete de galletas o patatas. Y cuando las madres asisten al control de peso y talla en el centro de salud, un proceso que puede tardar horas, casi todas llegan con galletas compradas para sus hijos e hijas menores.

PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN PARA MENORES

Las madres tienen diferentes visiones a la hora de explicar lo que consideran apto para el consumo de los menores. Por un lado, más de la mitad mencionan que los bebés después de los 6 meses únicamente comen pan o en algunos casos también tortilla (la parte ‘suave’ del centro). “Con un año comienzan a comer huevo, con año y medio frijol, para bebés es solo pan. Tortilla con un año, y café también” (CF. c1). La insistencia en el pan es más frecuente en la comunidad más cercana a la ciudad. Por otro lado, otras madres dicen que con 6 meses se puede hacerles probar frijol o huevo. “Sí, de bebé pueden comer frijol, aplastado, pollo no, porque no tenemos” (F. c2).

Es frecuente el consumo de café en niños de alrededor de un año y medio y en adelante. “Ya en la noche, como no tenemos cantidad para dar a los niños cuando piden, solo le damos cafecito cuando piden, cuando tienen hambre (I. c2). Hemos observado algunos niños alrededor de un año tomarlo en su botella. Solo una persona dijo que trató de limitar su consumo, según el consejo que recibe del centro de salud: “a veces cuando me pide algo le doy fresco de limón o naranja, aunque a ellos les gusta el café. Hoy la gente ya cambió, cuando era chiquita mi mamá me daba café. Y están ahí todos, nadie se ha muerto, dice mi mamá” (S. c2). Algunas compran Incaparina y lo dan especialmente a los niños pequeños, una práctica más común ahora que viene apoyo financiero de las instituciones.

Como hemos mencionado arriba, las madres no tienen la costumbre de insistir en que los niños y niñas coman. Es decir, cuando ya pueden agarrar su propio plato pueden comer solos. A los más pequeños si se les ayuda metiéndoles comida directamente en la boca. Solo unas madres han mencionado que es necesario sentarse y mirar si comen e insistirles en terminar (esto nos han explicado cuando los niños o niñas tienen bajo peso). Los niños de dos años no siempre tienen regularidad en la hora de las comidas. Como nos dijo una madre, sobre su hija de dos años, “ella me dirá cuando tiene hambre” (B. c2). En ciertos casos varias horas han pasado sin que se aprecie que se va a comenzar a cocinar, y en otros casos los más pequeños se han saltado el desayuno por estar dormidos. Parece ser que los niños o niñas se sientan a comer en intervalos muy largos, sin embargo, a veces hay tortillas guardadas si lo piden.

CONDICIONES DE VIDA

PRODUCCIÓN E INGRESOS

Para dar un poco de contexto sobre las conversaciones de las familias alrededor de la escasez de alimentos, y antes de entrar en más detalle sobre su experiencia en torno a la desnutrición, mencionaremos aquí lo que comentan acerca de su situación productiva y económica.

ACCESO A RECURSOS PRODUCTIVOS Y/O INGRESOS

Las familias relacionan sus retos de alimentar a su familia a su falta de terreno propio y los riesgos económicos de alquilar un terreno, así como a la dificultad de encontrar trabajo de jornalero en esta época.

Ninguna familia entrevistada tiene tierra propia suficiente para sobrevivir (informan de tener 3 o 4 tareas, y algunos solo tienen el patio de su casa). Hablan del crecimiento de la población: **“Antes todo esto era verde, cultivos, cuando yo era un niño”** dijo un agricultor, mirando el paisaje desde su patio, ‘y ahora son casas’ (S. c2). Cada familia divide su lote para que sus hijos pueden construir casas, donde antes hubo un poco de maíz sembrado. Algunas familias tienen pequeñas plantaciones de café para su consumo y venden un poco para **“poder comprar azúcar”**, como dijo una señora. Otros hablan de haber tenido extensiones de café en el pasado, pero de haberlas vendido por problemas de endeudamiento. Solo conocimos un individuo dueño de cafetales que vive en la comunidad, pero es procedente de otra zona. No todos han alquilado terreno para sembrar maíz y frijol. Algunos han optado por no sembrar, ya que las condiciones climáticas les han hecho perder la cosecha durante varios años, mientras a otros les faltaba dinero. Varios han sembrado, pero no han aplicado abono. Las madres mencionan que lo que han sembrado les dura ‘unos meses’. Señalan una reducción en el terreno disponible para alquilar dada la extensión de ganadería en la zona, además del crecimiento de la población. Cada vez hay que ir más lejos para alquilar un terreno. En algunas comunidades hay tendencias contrarias: un agrónomo del MAGA mencionó que las últimas encuestas demuestran una menor tendencia a sembrar maíz, ya que debido a los gastos de alquiler y de abono, casi prefieren ir a trabajar y comprar su maíz (Entrevista MAGA).

Por eso, es necesario seguir con la búsqueda de trabajo como jornalero, solo que en la época del estudio no hubo muchas oportunidades, **“Ya estamos con el último maíz. Mi esposo logró encontrar 8 días de trabajo el mes pasado, de esto sobrevivimos. No hemos sembrado frijol, no tuvimos dinero para alquilar**

terreno, solo una parte pequeña de maíz para dos meses” (M c1). La gran mayoría de hombres viajan a otras zonas para encontrar trabajo en fincas. El trabajo más regular es el corte de café para finales de año, sin embargo, últimamente esto se ha reducido debido a la enfermedad del café. Otros dicen que anteriormente hubo más plantaciones de frijol y maíz para trabajar como jornaleros, pero que se han reducido con la introducción de ganado. El corte de caña y el trabajo en fincas de melones son vistos como trabajos más lucrativos, pero son más difíciles físicamente o requieren contactos y conocimientos. (2 personas mencionaron que sus padres habían muerto en las fincas). En un caso toda la familia migra para cortar café a Honduras (mientras la esposa trabaja como cocinera en la propia finca), lo que describe el tener implicaciones por su economía y alimentación:

“

Nosotros salimos a trabajar, con mis hijos todos nos vamos, estamos juntos, comiendo todos, allá comemos lo que hay, hasta carne nos dan. Mis hijos cuando van allá comieron carne de cerdo, antes ellos ni conocían, y si no fuera por él, por los viajes que hacemos, ni comerían carne (P. c1).

”

Los que no suelen viajar cortan trocitos de leña y los venden para ganar Q20 al día. El jornal agrícola típicamente se paga a Q. 30.00, con un máximo de Q- 50.00 o Q- 60.00 (Entrevista ASIES). Según UNICEF, la canasta básica es de Q110 al día, y el salario mínimo de Q78 (UNICEF 2015).

Hay muy pocas familias entre las entrevistadas que aumenten sus ingresos con actividades no agrícolas (que no sea la venta de leña). Tan solo hemos encontrado un ayudante de bus, un peluquero, dos guardias de seguridad y unos dueños de tiendas. Entre los jóvenes, en los dos pueblos solo hemos encontrado dos con profesiones: un enfermero y otro técnico de maquinaria.

Excepto por el corte de café dentro de la misma comunidad, las mujeres raramente tienen ingresos propios. Dos mujeres solteras trabajan cosiendo y planchando ropa, y una señora trabaja unos días al mes como agente comunitaria de salud. Hay dos hermanas que antes trabajaban como empleadas domésticas en la ciudad, pero sus esposos les han abandonado, citando este ejemplo algunas mujeres, mostrando de esta manera que no es aceptado ir a trabajar fuera. “Los esposos no quieren que las mujeres salgan a trabajar”, dijo una joven, mientras otras señoras me insistieron que se debe a la falta de oportunidades: “Sí, podemos hacer tamales y venderlos, pero ¿quién los va a comprar aquí?” (R. c2).

Algunas mujeres venden gallinas y una está engordando un cerdo, pero por lo general se observa muy pocos animales en la comunidad. Un gran parte de las familias comentaron que sus gallinas (criadas para consumo propio) se habían muerto. Las familias no compran las vacunas necesarias (Entrevista MAGA). La zona cuenta con poca producción animal desde hace unos treinta años dada la dificultad de invertir en alimentarlos cuando las personas mismas sufren de escasez de alimentos (Equipo ACF). Con el programa de Caritas algunas familias han construido jaulas para recibir pollitos y unos meses de pienso, con la idea de que luego la invertirían en su pienso para tener huevos para sus hijos.

Aun si existen estudios relevantes a nivel nacional que demuestran la falta de alimentos diversificados en las familias (Entrevistas FAO, INCAP) y que identifican la pobreza e inequidad como raíz de la desnutrición (ASIES 2014), la vulnerabilidad que hemos observado no siempre está reconocida como un problema central en la zona, “Las fincas no son de ellos, pero tienen empleo”, dijo una autoridad, mientras otro estudio en la zona subraya que hay acceso y disponibilidad de alimentación (Figueroa Cerna 2015).

A destacar: Después de presentar estos temas es claramente evidente que el riesgo de desnutrición infantil está directamente relacionado con la pobreza de las familias. No es necesario poner en duda los propios testimonios de las madres acerca de que no tienen suficientes alimentos.

AGUA Y SANEAMIENTO

Aunque no era el objetivo del estudio se pudo observar que hay retos importantes en el tema de agua y saneamiento. Una encuesta implementada por un practicante de salud en una de las comunidades menciona que el 83% de las familias defecan al aire libre. En la otra comunidad solo visitamos dos familias con letrinas las cuales habían sido construidas por su cuenta.

El acceso al agua es muy variado. En una de las comunidades una gran parte de la población cuenta con agua entubada en el patio, pero no de una fuente segura. En la otra ACF ha apoyado en la construcción de un tanque, facilitando la calidad y cantidad de agua disponible, a pesar de que algunas de las mujeres tienen que caminar bastante para recogerla. Las familias consideran limpia esta agua y la consumen directamente. Las madres que recogen agua de pocitos barrocos dicen que intentan asegurar que sus hijos toman esta agua hervida (normalmente como café). Otras madres me han comentado que desde que recibieron filtros de la OMS, las diarreas han disminuido (aun si estos filtros ya tienen años de funcionamiento sin ser cambiados). Dos madres han informado que compran cloro para su agua. Estas son prácticas nuevas: hemos observado a hombres consumir directamente el agua entubada en el patio, o recogida de piscinitas barrocos, mientras uno dijo, **“preferimos el agua así, así tiene su sabor”**.

El acceso a agua determina mucho las prácticas de higiene. Hay mujeres que caminan una hora para recoger agua por lo que es muy difícil asear regularmente a sus hijos e hijas. Mientras las madres que tienen agua entubada en su patio las hemos observado lavando sus manos con frecuencia mientras trabajan en las tareas domésticas. La falta de letrinas ensucia el medio ambiente de las comunidades, pero no lo establecieron como tema prioritario: **“los niños se orinan en el monte, pero no creo que con eso se enfermen”** (O. c1).

Veremos luego que el tema de agua y saneamiento es de mucha importancia debido a la alta presencia de diarreas y parásitos que sufren los niños y niñas.

PRESENCIA DE LA DESNUTRICIÓN

EXPLICACIONES LOCALES DE LA DESNUTRICIÓN

Las familias normalmente comprenden la presencia de desnutrición en relación a la falta de alimentos y dinero. Se entiende que esta situación es casi inevitable para algunas familias, como dice la agente comunitaria de salud, “cada ocho días comen huevo o arroz, cada quince o una vez al mes, carne” (FC c1). Ella también lo ve en relación con las labores cotidianas: “Las madres van lejos para recoger leña y traer agua. Se les pasa el hambre a los niños” (FC c1).

Aun si no mencionaron la falta de letrinas, algunas madres han recordado los mensajes de higiene: “La desnutrición da porque uno se descuida cuando sale a buscar cosas, los niños juegan con la tierra, o se orinan y están sucios, no se lavan las manos de eso da la desnutrición” (S. c2). Es interesante notar que dos padres de familia también se han preocupado por la ausencia de las madres en la casa como riesgo para la nutrición de los niños (porque se ensucian más y no se puede preparar la comida a tiempo), y uno dijo que él mismo iba recogía leña para evitarlo, un trabajo típico de las mujeres.

Ante todo, las familias vinculan la presencia de la desnutrición con la enfermedad, con niños o niñas ‘enfermizos’.

“

Mis sobrinos me dicen que le compren vitaminas a mi hija, para que suba de peso, pero como no tenemos pisto no puedo comprarle. Dicen que es por falta de alimentación agarra la desnutrición al cuerpo. Los COCODES dicen que deben llevar al centro de salud para que no estén desnutridos, pero yo pienso que la desnutrición es por la enfermedad. La enfermedad le da eso (I. c2).

”

Las madres enfrentan muchos casos de diarrea (llamado ‘asientos’) y tos en los menores. “A mi hija ha llegado a desnutrición posiblemente porque la niña está frecuentemente enferma con asiento, tenía vómitos, y casi no comía o lo que comía lo arrojaba, por eso estuvo perdiendo de peso y también la talla” (A c2). No pueden provechar de la comida, dice una madre: “Está siempre enferma, siempre tiene diarreas. Ella come, pero sigue delgadita” (B. c1). Según la experiencia de otras, si se sienten mal no quieren comer. “Mi hija peso bien en mayo, pero imagino que ahora tiene peso bajo. Ha tenido fiebre, ha perdido su apetito” (A c1). La opinión de un médico respalda la de las familias: ‘la desnutrición no es

por las costumbres de las familias o falta de alimentación, es por las enfermedades,’ refiriéndose a los casos que llegan al centro de recuperación.

Se entiende en la comunidad que no solo la enfermedad da lugar a desnutrición, sino que también la desnutrición puede incrementar la enfermedad. “Es una vergüenza que digan a uno que está criando a hijos desnutridos. Yo he visto que los niños desnutridos, mueren por cualquier enfermedad que les agarra, ellos ya no resisten, mueren con una simple diarrea o vómitos” (T. c2).

MONITOREO Y CONSEJERÍA

El manejo de información sobre la presencia de la desnutrición varía mucho según comunidad y según familia. Hay un gran logro por parte del centro de salud, ya que la mayoría de madres acuden regularmente a las citas de monitoreo. Sin embargo, las explicaciones no son muy claras para muchas madres. “Me han dicho que está bajo de peso, y puede que llegue a desnutrición, de ahí no me han dicho nada” (L. c2). Otras madres mencionan no saber si su hijo o hija está bien o no. Por ejemplo, una señora se quejó,

“

Mi hija pesa 16 libras y tiene un año y medio. No me dicen nada, recién me enteré que mi hija estaba desnutrida con los de Visión Mundial, ellos me han dicho que tenía desnutrición... de Jocotán vinieron a la clínica para pesar y tallar a los niños, y me preguntaron qué me dicen del personal de salud, y yo les dije que no me dicen nada, que está normal, y que yo voy mes a mes a peso y talla. Me dijo el médico: el niño está desnutrido, te voy a dar ficha para que vengas a Jocotán (J c2).

”

Parte del desconocimiento tiene que ver con los diferentes sistemas de monitoreo. Por ejemplo, en la otra comunidad mencionada arriba, el centro está muy nuevo, y ubicado en una comunidad vecina. Por eso, aun si hay un monitoreo regular, se hace en la misma comunidad con el fin de evitar una larga caminata a las mujeres, pero sin las facilidades que ofrece el centro. En el momento del monitoreo no necesariamente rellenan la gráfica de las libretas, ni dan la consejería, y pueden citarla para más tarde. En la otra comunidad el centro de salud tiene años de establecimiento, está ubicado en el centro del pueblo, y cuando lo visitan las madres para el peso y talla, apuntan de una vez los resultados en la libreta y dan la consejería al momento si el niño está en riesgo. Cuentan con una agente comunitaria y un practicante para ayudarlos. Allí las madres reciben el diagnóstico en el momento. Como habíamos mencionado al principio, en este centro se está distribuyendo Plumpy Nut y a veces leche, si hay.

Durante el monitoreo se ofrece más información sobre el bajo peso comparado con la baja talla. Algunas madres dijeron que habían oído que su hijo o hija tiene talla baja, pero no lo asocian con desnutrición. Una madre dijo, refiriéndose a su hija muy bajita, “por verla tan delgada hemos ido a Jocotán, pero dijeron que no tenía nada” (J. c2). Puede ser que los empleados de salud comuniquen algo específicamente a las madres de menores de 2 con baja talla, pero por lo general no hay sensibilización en la comunidad sobre la problemática de ‘talla baja’ y sus consecuencias.

Aun cuando reciben algo de consejería o charlas informativas, varían mucho los mensajes que las familias informan haber recibido. “Para recuperar de la desnutrición tienes que asear al niño, lavar sus manos, preparar bien la comida. No, no me han dicho que comida darle” dijo una señora, mientras su vecina explicó, “Con desnutrición dicen en el centro recoger verduras, y dar leche al niño, pero aquí no hay” (D. c1). El énfasis está en el consumo de verduras. En una de las comunidades varias madres han entendido que es peligroso darles carne, “Desnutrición mata a los niños, algunos murieron con la desnutrición. Para que no entren en la desnutrición hay que darles frijol, hierba mora, chipilín. Carne no es bueno por la grasa, se puede dar peor, así nos dicen en el Centro de Salud’ (I. c2). Otra señora repitió algo muy similar, “Las enfermeras de antes decían que no hay que darle carne, la carne tiene mucha grasa y con ese caen en la desnutrición, en las charlas así hablan, y como tampoco tenemos carne para darle, yo no le daba” (S. c2).

Mientras otras pocas, en contraste, mencionan la carne como necesario. Hablando de su última hija, “siempre pesaba lo mismo. Yo entonces la impulsaba a comer. Para hacerles crecer, necesitan pollo y verduras, pero a veces no tenemos” (A. c1). Es más común mencionar el huevo, frijol e Incaparina, para hacerles ganar peso. Esta madre destaca la práctica de impulsar a su hija a comer. Como mencionamos arriba, no es una práctica difundida, pero se pudo observar en cuatro madres con más estabilidad en sus casas, con esposos involucrados y menos vulnerabilidad a la escasez. Un padre de familia con hijos especialmente saludables comentó que no deja a sus hijos e hijas ir a dormir sin cenar algo: ‘hasta los despierto para asegurar que comen algo’ (N. c2). Como otra posible solución es común oír mencionar la compra de vitaminas (‘Sucrol’ o ‘Sucrol vigor’) para hacer recuperar a niños y niñas de bajo peso.

A destacar: En relación a esta sección y la discusión en torno a la alimentación para menores, se ve que hay oportunidades importantes para mejorar el intercambio de información durante el monitoreo de peso y talla, debido a la alta tasa de asistencia de las mujeres, su interés en saber los resultados, y las muy variadas percepciones en torno a cómo responder. No tienen información sobre la desnutrición crónica en menores de 2 años. Hay oportunidades para mejorar la consejería con mensajes sobre la alimentación equilibrada: aun si las personas no tienen los alimentos disponibles, tienen derecho de saber qué es necesario priorizar en la compra.

LA DESNUTRICIÓN Y LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Es muy interesante destacar que muchas familias relacionan la falta de planificación familiar con el riesgo de desnutrición, debido a los consejos del sector salud combinado con sus propias experiencias. Normalmente las familias hablan de 'planificación' refiriéndose a las inyecciones ofrecidas en el centro de salud, comparado con las opciones naturales de espaciar los hijos. “No hago planificación, pero he espaciado mis hijos cada dos años. Si no, no hay suficiente comida, ni leche, pueden tener desnutrición, estar enfermos y morir” (B. c2). La planificación familiar es un tema privado y sujeto a mucho debate. Según una enfermera, “la gente piensa que es pecado, o que se van a quedar estériles. Aquí, solo 40 de 300 en edad fértil hacen la inyección. Las mujeres no quieren que lo diga a nadie, ni a sus esposos, lo guardo como secreto”. Otras intentan espaciar sus niños según su ciclo.

El tema ha entrado en las conversaciones porque muchas madres han sufrido una degeneración de salud de su bebe después del nacimiento de un nuevo hijo o hija: “Lo puse después de que se murió mi hijo pequeño por ser delgado, por el nuevo bebe, lo puse el mismo día” (H. c1). Otra madre dijo lo mismo, ‘quedé embarazada cuando el otro ni tenía un año. Él bebe murió, era morado, delgado, y mi hijo se quedó muy pequeño, sin leche. Por eso hice la planificación. Mi esposo dice “está bien, no queremos que los niños sufren” (M. c1).

Estas decisiones se toman en medio de un debate sobre la inaceptabilidad de la planificación dentro de la iglesia católica. Por lo menos tres hombres nos indicaron que están reflexionando (en las palabras de uno de ellos) “si es un mayor pecado no tener hijos, o tenerlos con hambre”. Según un padre de familia, en la iglesia “nos han dicho que no está formado todavía”. En otra comunidad, el delegado oficial de la iglesia católica dice “Es pecado la planificación, es matar al hijo de Dios” (J. c2). Un abuelo muestra su enojo con el centro de salud: “La enfermera casi está diciendo a las madres para hacer la planificación, eso está mal, nadie debe matar a los hijos, son una bendición del señor, la familia quiere ser grande, así para poder apoyarse. Papanicolau es para matar a los niños” (A. c1). Por eso, muy pocas mujeres quieren hablar abiertamente del tema. “Ahora estoy en planificación, pero el pastor no sabe que estoy cuidándome, aunque Dios si todo lo sabe. Algunas lo hacen sin decir a sus esposos” (L. c1).

Las mujeres que hemos conocido han indicado que la planificación y el tamaño de la familia es una decisión de sus esposos. “Mi esposo solo quiere 3 hijos. ¿Yo? Yo no sé” (F c1). Según una encuesta reciente, normalmente es el esposo que el que da permiso o no a la mujer para acceder a la planificación, dependiendo a veces del suegro (Entrevista MdM). Las mujeres sirven de intermediarias a la hora de pasar la información del centro de salud a sus esposos:

“

Mi hijo vino justo después de mi hija, ella solo tenía un año. Por eso ella es así, tan delgadita. Mi leche se secó, por mi embarazo. No voy a tener otro bebe ahora mismo. He hecho la planificación... Mi esposo me mando al puesto. Yo lo dijo que la enfermera dijo que si tienes un bebe justo después del otro se ponen delgados y puede inyectarse por eso él dijo bien, no queremos tener nuestros hijos as (B. c1).

”

A destacar: Es muy llamativo como en una de las comunidades la información brindada desde el sector salud combinada con el riesgo enfrentado por sus hijos o hijas desnutridos, ha creado una oportunidad para que las mujeres abran este tema con sus parejas. El tema de la planificación y cómo las personas lo relacionan al bienestar de su familia nos indica nuevas tendencias en la visión de la familia. La reacción de las personas nos subraya que tienen voluntad de introducir esta práctica para evitar la enfermedad o muerte de sus hijos, aun en contra de las creencias religiosas. También se hace evidente las limitaciones que enfrentan las mujeres en la toma de decisiones. Además de verlo como una negociación entre la información que viene de salud versus la religiosa, se tendrá que comprender dentro de las visiones que tiene la gente de sus propias familias, lo cual veremos a continuación.

DESNUTRICIÓN COMO URGENCIA MÉDICA

Al entrar en esta sección hay que tomar en cuenta que cuando las familias hablan de la desnutrición están refiriéndose a la desnutrición aguda, no a la desnutrición crónica. En la zona donde se llevó a cabo el estudio, las familias asocian la desnutrición con el énfasis desde el sector salud y las instituciones de diagnosticar y “rescatar” los casos de desnutrición aguda, y la preocupación de que un hijo o hija tenga que ir a un centro de recuperación.

Para una familia la delgadez de su penúltimo hijo no era realmente ‘desnutrición’, pero una consecuencia muy entendible del embarazo:

“

Me dijeron que mi hijo era desnutrido, pero no era, solo que me había quedado embarazada de mi otra hija y se me secó la leche, entonces se quedó delgado, pero no estaba desnutrido. Yo lo recuperé con Incaparina y huevos. (H. c2)

”

Si esto no es desnutrición, entonces, ¿qué es la desnutrición? Se entiende que la desnutrición es algo urgente y serio que requiere intervención. Se asocia con el hospital, y el riesgo de muerte. “Uno no pasa feliz cuando su hijo está desnutrido, sino en la tristeza porque uno para más en el hospital. Si el niño está en desnutrición ya está en riesgo de muerte, uno ahí tiene que irse al centro de salud para rescatar al niño” (S. c2).

La desnutrición se ve como una enfermedad seria, lo que implica gastos y estrés para la familia:

“

No sabemos porque le habrá dado la enfermedad. Me decían que era desnutrición. Vinieron a buscar niños desnutridos, y le llevaron a Chiquimula, a Llano Verde, pero no me daban nada con ella, yo no recibí ayudita. Los demás desnutridos ahora reciben ayuda, les da pistillo. Estuvimos 12 días, y me sentía afligida porque había dejado niños pequeños en casa. Peor fue la medicina que compramos que salió de la bolsa de mi esposo, eso fue que le salvo (I. c2).

”

Varias veces hemos oído expresado no solo las preocupaciones sobre ser internado, y la falta de ayuda para el resto de la familia⁶, pero también este énfasis sobre el rol de las madres y los padres en hacer recuperar su hijo o hija. Como dijo otra señora: “En el centro se recuperó, pero no de completo. Mandé a mi esposo a comprar vitaminas en frasco y 3 veces lo dimos, ya la cuarta vez se recuperó” (J. c2).

Bien sea por la desnutrición u otros motivos, varias madres, al igual que los casos mostrados anteriormente, presentan su ‘lucha’ donde la familia, por encima del sector salud, es la principal responsable de la recuperación de sus hijos:

“

Esta mi hija de cinco años, como he luchado con ella, yo de la muerte le he salvado. De aquí la lleve al centro de salud cuando ella tenía fiebre, y ahí le mandaron a Chiquimula, estuvo dos días, hasta un lunes, se puso como muerta. La medicina que le han puesto le cayó mal, como a las 5 a.m. brincó de dolor. Esta niña siempre tuvo problemas. Cada 15 días se enfermaba, le daba asiento, fiebre, bien sequita estaba la niña. Luego compré vitaminas en Jocotán en la farmacia, me costó como 70 quetzales. Estas vitaminas eran para que engorden, ese remedio le di solo una vez, mi esposo fue el que compró, con eso agarro cuerpo, ahora esta bonita (C. c2).

”

Muchas familias prefieren hacer todo lo posible para evitar internar a los niños o niñas.

“

Mi hijo estuvo bien hasta los 6 meses, luego se enfermó. Siempre tuvo vómitos, asientos, hasta los 3 años. Vino un médico de Zacapa y dijo que iba a llevarle, quitármelo. Me dio 15 días para ver si recuperaba mi hijo. Era un shock para mí, tenía que actuar. Lo saque de la desnutrición dándole la comida, aunque vomitaba, lo daba, para recuperarle (G. c2).

”

6 ‘La ayuda’ que ahora reciben las familias con niños y niñas desnutridos se refiere a instituciones vinculadas con el Centro de Recuperación Nutricional o los puestos de salud que a veces hacen donaciones de alimentación o patrocinan a las familias.

Como dijo la madre en el primer párrafo de esta sección, no era desnutrición, porque ella misma podía recuperarlo en casa. En casos de desnutrición u otras condiciones, las familias prefieren resolver los casos de urgencia ellas mismas, por los gastos y problemas que puede implicar el viaje: “**por suerte nunca he tenido que ir al hospital, allá no le dan a uno comida**” (M c1). (El centro de recuperación no está tan mal visto porque ofrecen comida al acompañante).

Temen recibir una referencia desde el centro de salud para ir a Jocotán o Chiquimula, porque lo asocian con el gasto de transporte, gastos médicos (como medicinas o pruebas de laboratorio) y gastos de alimentación en caso de que estén obligados a quedarse. Hemos conocida a otra señora embarazada que no pensaba que iba a ser capaz de responder a la referencia de su hija al centro de salud en el pueblo. “**He tenido 9 hijos, pero 3 han muerto. Y ayer me dijo salud que la pequeña ha perdido peso. Es porque se me secó la leche con el embarazo. Ella come, pero le falta la leche. Dicen de llevarla a Jocotán, pero ¿cómo voy a ir? No tengo pisto**” (F. c2)⁷.

Más abajo tocaremos de nuevo este tema de la mortalidad infantil, y como las familias hablan de estas situaciones tan complicadas.

DESNUTRICIÓN Y PARÁSITOS

En una de las comunidades es muy frecuente que las madres vinculen la desnutrición a un reto particular de la salud – los parásitos. “**La desnutrición viene de los parásitos, de esos que se llaman amebas, y después de esto vienen los asientos en los niños, la calentura, si no les llevas al centro de salud los niños pueden morir**” (M. c2).

Las madres en una de las comunidades vinculan la desnutrición específicamente con lombrices. Una madre explicó que su hijo tuvo problemas de salud y riesgo de desnutrición durante varios años, incluyendo vómitos y diarreas, y nos comentó, “**Luego mi di cuenta que el problema era las lombrices. Ahora doy desparasitantes a todos mis hijos, comenzando a los 6 meses**” (G. c2). Ella saca un trocito de la pastilla para los mayores, y los da a sus hijos aun cuando no tienen dos años. Otras madres también están actuando ellas mismas:

“

Para que los niños no tengan parásitos hay que comprar pastillas, desparasitarlos. Ya sabemos que cuando están de un año y medio se le dan, pero hay mamás que les dan a niños menores cuando el niño esta panzoncito para que el niño bote las lombrices. Mi hijo arrojó una lombriz por la nariz, hace tres meses. Le llevé al centro de salud y no han querido atenderlo, está muy chiquito. Como no quisieron, yo conseguí pisto y le compré una pastilla para desparasitar. Me costó 2 quetzales. Cayeron muerto como 10 lombrices, y de ahí ya no le di porque dicen que debemos desparasitarlo cada 6 meses. Dice que la gente antes moría con los parásitos, cuando le salía por la nariz o la boca la gente se ahogaba y con eso morían (S. c2).

”

⁷ Es interesante notar que han aceptado la planificación familiar. Aunque en esta ocasión dijo que se había quedado embarazada porque estaba cerrado el centro cuando fue a darse su inyección, y se quedó embarazada justo el próximo mes.

Una madre lo relacionó con el desarrollo lento de su hija: “Mi hija no podía caminar hasta los 3 años. No estaba mal, pero cuando le di medicina para parásitos salieron por manojos. Creo que la otra tiene también porque su barriga esta hinchada como si fuera nylon, pero en el centro de salud dijeron que no pueden darla hasta los 2 años” (F. c2) ⁸. Una abuela prepara una raíz de apasote en el fuego, para sacar los parásitos, también apto para el consumo de menores.

La experiencia de estas madres contrasta con lo que una trabajadora de salud en la ciudad decía sobre los parásitos: “lastimosamente la comunidad lo ve normal, sin consecuencia”.

DISCURSOS DE RESPONSABILIDAD

Como hemos visto arriba, temen los gastos y las complicaciones de la desnutrición y la enfermedad. A veces rechazan la idea de que es el centro de salud o nutricional quien salva a los niños y en algunas ocasiones insisten que se debe a las vitaminas compradas. Por otro lado, algunas reconocen la muerte como consecuencia de su pobreza, ya que hacer uso del sistema de salud público más allá de la comunidad implica un gasto que algunas familias no consideran dentro de su poder adquisitivo. Como dijo un padre:

“

Cuando mi hijo estaba enfermo le lleve a Chiquimula, el doctor le hizo el análisis, dijo que el niño estaba mal, pero con la receta indicada si iba a sanar, y me entrego la receta de los medicamentos. Salí del hospital, crucé la calle y tomé el primer camión que venía aquí, y me vine de regreso porque no tenía el dinero para comprar los medicamentos. No compré nada de la receta. Es así, si no tienes dinero, ni modo. Y mi hijo a los días murió (P. c1).

”

En la otra comunidad una madre dijo algo similar: “Aquí se murió mi hijo. Cuando no tiene dinero uno le deja morir a sus hijos. Él tenía 2 años y medio” (S. c2). Pero, por otro lado, las madres se indignan con la sugerencia de que ellas dejan morir a sus hijos e hijas. Una señora, cuya nieta había enfrentado riesgo de bajo peso al nacer nos contó:

“

Solo voy al puesto para peso y talla y vacunas, porque necesitan sus vacunas, pero no a la consulta. No me gusta que dicen ‘se va a morir su niño, es su culpa.’ Hasta vino aquí la enfermera para ver a mi nuera para llevarla al hospital cuando nació su hijita, pero nosotros tenemos recetados 9 días de descanso en la cama después de tener él bebé. Como nació mi bebé a la par de mi nuera, estuvimos juntas. Yo no quería poner la niña en una caja, y yo la dije ‘sabemos cuidar a los niños, vamos a recuperarla.’ Era muy pequeña, no podía mamar y la dimos Incaparina. Luego la mamaba yo, ahora está bien, la hemos recuperada, no tenemos bebés para meterlos en caja

”

⁸ Justo durante esta investigación llegó la información que MISPAS había cambiado el reglamento para poder dar desparasitantes con un año de edad.

Asociando la hospitalización con el riesgo de morir, ella luchaba para controlar ella misma la recuperación de su nieta, y expresa rencor sobre las amenazas acerca de que no lo importa que mueran sus bebés. La muerte de los niños sigue como un miedo presente, para madres y para los empleados de salud. De las 65 mujeres con quien habíamos hablado de salud, por lo menos 9 habían sufrido la muerte de un hijo o hija. Un número similar han tenido que hospitalizar o internar a su hijo o hija por un periodo de tiempo. Justo unos meses antes del estudio un niño de la comunidad había fallecido, y durante el estudio otra bebe se encontró en una condición muy vulnerable. Cuando la familia se resiste a ir al centro de salud en el pueblo, según el sistema de referencia, la enfermera se estresa. 'Ayer un bebé llegó casi frío, la envié al hospital, y los grité '¡solo ustedes, no el Ministerio de Salud, no la enfermera, son responsables por sus bebés!' Ella teme repercusiones si ve un bebe en estado crítico y luego muere, ya que puede entenderse que ella ha fallado. Ella menciona dos casos de desnutrición aguda donde al no haber respuesta de los padres les iba a poner una denuncia legal por los derechos de los niños. 'Una ya tenía 6 años y era pequeñísima. No estaba ni registrada en salud. Por miedo de la denuncia, se ha mejorado.' La familia nos indicó que se ha hecho daño a la familia, fragmentada por este conflicto.

En este contexto circulan mensajes morales sobre maternidad. Como dice una señora **“es un pecado dejar morir a un hijo”**, y en las palabras de otra: 'niños mueran si las madres no los cuidan correctamente, si no los llevan a salud' (B. c2). Por eso, algunas madres se presentan como protagonistas,

“

Cuando estaba cayendo en desnutrición este mi hijo, le dieron Nutributter, y solo comía hasta la mitad, y yo el resto mezclado en agüita, como agua de chocolate, y le hacía tomarlo. Es una vergüenza que uno tenga un hijo desnutrido. Sino uno comete el delito, por ejemplo, si el niño muere en los brazos de uno, puede ir hasta la cárcel (S. c2).

”

Sin embargo, los empleados de salud se dan cuenta que la culpabilización de los padres no es una buena estrategia. La enfermera explica, 'Me dicen, 'ella no ha venido porque usted es muy brava, usted la ha renegado.' Por eso busco a la madre, trato de ganarme la persona.' Otro enfermero dijo que hay que hablar muy tranquilamente, 'Si sienten un pequeño regaño, se pueden enojar.'

Es preciso tocar el tema de la mortalidad infantil con cuidado, porque por las condiciones vulnerables es normal sufrir de hambre, y tener que orientar las estrategias familiares para que los fuertes sobreviven, no hubo una dimensión de estigma o de culpa (Mariano Juárez 2014). Como se ve en otras regiones donde hay poco acceso a los servicios de salud y altos índices de pobreza, no se puede sacrificar a los demás miembros de la familia invirtiendo todo para el cuidado de los más enfermizos (Ver, por ejemplo, Scheper Hughes 1992). Esto no significa que no represente una pérdida y un gran trauma, pero no necesariamente tiene las mismas connotaciones morales. Ahora por las intervenciones de salud, se entiende que hay que salvar a los bebés a toda costa. Aun si las familias están de acuerdo con esta posición, se tiene que comprender que conviven con nuevas tensiones y también nuevas expectativas o visiones para la familia, lo que veremos a continuación.

RECONOCIMIENTO DEL SECTOR DE SALUD

A pesar de algunas confrontaciones, en general las comunidades agradecen la presencia de salud, más que todo por el acceso a las vacunas. Las asocian con la disminución de la enfermedad y están ansias por seguir su calendario, lo cual se puede entender también en relación a los gastos que puede representar la enfermedad, como hemos visto anteriormente.

“

Hoy estoy aquí porque me toca peso y talla de mi hijo, no vengo por obligación, yo quiero saber cómo está creciendo mi hijo, y que este alentadito, viniendo aquí uno se entera cómo está el niño, si está enfermo para poder atenderlo rápido, o pedir medicamentos a los de salud. Aquí las mujeres vienen por su cuenta, porque les interesan las vacunas (A. c2).

”

Por lo general no hubo quejas sobre los empleados de salud. En unas de las comunidades, hay tres familias que no asisten regularmente, entre ellas una con un niño que casi murió por reacción a una vacuna, y otro que murió en el hospital.

En opinión de las familias, así como de los trabajadores del sector salud, el tema de acceso a medicinas es donde ven fallas. Uno de los centros es muy nuevo, con solo unos meses de funcionamiento. Como dice el enfermero “Es difícil porque tenemos muy pocas medicinas y no tenemos ni carro ni moto si hay una emergencia”. Algunas familias muestran frustraciones: “No voy a salud. Compró remedios. Cuando voy allá, no me dan nada” (M. c1). Estos casos ocurren más cuando son condiciones complicadas. “Si tenemos dinero, compramos medicamentos de la farmacia” (C. c1). Varios niños y niñas tienen enfermedades de piel y no siempre han podido remediarlo con las medicinas ofrecidos por el centro. Las quejas más importantes se dirigen a los centros de salud en el pueblo (no en la comunidad) y al hospital en Chiquimula: varias familias dicen de haber llegado allá y tampoco han recibido el tratamiento necesario, implicando gastos en vano.

En las familias, hay una combinación de compra de medicinas, visitas a la posta, y uso de plantas locales. Lo que evitan a cualquier costo es tener que ir a Jocotán o a Chiquimula, por lo que se ha explicado arriba. Una abuela explicó, “Busco remedios caseros, con plantas amargas. Mis nueras no saben, los ayudo. Si hay fiebre, buscamos remedios en el centro de salud” (J. c2). Sin embargo, el conocimiento sobre las plantas medicinales se está perdiendo. Una mujer dijo, “no sabemos cómo curar, nosotras más que todo vamos al puesto para buscar remedios” (B. c1).

A destacar: Hay un acercamiento muy positivo al sector de salud por el tema de las vacunas, y peso y talla. A pesar de sus pocos recursos, el sector de salud tiene una presencia muy importante en las comunidades y su aceptabilidad representa una oportunidad muy importante para mejorar su respuesta a la desnutrición crónica. Hemos visto que las familias tienen miedo de la desnutrición como una emergencia de salud, por los gastos que implican y el riesgo de muerte. Su percepción de la desnutrición se ha formado por las reacciones de salud y las instituciones sobre la desnutrición aguda y la falta de visibilidad de la desnutrición crónica. Hay mucha evidencia acerca de su preocupación sobre la enfermedad y su interés en controlar la situación. Esto se puede ver como una oportunidad para introducir educación sobre cómo evitar la desnutrición crónica, como una entrada para asegurar una mejor salud y resistencia de sus hijos, similar a como la planificación familiar se está introduciendo para reducir desnutrición severa y riesgo de muerte. A la vez, el reconocimiento de la amenaza de los parásitos en una de las comunidades demuestra una oportunidad para trabajar con las familias en temas de agua y saneamiento. El monitoreo y consejería en salud se tiene que hacer con sensibilidad. Con el enfoque en hacer responsable a las madres y a los padres, fácilmente se puede percibir como la culpabilización de las familias y así quebrar la relación positiva de confianza ya construida.

POSICIÓN DE LOS ACTORES DE SALUD

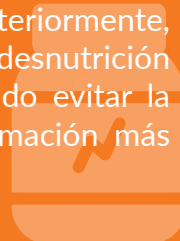
Los empleados y empleadas de salud en la comunidad, así como al nivel regional, muestran comprensión sobre las condiciones locales. No hemos recogido comentarios peyorativos (racistas) hacia la población, lo que se puede evidenciar en otras zonas (Berry 2008) o países (Gillespie 2017). Mencionan factores relacionados con la desnutrición, como disponibilidad de alimentos, sequía, falta de tiempo de las madres, así como la pobreza en general. Además, como mencionábamos arriba, varios actores de salud coinciden con las madres en que la enfermedad es un factor clave en la presencia de desnutrición.

No vamos a entrar en detalle sobre las acciones y mensajes del sector salud desde el punto de vista de los trabajadores, porque la impresión que hemos encontrado es de una presencia activa y motivada de trabajadores de salud haciendo lo posible dentro de las limitaciones de sus condiciones. Por ello, habiendo observado la poca visibilidad de la desnutrición crónica a nivel de la comunidad, a pesar de ser una prioridad del gobierno, enfocamos las conversaciones sobre las acciones del sector en torno a este tema. Varios actores de salud explicaban que es “demasiado tarde” o “muy complejo” responder a la desnutrición crónica, añadiendo que no se puede hacer nada después de los dos años. Al insistir en las estrategias para menores de 2 años, mencionaron la promoción de vitamina A, zinc, chispitas e higiene, y ante todo la consejería, pero sin ningún comentario sobre la alimentación equilibrada. Preguntando sobre la muy escasa información a nivel comunitario acerca de la alimentación equilibrada, nos mencionaron en primer lugar que no se resuelve con comida, y que se tiene que enfrentar la desnutrición desde la edad fértil. Uno explicó, **“viene del embarazo – ¿sí ni podemos llegar a las madres, como vamos a llegar a todos los adolescentes?”**. En otra ocasión, mostrando nuestra preocupación por la falta de atención a la desnutrición crónica en el monitoreo, comparado con el bajo peso, una nutricionista respondió, **“sí, pero recordamos que la desnutrición crónica no mata”** (Nutricionista de Chiquimula). En cierto modo, los

empleados de salud no problematizan la talla baja debido al hecho que las familias ya no pueden hacer nada, aun si se observan muchos casos en las comunidades. Aun teniendo en cuenta que se tiene que felicitar a los empleados de salud por mostrar comprensión sobre las limitaciones de las familias debido a la pobreza como dice una enfermera, “no les decimos a comer lo que no tienen” - sigue invisible el problema. (Por ejemplo, el conocimiento sobre la importancia de la proteína animal con el fin de evitar la desnutrición crónica es casi nulo a nivel comunitario).

Al pesar de que nuestro estudio no tenía como objetivo profundizar en el sector de salud, se evidencia el poco empoderamiento que sienten los empleados de salud para responder al reto prioritario del gobierno, la desnutrición crónica. No hay una claridad en las familias sobre los factores importantes, porque tampoco hay una respuesta clara desde el sector salud. Por supuesto, se requiere colaboración multi-sectorial, y hasta ahora salud es de lejos el sector más activo a nivel comunitario. El sistema de salud también se frustra con el enfoque de emergencia en vez de soluciones más a largo plazo: “las instituciones han trabajado aquí 15 años, pero todavía existe la desnutrición, porque vienen, entregan frijoles, y se van” (Entrevista Nutricionista).

A destacar: La complejidad de la desnutrición crónica y la priorización de la aguda, dan lugar a una situación en la cual no se comunica de manera efectiva sobre la desnutrición crónica con las madres. Las madres con niños o niñas menores de dos años no están sensibilizadas sobre los riesgos aun si sus hijos e hijas mayores los han vivido. Como hemos visto anteriormente, las familias hacen inversiones para enfrentar los riesgos de la desnutrición (por ejemplo, comprando vitaminas en la farmacia) queriendo evitar la enfermedad, pero no necesariamente cuentan con la información más efectiva sobre dicha problemática.



CONTEXTO SOCIAL

SITUACIÓN DE LAS MUJERES

Uno de los resultados más llamativos del estudio es la alta dependencia de las mujeres sobre los hombres y la ubicación de la mujer casi exclusivamente en el hogar. Muy pocas mujeres tienen acceso a empleo. Una mujer nos explicó:

“

Yo siempre quise trabajar, ganarme mis pistos, yo siempre pensaba en salir de mi casería a trabajar a Jocotán, quería ir a hacer limpieza en las casas, o lavar trastes, cualquier cosa para ganarme dinero, pero no pude, más fue mi temor, tenía miedo de salir, sin conocer a nadie, y mi mamá me decía que no puedo ir, que cualquier cosa podía pasarme. Por eso no salí, me quedé. Pero si trabajé cortando café, aquí en el caserío, con eso me compraba mi ropa (M. c2).

”

Pocas mujeres mostraron interés en salir fuera del pueblo. Aun si habían querido salir, hablaban de su miedo, pero también de cómo fueron desanimadas por sus madres al no ser el rol típico de la mujer en la comunidad.

“

Yo quería trabajar, pero mi madre me decía ‘estás loca, donde piensas ir a trabajar, tú te quedas en casa y obedeces a tu madre,’ eso me dijo cuando yo quise ir a la ciudad a buscar trabajo. Me dijo que las mujeres que van a trabajar y encuentran a un hombre, ellos le golpean a la mujer, porque esta mujer se fue sin consentimiento, y no sabes qué tipo de hombre te va tocar, mientras si te quedas en el pueblo, y encuentras tu esposo, tu esposo te saca de tu casa con el consentimiento de tus padres (J. c1).

”

Una joven me dijo que, aunque la mujer quiera llevar a cabo una actividad económica, como venta de tamales, normalmente el esposo no se lo permite. Otras dijeron que sus esposos no estarían molestos, pero que hay muy pocas oportunidades para la venta.

La mayoría de mujeres casi nunca salen de la comunidad. **“No conozco el pueblo. El trabajo de una es de hacer tortillas” (A. c2).** Algunas mencionan que solo han comenzado a ir al pueblo debido a los programas sociales (que piden a la mujer que acuda a recibir las donaciones). Muchas dicen que solo los esposos compran la comida, y hasta compran la ropa para ellas. Casi ninguna de las mujeres que hemos conocido maneja dinero. La mayoría nos dijeron que tienen que pedir unos quetzales si quieren comprar algo para la cocina, y **“si se van (los maridos) dos semanas, no hay dinero, tenemos que hacer con lo que hay en casa” (D. c1).**

Al nivel de la comunidad, tampoco salen mucho de sus casas, si no es para buscar leña o agua o ir brevemente al molino. La rutina cotidiana tiene múltiples tareas, desde desgranar maíz, hervirlo y molerlo, a preparar tortillas (al menos dos veces al día), buscar agua y lavar la ropa a mano. La rutina depende mucho de qué lejos esté su fuente de agua. A veces es necesario buscar leña (a veces están fuera 4 o 5 horas) y de vez en cuando hay que tostar y moler café, además de hervir agua y prepararlo cada día. Muchas mujeres también preparan comida y la llevan al terreno donde está trabajando su esposo.

A pesar de todas estas tareas, las madres comentan que descansan un poco después del mediodía, pero muy rara vez socializan con personas más allá de su familia. En algunas familias hay bastante solidaridad, y las cuñadas y suegras cocinan en el mismo fuego, mientras en otras casas se ven dos cuartos, uno al lado del otro y cada uno con su fuego y olla. Por lo general dicen que no visitan a amigas, solo a sus madres. Se reúnen con otras en el centro de salud o la iglesia, y algunas para lavar la ropa. En una comunidad hay un grupo de orientación en la iglesia específicamente para adolescentes. A pesar de que no se quejan de esta situación, parecen socialmente aisladas con un flujo de información limitado. Por ejemplo, un niño pequeño murió hace unos meses, y las demás mujeres supieron de su fallecimiento al cabo de más de un mes.

Las mujeres asisten a las asambleas y las hemos observado participando en formar el nuevo COCODE, a pesar de que entre los hombres lo esperado es que ellas voten a los candidatos vinculados a su familia. Las mujeres, así como los hombres, hablaron de la ventaja del nuevo COCODE al no tener que ir ahora las mujeres a las reuniones en el pueblo de al lado, especialmente de noche. Para el COCODE, un hombre sugería apuntar mujeres vocales, porque **“las instituciones vienen y quieren ver a las mujeres, es más fácil si hay una autoridad mujer” (P. c2),** por lo que hicieron apuntarse a tres o cuatro. Las mujeres son las participantes centrales con las instituciones, pero toda la información y coordinación se hace a través del COCODE y varias mujeres han mostrado desconocimiento o desconfianza sobre cómo se selecciona a las familias que reciben ayuda de las instituciones, hablando del ‘listado’ que maneja el COCODE. En algunos casos, se han identificado “madres guías” como una figura de contacto de cara a las instituciones, y ellas han iniciado reuniones de réplica de los talleres, por ejemplo, sobre la preparación de Incaparina, en sus casas. Solo se encontró una mujer reconocida como autoridad – la agente comunitaria de salud – que tiene un rol activo en apoyar las actividades como peso y talla.

Después de describir esta situación general en cuanto al movimiento limitado de las mujeres, es importante notar las diferencias entre la población. Hemos encontrado personas de extrema timidez, que evitaban levantar su vista, y otras que no hablaban en presencia de sus suegras o esposos. Y en contraste, hubo dos o tres señoras que a diferencia de las demás, no solo conversaban libremente, sino que también mostraban estar muy informadas y con otra visión para sus familias. Una de ellas fue la única que sabía sobre la anemia, y acerca de los ingredientes de las chispitas. La otra mujer ya estaba preparando a su hijo de dos años para la primaria, **“yo hablo con mi hijo, lo muestro el colegio, practicamos las letras, él**

ya sabe. Quiero que él estudia, que tenga un trabajo” (J. c1). Me explicaba que ella siempre ha querido ser enfermera, pero sus padres no podían pagar su educación.

Al encontrar a estas señoras que demuestran un nivel de confianza muy distinto a las demás, nos hacemos la pregunta, ¿Cuáles son los factores que les han dado el espacio para expresarse así? Una había vivido un tiempo en la capital, y de este modo había visto otras formas de relacionarse. La otra era la hija de la única lideresa de la comunidad, la agente comunitaria de salud, una señora muy activa a nivel público. Averiguando con la propia agente comunitaria sobre cómo ha desarrollado su capacidad de liderazgo, nos dijo “es por mi esposo, su inteligencia, me da libertad... si el su hubiera molestado, yo tampoco hubiera continuado” (FC c1). Hemos observado también, respecto al otro caso, que el esposo ofreció mucha reflexión sobre la desnutrición y buscaba apoyar a su esposa en las labores domésticas.

La experiencia de la mujer como madre parece depender en muchos casos de su ‘suerte’ en términos del hombre con quien se ha casado, no solo por su libertad de movimiento, sino también en relación con la economía familiar y la desnutrición. Una señora respondió a mi pregunta sobre si sus hijos habían sufrido desnutrición diciendo, “No, gracias a Dios mi esposo siempre ha buscado trabajo. Aquí es buscar, buscar. Igual otros no lo hacen tanto...” ...saber encontrar trabajo: su capacidad como jornalero. Como dijo un hombre: “Es importante buscar trabajo, buscar y buscar. Voy ahora a los melones. Algunos quedan cerca de aquí, solo vendiendo leña, no ganan mucho. No les gusta salir”.

Visitamos una familia muy vulnerable, con varios niños sorprendentemente delgados de cara y cuerpo, los cuales no asisten regularmente a la escuela, ella dijo sobre su esposo, “No le gusta ir al corte de café, solo a cultivar aquí no más” (J. c2). Una mujer, mencionada arriba, que ha sufrido la muerte de varios bebés, dice que su esposo ‘no sabe’ ir a trabajar lejos, porque “con 7 años se encontró muerto a su papa en la finca donde estuvieron los dos, estaba el perdido y de allí nunca quiso ir de nuevo”. Hemos entrevistado también a madres solteras, sobre las cuales el COCODE nos ha comentado su preocupación por su situación de vulnerabilidad, pero no podemos concluir que las madres solteras sufren las peores condiciones de vida, sino que éstas dependen de los recursos de sus padres y si han podido o no regresar a vivir con ellos.

A destacar: Las mujeres tienen muy poca autonomía o acceso a ingresos, y enfrentan riesgos sociales al salir de sus roles considerados “normales”. No se pudo detectar espacios sociales de intercambio. La capacidad de las mujeres a la hora de responder al riesgo de la desnutrición está muy influida por sus relaciones de pareja.



EDUCACIÓN

Es importante mencionar el acceso a la educación como un factor en las decisiones alrededor del uso de chispitas, así como las decisiones sobre nutrición. Por un lado, porque puede aumentar las capacidades de las madres y los padres a recibir y reaccionar a nueva información, pero también porque el acceso a la educación para esta generación de niños y niñas puede jugar un rol en cómo las familias priorizan la nutrición y salud.

En las comunidades visitadas, la gran mayoría de niños y niñas empiezan la escuela, pero pocos logran terminar sexto de primaria. En una comunidad los profesores dijeron que entraron 32 estudiantes en primero, mientras que ahora en sexto hay 6. Aun así, hay que reconocer el incremento muy significativo en el acceso a la educación (hasta sexto de primaria) para la generación actual: en una de las comunidades visitadas la gran mayoría de los adultos son analfabetos. El hecho de que la mayoría de las niñas están asistiendo por lo menos hasta tercer grado representa un gran avance (Equipo ACH).

Respecto a la educación básica (después de terminar sexto de primaria) los estudiantes tienen que ir fuera de la comunidad a estudiar (en una de las comunidades se debe caminar algo poco menos de una hora, mientras que en la otra se puede estudiar por radio o ir en carro al pueblo los fines de semana). En una de las comunidades solo un estudiante asiste a básico (educación secundaria después de terminar los 6 años de primaria), mientras que en la otra 5 (ninguna mujer).

La educación más allá de sexto de primaria representa un lujo. “Como vamos a pagar los estudios si no tenemos alimentación?” me dijo un abuelo. El gasto de inscripción, uniformes, libros y viaje llegar a costar Q400 o más. Si hay dinero para enviar a alguien de la familia, se prioriza el niño. “Yo quería estudiar, pero mis padres no tenían dinero, no he ido a básico. Quería ser una enfermera. Dije a mi madre, ‘Quiero estudiar, tener una carrera, no voy a casarme.’ Dejaron estudiar a mi hermano. Hizo su básico y luego se fue al pueblo y es técnico. Costó bastante alquilar un cuarto” (S. c1). Es complicado para los padres invertir en la educación de las niñas, porque se casan y se van luego a vivir a otra familia, y por este motivo se asume un valor diferente en la familia. Como dijo un padre, “Tengo 4 hijas, pero las amo también, como si fueron varones” (P. c2).

La situación económica de las familias corta los sueños de los niños y niñas. Por un lado, quieren una carrera, pero saben que es inalcanzable.

“

Pues la verdad yo como soy estudiante y curso sexto primaria pues yo tengo el deseo de poder seguir estudiando y poder sacar tercero básico y seguir para sacar mi carrera de enfermero. Y si no cumpliera con mis sueños, porque no se sabe en la vida en qué le toca a uno, y si no pudiera sacar esta decisión, podía trabajar en la agricultura (D. c2).

”

Por otro lado, solo con la educación básica, dicen que no consiguen trabajo. “¿Porque estudiar cuando uno se vuelve agricultor? Todo el tiempo perdido, mejor hubiera ido a trabajar” dijo un joven. Hay una sensación de resignación sobre el tema: “Hay menos terreno ahora, pero no podemos acceder a la educación. Solo con sexto no consiguen otros trabajos” dijo un abuelo (S. c2). Hemos encontrado en cada comunidad solo una persona que logró completar educación postsecundaria. Un joven ha logrado ser enfermero. Su madre explicó “era porque mi esposo se preocupó que no tenemos mucho terreno para dejarle, que era mejor que el busca otra profesión” (M. c2). La familia dice que “sacrificaron mucho”. Un vecino nos comentó que tuvieron que hipotecar un terreno para financiar los estudios. Lo interesante es ver si estos ejemplos influyen en las demás familias. La cuñada del enfermero dijo que quiere lo mismo para sus hijos, “Que saquen sus estudios, que no tengan que trabajar la tierra, para que no tengan que sufrir como su padre” (L. c2).

En la educación primaria, muchas veces son las niñas las que no terminan sexto. (Muchas veces los niños pierden parte del año porque acompañan a sus padres al corte de café, pero es algo temporal). Niñas y niños que no quieren seguir en la escuela no reciben mucha presión por parte de sus familias, especialmente las niñas, porque representan una ayuda importante en la casa.

“

Mi hija ha dejado de estudiar. Se ha quedado en tercer grado, ella decidió no ir más, y yo ya no le inscribí en la escuela. Ella se quedó porque es la única hija hembra que tengo, nadie me ayudaba cuando ella iba a la escuela, yo sola iba a traer la leña, poner el fuego, mucho me dificultaba, y cuando tenía que salir a reuniones no había quien se quede en la casa a cuidar a los pequeños, ahora ya puedo salir, dejo a mis pequeños con ella (J. c2).

”

Hemos encontrado niños y niñas que nunca han ido a la escuela, en un caso tres hermanas insistieron que prefieren estar juntas en la cocina haciendo tortillas. Como el acceso a la educación es algo nuevo, algunas familias lo ven como una opción, no una necesidad.

La edad de las niñas y su desarrollo físico, comparado con el de los niños, presentaba un obstáculo para ellas a la hora de salir de casa para ir a la escuela. “Mi hija terminó en cuarto, le daba vergüenza caminar allá arriba, ya es mayor. Mi hijo tenía que repetir, pero ella no, ella estudiaba bien. Su amiga también dejó porque no quiere seguir sola, ya que mi hija no va” (D. c1). Los mismos profesores reconocen que las niñas ya no vienen cuando “su cuerpo comienza a cambiar”. En una de las comunidades los mismos profesores estaban de acuerdo que era peligroso para las niñas: “Los patojos ya más grandes vienen a la escuela para molestar, vienen a ver las patojas. Rogamos para que ellas vayan a básico, pero ellas tienen miedo en el camino” (P. c1).

La tensión sobre violencia, sexual o no sexual, parece influir en las decisiones sobre la educación de las niñas. Una niña de 10 años se quejaba de que los niños la molestan en la escuela (no pudimos entender si era con fines sexuales o ‘bullying’) y la madre estaba indignada, diciendo, “¡No he tenido esta niña para que sea juguete de un niño!” pensando en retirarla de la escuela. En una de las comunidades, la mayoría de personas identificaban la violencia como un motivo por no mandar a las niñas a la educación básica en el otro pueblo, comentando que hubo un caso de violación en el camino. “Es peligroso ir a básico” (D. c1).

Aun si solo son amenazas, los encuentros con jóvenes o hombres intimidan a las mujeres adolescentes. Una señora nos explicó,

“

En el camino si una patoja se encuentra con un patojo, ellos no dejan pasar, te amenazan. Te dicen que te van a matar, y te quieren agarrar. Fastidian mucho los hombres a las patojas mujeres, por eso es mejor pasar por la mañana, por la tarde ya es peligroso caminar para una patoja (L. c1).

”

UNICEF (2015) también destaca el problema de la violencia en el país y su impacto en las vidas de los niños y niñas.

La diferencia en acceso a la educación entre niñas y niños esta interrelacionada con sus roles sociales, y contribuye a la invisibilidad de las mujeres. Aunque las niñas estén en la escuela, es sorprendente como “la vergüenza” comienza a silenciarlas alrededor de los 10 o 11 años. Las más pequeñas hablan libremente, mientras en a partir de cuarto aproximadamente, aun si no están presentes los niños, responden con susurros y “risitas”, mientras los varones no paran de hablar e interrumpirse unos a otros. Como mencionábamos arriba, algunas adultas siguen con un nivel de timidez severa. Lo comentábamos a una madre (la que había vivido un tiempo en la ciudad) y ella respondió, “**si, dije a mi hija, ‘tu contesta, cuando te hablan. No comienzas como las otras, escondiendo sus caras, susurrando tras sus manos’**” (G. c2). Si desde esta edad se quedan aisladas en la casa, no parecen tener muchas oportunidades de aprender a expresarse en público.

A destacar: El acceso a la educación básica es un problema grave para la población, especialmente para las mujeres. A pesar de que no parece directamente relacionado con las practicas nutricionales, es importante tomar en cuenta la situación de la educación, ya que por un lado son los padres y las madres de la próxima generación, y, por otro lado, el acceso a la educación y un trabajo mejor es un factor clave en cómo las familias imaginan el futuro de su hijo o hija, e influye en las decisiones sobre su crianza.

VISIÓN DE FUTUROS DE LAS FAMILIAS

Es más común en las comunidades visitadas querer tener una familia numerosa. Una abuela dice que “**da alegría**”, y una madre explica que “**es para estar unido, con muchos hijos, para acompañarme**” (J. c2). Para la mayoría, es un tema económico. Una madre de poco más de 30 años, con 7 hijos, embarazada, dijo cuando preguntábamos si pensaba tener más hijos ‘Dios sabe. Queremos hijos para trabajar. Salen a ganar (B. c2). Aun si en Guatemala en general la fertilidad ha bajado de 5.7 en 1985 a 3.7 en 2015 (UNICEF 2015) en las comunidades visitadas es más común llegar a tener una familia numerosa. Unas pocas madres tienen 9 o 10 hijos y muchas ya tienen 8, y una de ellas con solo 32 años. Dos de ellas han comenzado su familia con tan solo 15 años.

A pesar de que quisieran un futuro diferente para sus hijos, casi todas las familias lo imaginan similar al suyo. Como dijo un padre, “aquí van a estar... van a ser como yo, buscaran su terreno para sembrar” (P. c1). Es sorprendente ver, a pesar del carácter migratorio del trabajo, que poca inserción y relación hay con el resto de la región y el país. Viendo este futuro, los niños empiezan a aprender a ser agricultores. “Mi padre ya lo lleva el sábado al campo” dice una madre. Trabajo y salud son las dos prioridades, “Yo quisiera que mis hijos consigan trabajo, que tengan dinero, sobre todo que no tengan enfermedad, que sean niños sanos sin problemas de salud y dinero” (B. c1).

Poco a poco se comienza a poner en cuestión la lógica de la familia numerosa. Una familia numerosa representa una estrategia de sobrevivencia, para que muchos hijos luego aporten ingresos. Pero ahora, como se ha mencionado anteriormente, algunas familias espacian o planifican sus embarazos, para asegurarles la alimentación⁹. Una señora explicó que “como somos poquitos en la familia” el dinero que trae su esposo alcanza para toda la familia, y ella puede darles mejor alimentación a sus hijos (J. c1). Otro padre de familia, el hermano del enfermo mencionado antes reflexionó, “Yo quisiera que mis hijos más que yo, que ellos lleguen a ser profesionales. Por eso yo voy a luchar. Además, estamos pensando en hacer planificación - creo que con dos estamos bien, hasta tres. Luego es muy difícil educarles y cuesta buscar la comida” (D. c2). Otro padre admitió, “Veo que cada persona eventualmente tendrá menos terreno, y pienso en la educación. Hay que hacer esfuerzo con la educación” (E. c2).

En las áreas rurales de los Andes de Perú, hemos notado que las madres han comenzado a vincular los resultados escolares con la nutrición (Gillespie 2016). Este mensaje está empezando a circular en las comunidades visitadas. Anteriormente hemos mencionado que algunas madres vinculan las chispitas con el desarrollo de la capacidad intelectual. Otras han notado un retraso físico en su hijo y lo vinculan a un episodio de desnutrición aguda. Una madre observó, “Mi hijo ha estado tres años en primer grado, no pasa. Mi esposo dice que ya salga... yo pienso que la mente le falla, le falla la mente tal vez por falta de alimento” (S. c2).

A destacar: En las comunidades visitadas, parece que la familia numerosa ya no es una garantía de éxito, o puede hasta representar, en ciertos casos, vulnerabilidad (escasez de alimentación, falta de terreno). Anteriormente una familia numerosa era también necesaria para enfrentar los riesgos de mortalidad infantil mientras que ahora algunas familias planifican para evitar este mismo riesgo de muerte infantil. Hay cambios en la visión de la familia, en reacción a las nuevas condiciones y el acceso al sistema de salud. Sin embargo, el desafío que supone la pobreza, escasa acceso a la educación secundaria, e incertidumbre a la hora de poder encontrar después trabajo, deja las familias con poco espacio para desarrollar nuevos objetivos de vida.

⁹ No queremos decir que históricamente no se hayan usado técnicas de espaciar los embarazos (no tenemos información sobre el tema), tan solo que ahora se está enfatizando este tema en relación a la alimentación, la desnutrición, y la oferta de planificación familiar a través del sector de salud. Parece representar una decisión clave para algunas familias.

APOYO INSTITUCIONAL A FAMILIAS CON MENORES

Hay un ambiente de agradecimiento debido a la presencia de instituciones y por los trámites logrados por las autoridades comunales para poder recibir el apoyo alimenticio. No vimos ninguna evidencia de las percepciones que hemos oído en el área urbana sobre que las familias rurales están mal acostumbradas, solo quieren 'recibir', no quieren 'superar', o como dijo una experta, **"Las ONGS han creado asistencialismo, las personas solo piden cosas, ya no quieren trabajar, quieren regalos"** (Entrevista ONU). En contraste, se ha visto un nivel de colaboración a nivel comunitario que raramente existe en otros contextos. También es cierto que aun si los que han recibido el apoyo de organizaciones como Caritas, ACH, Visión Mundial y PMA lo han aprovechado, a veces también ha podido generar tensiones al nivel comunitario.

Una madre se mostró feliz por ser apoyada, **"Visión Mundial son los que me están ayudando, ellos han patrocinado [apadrinado] a mi niño, tengo que ir mes a mes, cuando llego me dan mi ticket, luego me dan los alimentos. El niño ya come, antes no comía, tenía dolor de barriga, asientos todos los días, pura agua orinaba"** (F. c2). Su vecina, sin embargo se quejaba, **"Aquí hay algunas madres con hijos desnutridos que están recibiendo apoyo de Visión Mundial, ellas van a Jocotán y reciben apoyo. Yo tenía un hijo mayor que me habían dicho que tenía desnutrición y con él nadie me ha apoyado, yo no recibí esos años ningún tipo de apoyo"** (M. c2). Varias veces hemos oído estos comentarios de cierta tensión en relación al sacrificio que las madres han vivido con los gastos y estrés de tener un hijo o hija internado con desnutrición, como vimos anteriormente.

El tema de apadrinamiento de menores en casos de desnutrición aguda puede tener una lógica para sacar adelante los casos de riesgo, pero no manda un mensaje útil de cara a la reducción de la desnutrición en la comunidad. Esperar casos de riesgo y luego enviar dinero solo a esta familia no ayuda a empoderarla para prevenir la desnutrición, y no reconoce que la familia puede tener una situación económica muy similar a la de los demás vecinos.

Varias otras instituciones manejan un sistema de listados de familias con menores o embarazadas, a través de los COCODES, para dar seguimiento a un sistema de apoyo general, especialmente dirigido a la época de escasez. Pero como no hay donaciones para cubrir a todas las familias con menores, a veces da lugar a tensiones. Circulan críticas que los COCODES favorecen a sus familiares. Algunas madres no quieren que se les vea mal si reciben apoyo dos años seguidos. Varias mujeres mencionaron que no querían ir a las reuniones, **"A veces no hay alimentos. Mi esposo solo gana Q20 al día cortando leña. Pero ya no me apunto a los listados, me da pena, de ACH, de PMA, no me apunté. Algunos dicen, 'están apuntando los que ya recibieron'."** (M. c1). En un caso, intentos de recibir ayuda de una institución dio lugar a un conflicto familiar: Una madre soltera con dos hijos, abandonado por su esposo durante varios años, viviendo con sus padres, se trasladó a su vivienda anterior. Ella dijo, **"Llego mi exesposo y me hizo venir a vivir aquí. Él no va a regresar, pero me dijo 'puedes vivir aquí, a ver si viene tu programa, yo también te traigo un libro de maíz'"** (M. c2). Su madre se enojaba mucho, gritándoles a ambos **"solo la saca de mi casa para cobrar los programas, aquí yo la he cuidado siempre"** (J. c2).

Hay confusiones en el manejo de la información, no solo sobre la inclusión en programas de apoyo, sino también en torno a las condiciones. **"A veces vamos al peso y talla por obligación. Nos han dicho que cualquier apoyo va llegar a los que están asistiendo a salud y educación, si es que no están pendientes con llevar a los hijos, no les va a llegar ningún apoyo"** (P. c1). Esto genera frustraciones cuando llega apoyo solo para familias específicas y no para todos los participantes. Algunas de las condiciones de poner las instituciones pueden ser complicadas de cumplir por las familias. Por ejemplo, el énfasis en

realizar trabajos agrícolas para una población con mayormente terreno alquilado no es sencillo, así como la insistencia en que la madre, así como el padre, asistan a capacitaciones en el pueblo (un viaje de al menos una hora) puede ser contradictorio para la salud de sus hijos.

Esta forma de seleccionar familias por listado, en vez de a través de un sistema más comunitario, puede dar lugar a la fragmentación de la organización comunal. Algunas se sienten excluidas, siendo especialmente invisibles a las instituciones las familias que no tienen menores. “los de PMA entraron aquí y dieron la vuelta antes de comenzar a conversar, cuando dijimos que no tenemos niños pequeños” (S. c2). A veces la comunidad misma tiene otras estrategias para responder a la crisis, “Nosotros ya vistamos a Modesta que es la más pobre, de parte de todos los miembros de la iglesia le hemos llevado comida” (Pastor de iglesia c2). No necesariamente la comunidad hará una selección más equitativa, sin embargo, un enfoque diferente menos individualizado podría tener un impacto más sostenible, como por ejemplo el de la Asociación Santiago, afiliada a Clínica Betania, donde su modelo ‘Marimba’, con bancos de semillas para que las familias no tengan que pagar el transporte, permite comprar alimentos a un costo más bajo (Entrevista Betania). Lo importante es que las familias puedan contar con alguna opción de sobrellevar la época de escasez de una manera planificada y regular, que sea a través de sistemas comunitarios o más individuales, pero sin incertidumbre y exclusión.



CONCLUSIONES

- Fallo en el enfoque multi-sector: desnutrición crónica no es simplemente un problema de salud
- Condiciones materiales impiden el aprovechamiento del trabajo del sistema de salud
- Medicalización de la escasez de comida
- Rol consolidado del sector salud a pesar de los recursos limitados
- Invisibilidad de la desnutrición crónica
- La salud, una alta prioridad para las familias
- Situación aislada de las mujeres

FALLO EN EL ENFOQUE MULTI-SECTOR: DESNUTRICIÓN CRÓNICA NO ES SIMPLEMENTE UN PROBLEMA DE SALUD

La desnutrición crónica no es simplemente un problema médico, aunque se detecte a través del monitoreo de salud. La existencia de la desnutrición crónica se percibe dando seguimiento al crecimiento del cuerpo de los niños; es la evidencia plasmada en el cuerpo de las condiciones de vida insatisfactorias. En Guatemala, el desarrollo de la estrategia nacional, la creación de SESAN y la Comisión Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica demuestran que la desnutrición está reconocida como un problema multi-causal, y múltiples expertos y actores involucrados saben que está vinculada a la pobreza e inequidad (Entrevistas ASIES, Salud Regional). Investigaciones en el área rural han demostrado que la comida disponible no llega a cubrir las necesidades nutricionales y que la desnutrición no se puede disminuir solo con mensajes (ya que no hay alimentos suficientes) (Entrevista PMA).

Sin embargo, en las comunidades visitadas se está enfrentando la desnutrición exclusivamente a través del sector de salud y no se ve la presencia de otros sectores del gobierno. Hace falta acciones concretas a nivel local. **“Nos piden bajar 10% la desnutrición crónica, pero sin los recursos, como lo vamos a hacer? Necesitamos un nivel central más operativo”** (Entrevista SESAN). Varios expertos coinciden que lo más difícil es el cambio constante en el gobierno y la falta de continuidad en las políticas (Entrevista FAO, UNICEF). Otras fuentes hablan del doble problema de pocos recursos y la mala orientación o baja implementación de los recursos que hay (Entrevista ASIES, PMA). Por ejemplo, el gobierno cuenta con un plan de hambre estacional, pero el MIDES no había comenzado su programa de apoyo cuando la época de escasez ya está por concluir. UNICEF ha demostrado que hace falta 5 mil millones de quetzales para responder a las necesidades de agua y saneamiento, pero las municipales no están dirigiendo los recursos a este sector (Entrevista ASIES).

Durante numerosas entrevistas se ha puesto énfasis en la importancia de extender programas educacionales para el cambio de comportamiento con el fin de reducir la desnutrición. A pesar de que es válido mejorar los programas educativos y preventivos, no se los puede priorizar por encima de las inversiones para mejorar las condiciones básicas como acceso a agua y empleo. Hay intentos de distanciar la desnutrición de la pobreza, haciendo uso de datos y experiencias, por ejemplo, que muestran una reducción de desnutrición cuando la pobreza sigue igual (Entrevista ASIES). En ocasiones su prioriza una evidencia que refuta la pobreza como raíz del problema: “Tienen comida, y trabajos, aun si no son dueños de las fincas” y se señala los hábitos de las familias como el problema central: **“allá están, sucios y descuidados”** (Entrevista con autoridad). Para las autoridades, es más fácil trabajar en el cambio de comportamiento y evitar hablar de salarios (Entrevista FAO).

Además, a pesar de ser el actor central en términos de presencia a nivel comunitario, salud tampoco disfruta de la inversión necesaria para cumplir con los elementos claves de la estrategia. No hubo ninguna distribución de chispitas durante los últimos meses, y la gran mayoría de madres que vieron el producto solo lo han recibido una vez.

CONDICIONES MATERIALES IMPIDEN EL APROVECHAMIENTO DEL TRABAJO DEL SISTEMA DE SALUD

Añadiendo a la conclusión anterior, la continuidad y acompañamiento en la suplementación, así como en los mensajes de nutrición e higiene, son aspectos importantes, pero necesitan unas garantías de condiciones mínimas para poder ser aprovechados. El gobierno, a través del sector salud, ha invertido en monitoreo, mensajes de higiene y productos suplementarios, pero esta inversión no puede dar resultados significativos dadas las condiciones de vida de la población. Como hemos visto, se abandona en ocasiones el consumo de chispitas por causa de la escasez de comida. Todas las familias saben sobre el lavado de manos antes de cocinar y una gran mayoría lo practican, pero hay familias que viven tan lejos de una fuente de agua que hay días que tienen que dejar de asear sus hijos e hijas. Casi ninguna familia tiene letrina, y hay niños menores de dos años que no se benefician de lo que comen por estar infestados con lombrices. Las madres tienen interés en mejorar su salud y nutrición, pero su capacidad para intervenir es muy limitada dadas sus condiciones de vida. Es importante recordar que cuando las familias no responden a los mensajes del sistema de salud, no hay que simplemente utilizar la explicación de su “cultura” o “ignorancia” y seguir repitiendo el mensaje, sino que es necesario tratar de entenderlo desde su punto de vista. Por ejemplo, hemos observado que muchos menores de edad toman café, lo que no es recomendable. Pero cuando vemos que hay pocas ollas, el agua no es potable y hay que hervirla, la familia no tiene árboles frutales o no hay refrigeración para guardar un refresco de frutas, cuando hervir otra olla requiere buscar más leña por la montaña, entre otros factores posibles, comenzamos a entender que la reflexión sobre las desventajas nutricionales tiene que incluir estos inconvenientes.

Las condiciones materiales influyen en la capacidad de reacción a los mensajes sobre salud. Solo cuando pueden cubrir sus necesidades básicas, las familias pueden comenzar a imaginar otras posibilidades, y dirigir más tiempo, energía y recursos a sus hijos e hijas, en vez de centrarse exclusivamente en sobrevivir día a día. Hay algunas familias en situación tan precaria, que se entiende el que a veces la madre ni llegue al centro de salud ni a las reuniones con instituciones, dadas las complicaciones que tiene para organizar la comida y el aseo antes de salir de casa.

La ausencia de soluciones más estructurales indica la normalización de la pobreza y la aceptación de la inviabilidad de la vida en las comunidades. Esto parece traducirse a nivel comunitario como una falta de visión a futuro. Sin terreno, sin trabajo suficiente para poder alimentar a la familia, sin acceso a la educación básica (debido a su costo y violencia relacionada), parece que la participación de las comunidades del área rural como ciudadanos es de muy poca relevancia para el resto del país, y tampoco las familias lo imaginan como algo posible para ellas mismas. Pero para que las familias reaccionen y hagan uso de la nueva información de salud, estos mensajes necesitan estar articulados con sus prioridades y su visión de sus posibilidades para el futuro.

MEDICALIZACIÓN DE LA ESCASEZ DE COMIDA

La suplementación nos hace enfrentar las limitaciones de la medicalización en torno a la escasez de alimentación. No hay rechazo a las chispitas basado en diferencias culturales, aunque es cierto que son difíciles de usar como parte de una dieta basada en tortillas. Pero las mujeres intentan hacer funcionar la suplementación, y responden dentro de las limitaciones de sus circunstancias. Su rechazo es parte de un manejo pragmático de los recursos dentro de una situación de vulnerabilidad – ¡la alimentación en sí siempre va a ser más importante que la suplementación!-

Los ejemplos de las chispitas nos ayudan a reflexionar sobre cómo se comprenden a nivel comunitario estos programas para ‘curar’ la desnutrición con suplementos, pastillas o medicinas. Contribuye a que las familias entiendan una falsa separación entre la falta de alimentos y los problemas nutricionales. Por ejemplo, una madre dijo, “Mi hijo no quiere comer, parece que esta desnutrido. Es importante que ellos estén bien, con eso uno está feliz, si está delgado el hijo uno se aflige, porque no hay dinero para comprar los medicamentos para hacer subir de peso” (H. c2). Hemos escuchado que las familias a veces usan su poco dinero para comprar vitaminas y jarabes, reaccionando a la amenaza de la desnutrición, mientras muy pocas personas mencionaban que la proteína animal es importante en la dieta de los niños y niñas.

Comprendemos que hay muchos factores vinculados a la desnutrición, siendo ésta no solo debida a la falta de diversidad en la dieta. Sin embargo, existe el riesgo de privilegiar los suplementos o vitaminas por encima de la comida como respuesta a una situación de escasez. La respuesta medicalizada (administración de vitaminas y minerales) distrae la atención del problema central (la pobreza) y de alguna manera ayuda a evitar que las autoridades se responsabilicen de los problemas estructurales.

ROL CONSOLIDADO DEL SECTOR SALUD A PESAR DE LOS RECURSOS LIMITADOS

A nivel comunitario el sector de salud tiene autoridad y es respetado como una fuente de información, además, normalmente los empleados tienen una buena relación con la población. La interpretación individual del rol de la autoridad médica varía mucho entre los actores de salud. En ciertas ocasiones usan el miedo y las amenazas, las cuales pueden aislar a las personas. Las madres aprecian una actitud cuidadosa y cercana. Sin embargo, nuestra experiencia ha mostrado que por lo general se da una buena dedicación a su trabajo y comprensión de la situación local por parte de los empleados de salud.

Hemos observado las acciones positivas del sector de salud a nivel comunitario. Las familias están agradecidas por lo que ofrecen los servicios de salud, existe una aceptación positiva de las vacunas, y está creciendo el interés en la planificación familiar. Las familias no muestran rechazo a los productos ofrecidos, solo comentan que a veces no hay medicinas o los médicos no las quieren entregar, o el centro no está abierto. Cuando hay vitaminas, claramente las quieren recibir. Luego, si en la experiencia práctica son difíciles de usar, eso es otro tema. Lo que rechazan es la “culpabilización” de la muerte o la enfermedad de sus hijos o hijas y no aceptan (dado su débil cobertura) que las madres más que los servicios de salud sean responsables de la muerte de los menores (o, en caso de los centros nutricionales, los cuales son responsables de salvar a sus hijos o hijas). Ellas reclaman también el ser protagonistas de haber recuperado a sus hijos o hijas. Lo que produce resistencia es tener que ir a buscar tratamiento fuera de la comunidad, ya que es un tema que provoca tensiones en las relaciones entre salud y la población. Ir al hospital o al pueblo implica gastos, estrés, dejar a los otros niños y niñas, y por otro lado tienen poca confianza en que la enfermedad se consiga superar (en parte porque no pueden pagar los medicamentos necesarios). En los casos de riesgo de desnutrición, a veces se pierde continuidad cuando se hacen referencias al pueblo en vez de dar pasos a nivel comunitario, simplemente porque la familia no va.

La falta de continuidad en el programa de suplementación hizo difícil estudiar en detalle la aceptabilidad de las chispitas. Las madres parecen estar en favor de su uso, pero como se ha mencionado anteriormente tienen muchas dificultades prácticas para su uso adecuado. En palabras de un experto, **“solo comprando las chispitas no garantiza resultados”** (Entrevista INCAP). Necesita distribución y acompañamiento, entre otros pasos. Por otro lado, de nuevo tenemos que destacar que el sector salud requiere el apoyo de otros sectores para asegurar las condiciones de vida básica de la población. Hemos observado lo muy inapropiado y hasta poco ético de enfocar la distribución de suplementos en una población sin suficientes alimentos.

INVISIBILIDAD DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA

La atención a la desnutrición aguda ha dejado invisible el problema de la desnutrición crónica. Hace falta información y sensibilización sobre la desnutrición crónica en la comunidad. No está claro qué es, quién la sufre, cómo evitarla, y qué consecuencias trae. En cierto modo, la información se pierde según el sistema de monitoreo y consejería establecido por el centro de salud (funciona mejor cuando se ofrece el seguimiento en el mismo centro al momento). Este tema no depende únicamente del sector de salud, sino que también tiene que ver con las instituciones privadas activas en la recuperación nutricional de la región¹⁰. La existencia de la emergencia de la desnutrición aguda tiene implicaciones para la definición de la desnutrición en la zona. Las madres han aprendido a responder a la emergencia de la desnutrición aguda si sus hijos no tienen bajo peso, pero si tienen baja talla consideran que no tienen desnutrición. En su monitoreo, los empleados de salud no enfatizan los casos de desnutrición crónica, porque no hay soluciones después de los dos años y por la complejidad de los factores implicados en la desnutrición crónica. Es posible que el sector salud no lo haga al saber que las familias no tienen las condiciones para responder. La comprensión desde el punto de vista médico sobre que la desnutrición crónica tiene una explicación multi-casual, y muy compleja, da lugar a una falta de empoderamiento del sector salud en cómo enfrentarla, y esto combinado con la urgencia de la desnutrición aguda, hace que la desnutrición crónica pierda atención. Pero a pesar de no poder recuperar a los niños ya desnutridos mayores de 2 años, las madres y los padres necesitan acceso a información sobre la desnutrición crónica, para su prevención en sus niños pequeños y los que vengan en el futuro. El sector de salud ya tiene mucha legitimidad, por lo que se habrá que ampliar los mensajes con tacto y sensibilidad, para no causar confusión con el cambio de énfasis.

10 Hace varios años, el informe BID (2012) ya publicó que hay un riesgo de sensacionalización de la desnutrición aguda, y cómo los diferentes actores están buscando por el terreno casos de desnutrición aguda, lo cual distrae la atención sobre el problema principal – la desnutrición crónica.

LA SALUD, UNA ALTA PRIORIDAD PARA LAS FAMILIAS

Las familias expresan un alto valor en evitar problemas serios de salud (y nutrición), por representar gastos, estrés y viajes. Aprecian los servicios de salud en cómo pueden ayudarles a evitar estos problemas, pero no quieren estar a merced de los servicios, ni tener que internar a sus hijos o hijas en un centro de recuperación nutricional. No están seguras de que mandarles fuera es lo que hace “salvar” a sus hijos e hijas (o por lo menos no tienen interés en admitirlo). Quieren un reconocimiento de sus propios esfuerzos en hacer sobrevivir a su familia.

Esto representa una gran oportunidad para trabajar en la prevención con las familias. El “saber más” puede evitar la hospitalización o el internar a los hijos o hijas, logrará el que las familias tengan más el control sobre ellos mismos en vez de estar dependiendo de los médicos. De este modo, cualquier servicio, medicina o consejo de prevención que se pueda hacer a nivel comunitario, en vez de a través del sistema de referencia, tiene un gran potencial. Además, hemos observado que la información de salud se considera dentro de las familias para la toma de decisiones. Las madres comunican los mensajes a sus esposos. La manera en que el sector de salud sirve como una fuente de información y autoridad, y punto de referencia para las familias representa una gran oportunidad para llegar a las familias con temas de prevención. Tanto hombres como mujeres aprecian la información accesible y el consejo (no las amenazas) para sentirse en control y tomar decisiones. El nuevo modelo de salud parece ser una buena oportunidad para fortalecer este tipo de comunicación horizontal.

SITUACIÓN AISLADA DE LAS MUJERES

Las limitaciones de movimiento y expresión de las niñas y mujeres después de la edad de 10 o 11 años, tiene muchas implicaciones para la visión de las familias en torno a sus hijas, y por consecuencia, en las condiciones de vida para las generaciones venideras. Como adolescentes, están protegidas dentro de la casa familiar hasta que un hombre viene a elegirlas. Desde entonces, están casi siempre dentro de su nuevo hogar, donde su posibilidad de movimiento y su capacidad de responder a las necesidades de sus hijos e hijas depende de su esposo. Las mujeres no se presentan como víctimas de esta situación; en contraste, muchas insisten que tienen una buena colaboración con su esposo. Sin embargo, casi todas informan que no tienen nada de autonomía en términos de tomar decisiones o hasta en realizar compras básicas para la cocina. Muy pocas manejan dinero o muestran opiniones sobre cuántos hijos o hijas

quieren tener, o si van a asistir a la escuela. Hay una dependencia casi completa sobre el hombre y su capacidad para generar ingresos, por lo que la vida de las mujeres y el cuidado que puede ofrecer a sus hijos o hijas, está sujeto al perfil de hombre con quien se casa.

No hemos podido identificar espacios de intercambio existentes para que las mujeres puedan compartir ideas más allá de sus familias. No parece que tengan muchas oportunidades para hablar de sugerencias prácticas y ver ejemplos de otras mujeres. Las personas más vulnerables no van a ser los pioneros a la hora de usar nuevos productos, como los multimicronutrientes, pero podrían provechar el oír las opiniones de mujeres con más experiencia. Sin embargo, como ya dijimos, el círculo de influencia está limitado a la familia. Por ejemplo, en la comunidad, los familiares de las personas con más educación son los que hablan más abiertamente sobre la necesidad de educar a sus hijos e hijas. No pudimos apreciar el que las mujeres con calidad de liderazgo puedan intervenir en otros espacios sociales y públicos.

A destacar: En resumen, nos quedamos con la idea central de que la expresión **“Las chispitas dan desnutrición”** no es un malentendido ni un rechazo cultural, sino una explicación práctica de la situación actual de pobreza. Representa el riesgo de la medicalización de la escasez alimenticia, es decir, la medicalización de la pobreza como desnutrición, lo que hace menos visible la responsabilidad del estado relacionada con los aspectos estructurales. Por eso es preocupante el enfoque en cambio de comportamiento. Si no se puede garantizar las condiciones materiales mínimas, es muy difícil de aprovechar de los mensajes nutricionales.

En segundo lugar, ahora en la región se enfrenta el reto de hacer visible la desnutrición crónica después de un enfoque que prioriza la desnutrición aguda. No solo es un reto en las comunidades, sino también en las operaciones de sistema de salud. Para obtener resultados con sus programas preventivos, salud requiere también de acciones de otros sectores. Las autoridades no tienen que preocuparse de programas educacionales y preventivos, tienen que complementar el trabajo de salud, enfocándose en el acceso a agua, educación, seguridad, saneamiento y economía.

En tercer lugar, las relaciones de género y el acceso a la educación dan forma a un contexto donde hay visiones muy limitadas del futuro, especialmente para las mujeres. Hemos hablado de la invisibilidad de la desnutrición crónica, pero también vale la pena hablar de la invisibilidad de las madres: hacia ellas se dirigen la mayoría de los mensajes y las actividades para reducir lo que es una prioridad estatal – la desnutrición – pero parece que a veces ellas solo forman parte de la vida pública cuando ya tienen un bebé con desnutrición u otra emergencia de salud que les hace recibir visitas del estado o instituciones. Trabajar en la participación pública de las mujeres mano a mano con la reducción de la desnutrición crónica puede ser una gran oportunidad, aunque es un tema muy sensible ya que hay que evitar que el enfoque a la hora de educar a las madres para reducir la desnutrición no las culpabilice o aumente su aislamiento, especialmente porque tienen ya una relación con salud muy prometedora.



RECOMENDACIONES

En la primera sección damos sugerencias más detalladas para apoyar el trabajo del sector salud en relación con la desnutrición, mientras que en la segunda sugerimos acciones enfocadas en el programa de ACH, y finalmente en la tercera sección incluimos temas de incidencia para posicionar el debate en relación con la desnutrición. No se puede tener en cuenta la primera sección sobre el trabajo de salud en las comunidades, sin considerar el tercero respecto a la incidencia, ya que la recomendación más importante de este estudio es la necesidad de combinar los esfuerzos del sector salud en aspectos educacionales con mejoras en las condiciones materiales, sin lo cual no se puede sacar provecho del trabajo del sector salud.

OPORTUNIDADES / RECOMENDACIONES PARA APOYAR AL SECTOR DE SALUD

Partiendo de una felicitación al sector salud por los esfuerzos que lleva a cabo, hay muchas oportunidades de apoyarle dado que ya tienen una buena relación y presencia en el área rural.

1 Reorientar la estrategia a nivel regional para priorizar la comunicación sobre la desnutrición crónica (no solo la aguda).

- Poner en contexto el riesgo relativamente bajo de la desnutrición aguda.
- Empoderar el sector salud para que sientan que pueden actuar y tener impacto en el control y disminución de la desnutrición crónica. Compartir información / experiencias donde se ha logrado reducir la desnutrición crónica. Es esencial que todos en el sector salud creen que hay pasos / mensajes claves que pueden generar una diferencia. (Esto debería de estar incluido dentro de una respuesta multi-sectorial donde se hagan visibles las inversiones en agua y saneamiento y creación de empleo).
- Buscar sistemas de monitoreo de peso y talla donde se pueda comunicar a su vez con las madres para que ellas se den cuenta de la situación de su hijo o hija. Observar las experiencias de los puestos de salud que logran combinar el peso y talla con la consejería e información.
- Si no se está haciendo todavía, puede ser útil recoger datos sobre el impacto de la época de escasez sobre el peso y talla.

2 Enfatizar / expandir el intercambio de información y consejería alimenticia a nivel comunitario.

- Consensuar sobre mensajes claves para las familias basados en las prioridades y visiones de estas, con el ánimo de mejorar la comunicación con ellas sobre la desnutrición crónica. Por ejemplo, como entrada, se puede reflexionar con las madres y los padres sobre '¿Por qué nos importa la desnutrición crónica?'
- "Estar sano" es un proyecto de vida de las familias: Vincular la desnutrición crónica con menor riesgo de enfermedades.
- Aun si no lo pueden pagar, las familias sueñan con tener un hijo con educación escolar: Vincular la desnutrición crónica con "tener buena cabeza para los estudios".
- Hacer visible los costos de la desnutrición crónica.

- Trabajar con un enfoque de empoderamiento, asegurando que las familias tienen la máxima información posible, con el fin de que sientan que controlan más el estado de salud de sus hijos, así como las decisiones sobre su cuidado.
- Organizar sesiones de intercambio con las madres donde se compartan sus experiencias (puede ser mejor solo con madres, para que conversen libremente). Ideas:

-
- Tema: alimentos nutritivos. Por ejemplo, algunas dan huevo y frijol a niños y niñas pequeñas, mientras muchas insisten en que solo se puede comer tortilla y frijol. Hablar abiertamente de la importancia de la proteína animal (por entender que son alimentos inaccesibles parece que se ha evitado destacar su importancia). Se pueden introducir reflexiones: si la familia compra dos paquetes de galletas en una semana, esto ya equivale a la compra de un huevo que el bebé hubiera podido comer. Lo mismo sobre las sopas instantáneas, donde no hay información sobre el hecho de que no tienen calidades nutritivas.
 - Tema: uso de chispitas. Desde el sector salud se puede organizar sesiones de prueba con alimentos de la zona, para facilitar conversaciones con las madres. Explicar el uso (solo 1 sobre el día) y preparación (la mejor manera parece ser junto con medio banano o medio huevo), la idea de introducirlo “a escondidas”, y la necesidad de dárselo de comer al menor de inmediato. Tiene que verse con mucha más claridad la importancia de la chispita (primero, porque es importante la nutrición para evitar enfermedades y ser inteligente, segundo, por la importancia que tiene la proteína animal, y tercero, al no haber carne ni leche este producto fue creado para enfrentar casos de escasez de proteína animal).
 - Tema: Evitando / recuperándose de la desnutrición. Intercambiar experiencias exitosas. Algunas madres comienzan a describir la “alimentación responsable” para hacer recuperar sus hijos o hijas. Es importante también celebrar la independencia de los niños y niñas (característica o calidad que se observa en el área rural), pero también hablar de las prácticas diferentes para niños y niñas enfermos o en riesgo de desnutrición, y de cómo fomentar su apetito en el contexto de permisividad sobre los tiempos de comida.
-
- Hacer llegar directamente los mensajes a los hombres de la comunidad desde la autoridad del sector de salud, en vez de a través de las esposas. Mensajes: 1. Importancia de la desnutrición crónica (vinculándolo a mejor salud y educación para los hijos e hijas) 2. buenas prácticas y alimentos necesarios (ya consensuada con las madres) para que éstas tengan el espacio y recursos necesarios (en lo posible) para poder actuar.
 - Reflexionar sobre el éxito de las campañas de vacunación (las vacunas son vistas como importantes y necesarias por la gran mayoría de madres) y los mensajes usados para comprender su aceptabilidad, así como ver las lecciones aprendidas para otros productos como las chispitas.

3

Seguir mejorando el acceso a información sobre la planificación familiar.

- Observar la experiencia de los centros donde se han mostrado los primeros éxitos en vincular planificación familiar con evitar la desnutrición, enfermedad, y muerte de los bebés. Es una gran oportunidad ya que el riesgo de tener bebés de manera continuada es muy visible para las familias, pero es un tema tabú y hay muchas dudas en circulación.
- Reunirse con líderes religiosos para explicar los riesgos, participar en el debate sobre pecados - la planificación versus no alimentar a los niños - para llegar a mensajes consensuados.
- En grupos o de manera individual, hablar también con los hombres sobre la relación entre la planificación familiar y evitar la desnutrición y enfermedad, así como comunicar sobre las opciones disponibles en el centro y en el hospital. Es esencial conversar directamente con los padres de familia no solamente hacerles llegar el mensaje a través de sus esposas.

4

Hacer más visible el vínculo entre agua y saneamiento y enfermedad.

- Incidir en la necesidad de invertir en sistemas de agua y letrinas.
- Intercambiar con las familias en torno al vínculo entre parásitos, lombrices, prácticas de higiene y la prevención de enfermedades, así como sobre la aceptabilidad del uso de letrinas.
- Ayudar a las autoridades comunales a la hora de buscar apoyo para la construcción de letrinas.

5

Mejorar el uso /acercamiento de las familias al puesto de salud

- Aprovechar el nuevo modelo integral de salud que incluye la pertinencia cultural (como dijo una nutricionista, “no podemos obligar a la gente, solo dar consejos”). El nuevo modelo hace énfasis en atención horizontal, humanizar en el trato, y abrir diálogo con líderes locales. Aprovechar este nuevo énfasis para:

-
- Reflexionar sobre estilos de comunicación y cómo enfrentar situaciones de estrés / conflicto de opiniones entre el sector salud y las familias. Evitar amenazas (‘tu bebé va a morir’) y culpabilización de las familias.
 - Organizar sesiones más interactivas, invitando a madres con liderazgo para compartir sus experiencias con el fin de formar espacios de intercambio, no solo de transmisión de información.
 - Comprender los miedos, preocupaciones, deseos y planes ya existentes de las familias. Esto representa una oportunidad para introducir nueva información relevante para ellas. Por ejemplo, la enfermedad y los gastos que éstas pueden implicar, son fuentes de preocupación centrales. Cualquier aprendizaje que les ayude a evitar ir al hospital o al centro de recuperación va a ser de su interés.

- Felicitar / reforzar las actitudes comprensivas en el sector salud sobre el contexto rural. En el sector salud se ha observado comprensión sobre las condiciones materiales, falta de alimentos, uso de tiempo de las mujeres etc., por lo que sería positivo celebrar y replicar estas actitudes, así como luchar contra imágenes de las familias rurales que circulan en otros sectores, representadas como 'sucias', 'conformistas', o sin deseos de 'superarse'.
 - Mejorar la disponibilidad de medicamentos, promover la implementación de la nueva norma de desparasitación (para llegar a niños y niñas de un año), y asegurar la continuidad del consumo de chispitas. Pierde legitimidad el sector salud en los ojos de la familia si no cuenta con los productos necesarios.
-
- Hacer de la salud un espacio también dirigido a los padres – como tomadores de decisión necesitan estar presentes para acceder a la información necesaria-. Se tiene que evitar por un lado reproducir el mensaje que el cuidado de los niños y niñas corresponde solo a la madre, y por otro lado reconocer que en muchas familias las madres no pueden actuar o tomar decisiones sin el permiso del esposo.
 - Actuar en la medida de lo posible principalmente a nivel comunitario en vez de hacer referencias a la ciudad. Una referencia al pueblo (Jocotán) o ciudad (Chiquimula) puede traducirse en una ausencia de tratamiento, porque la familia no va, o va y regresa sin solucionar su problema. Puede ser incluso más factible que a una familia se le recete un tratamiento desde el centro de salud en la comunidad, para posteriormente ir a comprarlo en el pueblo, en vez de tener que ir con el niño o niña al pueblo.

IMPLEMENTACIÓN

Algunos de estos temas ya se han explicado anteriormente en el contexto del sector de salud, sin embargo, es necesario mencionarlos aquí para que ACH puede trabajarlos también en otros espacios y usar el programa para introducir o experimentar con otras estrategias.

SITUACIÓN DE LAS MUJERES

- Identificar los espacios que tienen las mujeres para reunirse, o los eventos que incluyen reuniones sociales, con el fin de observar cómo se podrían aprovechar estos espacios para ofrecer nueva información.
- Explorar como las actividades alrededor de la nutrición pueden fomentar el liderazgo y expresión de las mujeres.
- Organizar intercambios con mujeres líderes de otras zonas para que las mujeres puedan conocer mujeres con voz pública, con el ánimo de estimular sus posibilidades de expresarse y capacidad de liderazgo.

- Considerar como las adolescentes pueden tener también este tipo de espacio para reducir su situación de aislamiento y aumentar su acceso a información.

INVOLUCRAMIENTO DE LOS HOMBRES

- Explorar las fuentes de influencia entre los hombres. ¿Quiénes son sus fuentes de información? A través de líderes u otras fuentes de información, posicionar temas como la desnutrición, la planificación familiar y las relaciones de género, reflexionando con ellos sobre temas como el costo de la desnutrición crónica, el acceso a la educación para las niñas, y/o la participación pública de mujeres.
- Abrir espacios para incluir a la iglesia y los líderes religiosos en el debate sobre la desnutrición y la planificación familiar. Hay que tener en cuenta también los programas religiosos radiofónicos, los cuales también influyen en la población.
- Introducir con hombres y adolescentes el tema de la violencia y el miedo de las adolescentes y mujeres para caminar solas (en algunas comunidades, no en todas). Explorar las consecuencias, los pasos a tomar, cómo se podría mejorar la situación.

TRABAJAR EN DESARROLLO VERSUS EMERGENCIA

- Explorar opciones comunales versus individuales, y cómo fortalecer la organización comunitaria, aprovechándonos de los valores ya existentes de trabajo comunal y solidaridad para responder a la escasez, en vez de asistencia a familias particulares. Investigar opciones más a largo plazo para contribuir a la seguridad alimentaria en comunidades sin terreno. (Por ejemplo, Asociación Santiago).
- Fomentar los temas de participación y comunicación entre las familias y el COCODE. Ahora circulan expectativas y desconocimientos sobre la asistencia y los proyectos que vienen. La toma de decisiones y selección de participantes no siempre es transparente.
- Identificar junto con los empleados de salud, los profesores y y/o líderes comunitarios, los casos de jóvenes que han logrado terminar sus estudios, con el ánimo de que compartan sus experiencias con otras adolescentes.

INCIDENCIA

Un tema central por difundir es que la desnutrición no tiene que ver principalmente con los hábitos de las madres, sino con su pobreza y condiciones de vida. Es esencial hacer visible la realidad cotidiana de la escasez de alimentos y falta de infraestructura, para que se comprendan los retos que enfrentan las familias. Esto ayudaría a contrarrestar el riesgo de poner el énfasis en “cambio de comportamiento” traducido como culpabilización a las familias por la desnutrición. Invertir en cambio de comportamiento permite a las autoridades actuar sin responder a las desigualdades e inversiones necesarias en servicios e infraestructura en el área rural. Reduce la responsabilidad del estado e incrementa las presiones en las

familias. Hay que comunicar continuamente que las familias no están sentadas esperando ayuda, más bien merecen un reconocimiento por lograr criar a sus hijos e hijas en contextos muy vulnerables.

En segundo lugar, es necesario apoyar las inversiones en las condiciones materiales, infraestructura (agua y saneamiento), así como acceso a empleo, para que las familias tengan unas condiciones mínimas de poder responder a los mensajes y programas nutricionales del sector salud. Ya existen canales para mensajes educativos. A corto plazo las autoridades necesitan enfocarse en las responsabilidades de agua y saneamiento y el gobierno necesita asegurar un sistema de bienestar mínimo (transferencia de efectivo, respuesta regular y a tiempo durante la época de escasez). La inversión en salud no es aprovechada y la estrategia sobre en desnutrición no tendrá los mismos resultados sino se presta más atención a las responsabilidades multi-sectoriales.

Mirando más a largo plazo, se tendrá que hacer visible la necesidad de hacer cambios estructurales y no solo respuestas tipo 'emergencia', haciendo hincapié en que el estado no puede esconderse detrás del rescate de casos particulares de desnutrición aguda y que eventualmente tendrá que invertir en cambios estructurales (reducción de la desigualdad, acceso a servicios) si quiere mejorar los indicadores de la desnutrición crónica. Las comunidades rurales existen sin terreno, ni trabajos regulares, ni acceso a educación básica, y se visualiza a estas poblaciones como recipientes de asistencia en lugar de como ciudadanos participantes en el país. Este enfoque frena la reacción de las familias a los mensajes de cambio de comportamiento, porque no se articulan con una visión de un futuro mejor.

Es importante también subrayar las grandes oportunidades que tiene Guatemala, visto desde fuera: la presencia de recursos humanos guatemaltecos preparados, informados, positivos y comprensivos. Desafortunadamente, la falta de operatividad y continuidad del estado malgasta y frena las contribuciones de sus profesionales. Como ONG hay que seguir empoderando a los actores regionales a pesar de esta limitación. Finalmente hay que reconocer la gran oportunidad que representa la identidad, solidaridad, capacidad organizativa y de convocatoria, y sentido de responsabilidad colectiva de las comunidades rurales. La cooperación internacional tiene que actuar para fomentar y celebrar, no debilitar, dicha voluntad que tiene la población de invertir tiempo y energía en mejorar su comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

AAH (2017) Baseline Report. Systems Enhancement for Transformative Health. Guatemala: Action Against Hunger.

AAH (2016) Project Implementation Plan. Systems Enhancement for Transformative Health. Guatemala: Action Against Hunger.

ASIES (2014) Análisis de la situación de Seguridad Alimentaria y Nutricional en Guatemala e implementación pública del Plan SAN. Guatemala: Asociación de Investigación y Estudios Sociales.

Berry, N. (2008) 'Who's Judging the Quality of Care? Indigenous Maya and the Problem of "Not Being Attended"', *Medical Anthropology*, 27:2, 164-189, DOI: 10.1080/01459740802017413

Comisión Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica (2016) Estrategia Nacional para la Prevención de la Desnutrición Crónica 2016-2020. <http://www.sesan.gob.gt/>

Figueroa Cerna, J. (2015). Evaluación de la disponibilidad y acceso a alimentos en los hogares con niños menores a cinco años de edad, afectadas por desnutrición aguda, en el municipio de Jocotán, Chiquimula. Trabajo de graduación, Agronomía. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de Oriente.

Gillespie, B. (2017) 'Negotiating Nutrition: Sprinkles and the state in the Peruvian Andes.' *Women's Studies International Forum* 60C, pp. 120-127 <http://dx.doi.org/10.1016/j.wsif.2016.10.009>

Mariano Juarez L. (2014) Las Hambres en la región Ch'orti' del Oriente de Guatemala. Cultura, Política y Representación en los diálogos de la cooperación y el desarrollo. Pamplona: G9 Editorial, Grupo 9 de Universidades.





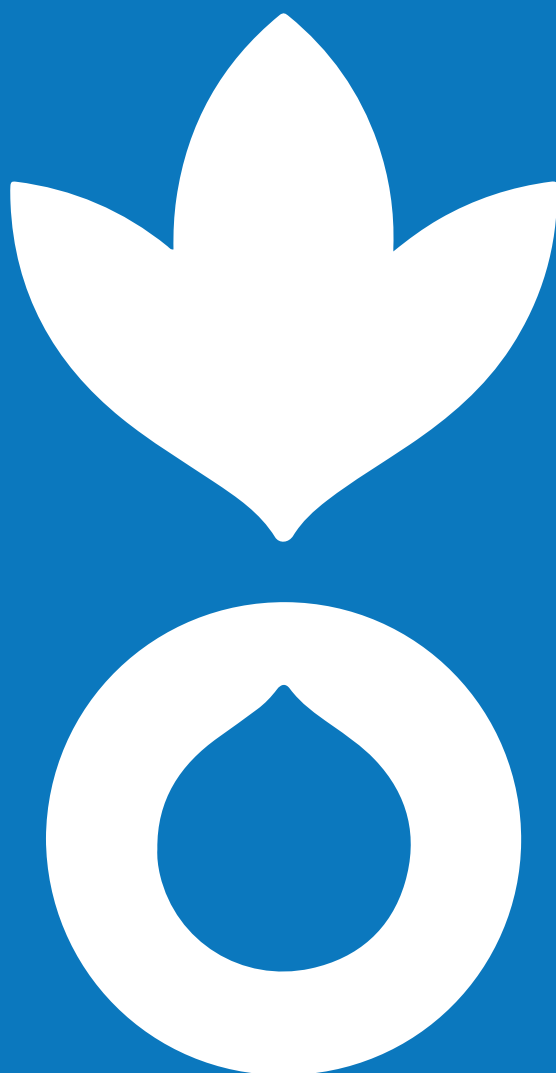
MSPAS (2013) Guía para la suplementación preventiva con vitaminas y minerales espolvoreados (chispitas) BORRADOR. Guatemala: Ministerio de Salud y Asistencia Social.

MSPAS, INE, ICF International (2017) Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015. Informe Final. Guatemala: MSPAS/INE/ICF.

Scheper Hughes, N. (1992). Death without weeping: The violence of everyday life in Brazil. Berkley: University of California Press.

SESAN (2017) Plan de respuesta para la atención del hambre estacional 2017. Guatemala: Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

UNICEF (2015) MORE INVESTMENT: We've advanced, but children and adolescents need more social investment. Guatemala: UNICEF.



Acción contra
el Hambre Guatemala



achguatemala



achguate