



Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia
República de Guatemala

Guatemala. Segeplan

Tercer informe de avances en el cumplimiento de los Objetivos de desarrollo del milenio. Objetivo 2: Detener la propagación del VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades
Guatemala: Serviprensa, 2010.

68 p. ; (Tercer informe de avances en el cumplimiento de los Objetivos de desarrollo del milenio; 6)

ISBN

1. Indicadores sociales- Guatemala. 2. Indicadores de desarrollo –Guatemala.
3. Datos estadísticos. 4. Derechos humanos I. Título

Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia

9 calle 10-44 zona 1, Guatemala, Centro América

PBX: 2232 6212

www.segeplan.gob.gt

ISBN

Edición: Isabel Aguilar Umaña

Diseño de portada e interiores: Paulo Villatoro

Diagramación: Joanne Carolina López Villanueva

Mapas: Francisco Rodas Maltez

Coordinación proceso editorial: Jovita Bolaños Solares

Impreso en Serviprensa

Se permite la reproducción de este documento, total o parcial, siempre que no se alteren los contenidos ni los créditos de autoría y edición.



Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia
República de Guatemala

TERCER INFORME DE AVANCES EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO



Objetivo 6

Detener la propagación del VIH/sida,
el paludismo y otras enfermedades

Guatemala, noviembre de 2010

Equipo conductor:

Karin Slowing Umaña
Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia

Ana Leticia Aguilar
Subsecretaria de Políticas Públicas

Ekaterina Parrilla
Directora Ejecutiva

Dora Coc
Directora de equidad étnica y de género

Victoria Chanquín
Directora de estudios del desarrollo

Equipo primera fase:

Alma Gladys Cordero (nota conceptual)
Ana Silvia Monzón (coordinadora primera fase y asesora en equidad de género)
Edmundo Vásquez (asesor en metodología)

Especialistas temáticos a cargo del capítulo:

Mario Gudiel/Luis Enrique Castellanos López



Índice general

Mensaje del Presidente	7
Reconocimientos	9
Presentación	11
1. Tendencia y situación actual del cumplimiento de la meta	15
1.1 Haber detenido y comenzado a reducir, para 2015, la propagación del VIH/sida (meta 6A)	15
1.2 Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/sida de todas las personas que lo necesiten	23
1.3 Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia de la malaria y tuberculosis	26
2. Análisis territorial del cumplimiento de la meta	33
3. El cumplimiento de las metas desde el enfoque de la equidad de género	37
4. El cumplimiento de las metas desde el enfoque de la equidad étnica	39
5. Análisis prospectivo de tendencia.....	40
6. Políticas públicas vinculadas con el cumplimiento del ODM	43
Referencias bibliográficas	45
Siglas y acrónimos.....	47
Índice de gráficas	49
Índice de cuadros	49
Índice de mapas.....	49
Anexo metodológico.....	51
Anexo estadístico	55



Intervención del Presidente de Guatemala, Álvaro Colom Caballeros, ante la Reunión Plenaria de Alto Nivel Sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio

(Nueva York, 20 de septiembre de 2010)

Señores co-presidentes, Distinguidos delegados:

Para nosotros, la *Declaración del Milenio*, en el año 2000, y su posterior codificación en los *Objetivos de desarrollo del milenio*, fue uno de los grandes logros históricos de las Naciones Unidas. Constituye una clarinada para cumplir con una de las finalidades de la *Carta*, como lo es «promover el progreso económico y social de todos los pueblos» y, a la vez, ofrece una hoja de ruta para alcanzarlas.

Por ello, al dirigirme a esta augusta Asamblea, no puedo dejar de reconocer que Guatemala avanza, pero que su ritmo de avance es todavía insuficiente y, en algunas categorías, insatisfactorio para lograr estos estándares mínimos de desarrollo. Ciertamente, tenemos que congratularnos de que 29 de los 49 indicadores muestran una tendencia positiva hacia el cumplimiento. Pero hay otros 15 indicadores en los que hemos avanzado poco, y tenemos otros 5 donde más bien se advierte una involución. La información detallada aparece en el documento que hemos circulado en esta ocasión.

Tres de los indicadores que marcan retrocesos tienen que ver con la sostenibilidad ambiental, justamente cuando el cambio climático exige más y no menos esfuerzos preventivos. La frecuencia e intensidad de desastres climáticos que hemos enfrentado son manifestaciones de esta combinación perversa de tendencias de origen interno y externo. Enfrentar esa vulnerabilidad se suma al desafío de proteger nuestra mega diversidad biológica, uno de nuestros grandes activos. Por ahora, sus efectos más dramáticos los estamos viviendo con el alza de los casos de desnutrición aguda en la niñez y el estancamiento en el indicador de desnutrición crónica.

De otra parte, la distribución territorial del cumplimiento de los Objetivos ha sido muy dispar en nuestro país. Hay municipios que cumplieron con creces varias de las metas e indicadores, mientras otros están seriamente rezagados. En el Informe también se establece con contundencia que es en la población indígena, en particular las mujeres y la niñez, donde hay que invertir fuertemente durante los próximos cinco años.

Las políticas de mi Gobierno van orientadas a consolidar los logros y redoblar esfuerzos para avanzar con mayor celeridad en el cumplimiento de aquellos indicadores que revelan rezagos e involución. Al mismo tiempo, estamos mejorando nuestra capacidad de medir resultados. Por ejemplo, en 2011 se estará realizando una nueva Encuesta nacional de condiciones de vida. Igualmente, se está reforzando el sistema de monitoreo y vigilancia comunitaria de los casos de desnutrición a efecto de mejorar la capacidad de detección e intervención temprana.

Mi Gobierno ha enfocado sus programas prioritarios a intervenir en variables directamente vinculadas con el cumplimiento de los ODM. Resalto, en particular, el Programa de Transferencias Monetarias Condicionadas «Mi Familia Progresas», la política de gratuidad de los servicios públicos de educación y salud y el Programa de Becas Solidarias.

Gracias a estos programas, el país está dando el salto más fuerte de los últimos 15 años en matriculación de niños y niñas en el ciclo de educación primaria, así como ampliación de acceso a la educación media. También se ha logrado ampliar la cobertura de atención prenatal y servicios de maternidad para las mujeres y de control de crecimiento y atención de enfermedades en la niñez, en particular en el área rural del país.

Con el mismo empeño, nos hemos volcado a trabajar para reducir la tasa de desnutrición crónica y enfrentar la crisis de desnutrición aguda, partiendo de un enfoque integral de seguridad alimentaria y nutricional, que vincule la atención a las emergencias nutricionales con aquellas intervenciones orientadas a mejorar el acceso, disponibilidad y aprovechamiento de los alimentos para la población. En este esfuerzo, hemos encontrado el apoyo incondicional de la comunidad internacional y esperamos continuar recibiendo para acelerar el cumplimiento de este vital objetivo de desarrollo.

Asumimos el compromiso de sentar las bases para llegar a buen puerto en los cinco años que quedan para cumplir los ODM. Entendemos, asimismo, que es apremiante abordar las restricciones tributarias que históricamente enfrenta el sector público guatemalteco, así como profesionalizar nuestro servicio civil. En síntesis, asumiremos la responsabilidad que nos corresponde para impulsar nuestro propio desarrollo, y confiamos, en el espíritu del ODM 8, continuar contando con el respaldo de la comunidad internacional.

Por último, nuestros esfuerzos para abordar el desarrollo deben conjugarse con atender la emergencia que enfrentamos hoy. En ese sentido, en el mes de octubre compartiremos con la comunidad internacional de donantes los retos que enfrentamos para cumplir con los ODM y, a la vez, reconstruir el país. Es así como reitero la mejor disposición del Gobierno de Guatemala para seguir trabajando, de la mano con la comunidad de naciones, en el logro de esta importante empresa.

Muchas gracias



Reconocimientos

La elaboración del presente fascículo del *Tercer informe de avances en el cumplimiento de los Objetivos de desarrollo del milenio* contó con valiosas contribuciones de entidades de gobierno, organismos internacionales, organizaciones sociales, academia y del equipo técnico interno.

En tal sentido, la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (Segeplan) expresa su reconocimiento a quienes contribuyeron de diversas maneras con este esfuerzo, a través de la discusión, reflexión crítica y la validación de la información en las diferentes etapas del proceso. Éste comprendió la realización de un diagnóstico situacional sobre cada uno de los ODM, así como la generación de un espacio de discusión sobre los desafíos que como Estado y sociedad corresponde asumir para el alcance de las metas hacia 2015.

A continuación se listan los nombres de las instituciones y personas que participaron:

Entidades del Gobierno

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)

Agradecimiento especial al Doctor Ludwig Ovalle Cabrera, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, por su valioso aporte en la facilitación de la información preliminar y la base de datos de la *Ensmi 2008-2009*, que sirvió de insumo para el reporte de este ODM.

Edgar Hidalgo (*Director Ensmi 2008-2009*); Judith García, (Centro Nacional de Epidemiología); Coralia Herrera, (Unidad de Planificación Estratégica); Claudia Samayoa, (coordinadora del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida); Mónica González, (coordinadora de la Unidad de Monitoreo y Evaluación, Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida); Miguel To, (coordinador de la Unidad de Atención Integral); Lilian Barillas, (Departamento de Desarrollo de los Servicios de Salud, Dirección General del Sistema Integral de Atención); Mario Sánchez, (coordinador del Programa Nacional de Enfermedades Transmitidas por Vectores); Ilse Góngora, (coordinadora del Sub Programa de Malaria); Pablo Pacheco, (coordinador del Programa Nacional de Tuberculosis); Iris Isabel López, (coordinadora Conasida).

Instituto Nacional de Estadística

Angélica Ramírez, (coordinadora de la Unidad Estratégica de Salud).

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

José Fernando Ortiz, (epidemiólogo).

Organizaciones Sociales

Red Guatemalteca de Mujeres Positivas

María Dolores Yoc, (coordinadora de Fortalecimiento Institucional); Bertha Chete, (presidenta de Junta Directiva).

Fundación Tigo

Especial agradecimiento a la Fundación Tigo por su aporte en el diseño de los logos nacionales de ODM.

Cooperación Internacional

UNFPA

Silvia Negreros, (Proyecto Dinámica de la Población y Políticas Públicas); Alejandro Silva, (oficial de proyectos).

OPS

Karelia Ramos, (consultora para VIH y sida NAP); Jaime Juárez, (consultor para las enfermedades de transmisión por vectores NAP); Daniel Frade, (consultor en salud reproductiva NAP).

USAID

Fernando Cano, Representante de País, USAID-Pasca; Giovanni Meléndez, oficial de proyectos.

Onusida

Patricia Rivera, asesora de M&E; Pablo Moreira, coordinador del Proyecto de Prevención del VIH en Poblaciones Vulnerables, Onusida/Embajada del Reino de los Países Bajos; Pilar Marín, oficial del Proyecto de Prevención del VIH en Poblaciones Vulnerables, Onusida/Embajada del Reino de los Países Bajos; Beatriz Hernández, analista de políticas; Rubén Antonio Pagés, oficial de proyectos.

CDC-CAP

César Galindo Arandi y Roberto Flores, (Unidad de VIH y Tuberculosis).

Visión Mundial Guatemala

Amelia Flores, (directora de Programas); Carlos Flores, (gerente de M&E de los proyectos); Daniel Muralles, (coordinador técnico de Atención Integral, Proyecto VIH, VMG).

Fundación Sida y Societat

Víctor Hugo Fernández, (coordinador de país).

Equipo técnico de Segeplan

Ana Palma, Estuardo Rodríguez, Boris Cabrera

Lector

Carlos Mejía



Presentación

La Asamblea General de las Naciones Unidas, de la cual el Estado de Guatemala es miembro, se comprometió en el año 2000 con una agenda de desarrollo que fija objetivos a ser alcanzados en el año 2015. Ésta tomó el nombre de *Declaración del Milenio* y los ocho objetivos allí consignados son conocidos como *Objetivos de desarrollo del milenio* (ODM).

Los ODM se concentran en retos de desarrollo que aún persisten para la mayoría de países del mundo: reducir la pobreza extrema, el hambre, la falta de empleo, de educación y acceso a servicios esenciales de salud; abatir las desigualdades entre los géneros, así como la mortalidad materna e infantil y de la niñez; detener la propagación del VIH, la malaria y la tuberculosis, al igual que reducir la letalidad de estas enfermedades. Los ODM también abordan los principales retos ambientales para garantizar el desarrollo presente y futuro en el planeta. Finalmente, declaran que existe una responsabilidad compartida en el logro de estos objetivos y, por ello, los países desarrollados también deben contribuir a un mayor nivel de bienestar global.

Para el caso de Guatemala, un primer Informe de avances fue elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en el año 2002. Éste presentó un análisis general y cuantitativo por meta sobre los avances logrados por el país hasta 2000, tomándose el año 1990 como base para todas las mediciones a ser consideradas en el monitoreo de los ODM. El segundo Informe (2006) fue elaborado por la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (Segeplan), con el apoyo de un equipo de consultores externos. Además de reportar sobre el avance de los indicadores, en el mismo se abordaron temas transversales como la diversidad étnico-cultural y el enfoque de equidad de género; se elaboró una estimación de los costos que implicaría alcanzar los ODM, así como una proyección sobre la probabilidad de arribar a las metas en el año 2015.

El presente es el tercer *Informe nacional de avances en el cumplimiento de los Objetivos de desarrollo del milenio*. Para su elaboración, con vistas al fortalecimiento de las capacidades internas del Estado para la elaboración de estos informes y la institucionalización de los mecanismos de seguimiento, se conformó un equipo interno de especialistas de Segeplan, quienes trabajaron en estrecha coordinación interinstitucional con los principales Ministerios y Secretarías involucradas en el cumplimiento de los ODM. En este proceso se contó, además, con el acompañamiento y apoyo del Sistema de las Naciones Unidas y de otros organismos internacionales de cooperación para el desarrollo. Este tercer Informe se presenta en fascículos —uno por cada ODM— más un tomo adicional que sistematiza las políticas públicas existentes para alcanzarlos. También analiza costos e implicaciones presupuestarias del cumplimiento.

Cobra relevancia en este Informe el proceso de consulta y construcción participativa de cada uno de los capítulos; en una primera fase, con los equipos interministeriales, para consensuar y definir el abordaje de los indicadores; en una fase posterior, con diversas instituciones y sectores sociales, para la discusión y validación de los capítulos finales. Uno de los subproductos fundamentales que ha generado este proceso fue el Informe específico sobre «Igualdad de género y empoderamiento de las mujeres en el marco del cumplimiento de los Objetivos de desarrollo del milenio», que fuera presentado por el Estado de Guatemala ante el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (Ecosoc), en junio de 2010.

El tercer Informe da cuenta de los avances y retos que persisten en el país para el logro de los ODM. El análisis se desarrolla a partir de tres ejes: el territorial; la equidad étnico-cultural y el enfoque de equidad de género. Uno de los aspectos más novedosos es el esfuerzo por

desagregar territorialmente toda la información estadística disponible. Por tal motivo, para varios ODM es posible identificar territorios específicos (para 13 indicadores, hasta el nivel municipal), en los cuales es preciso concentrarse durante los próximos cinco años. Es así como el análisis de brechas municipales y departamentales de ODM será uno de los elementos principales que orientará la formulación del plan de seguimiento que debiera acelerar el paso de las intervenciones, con vistas a 2015.

En este tercer Informe se incorporan los nuevos indicadores actualizados por las Naciones Unidas, los cuales se encuentran vigentes a partir del 15 de enero de 2008. Estos indicadores se refieren a temas como el empleo pleno, la salud reproductiva y el acceso universal a antirretrovirales. Otro aspecto novedoso es que se presenta, por vez primera, un examen de la situación de los asentamientos precarios urbanos en Guatemala (ODM 7), basado en información recientemente recabada que forma parte de un estudio mayor que está impulsando Segeplan sobre el tema. Igualmente, se presenta un reporte sobre los logros en el cumplimiento del ODM 8, que refiere a la corresponsabilidad de los países en desarrollo para el logro de estas importantes metas en Guatemala.

Evaluar el avance de los indicadores sólo es posible mediante el análisis cuantitativo de los datos estadísticos disponibles; sin embargo, la producción de los mismos sigue siendo una debilidad estructural del país. Persisten limitaciones técnicas, presupuestarias, políticas y culturales que todavía no permiten contar con un sistema de información estadística que sea actualizado de manera sistemática y en forma permanente. De allí que las fuentes de información para la elaboración de este tercer Informe se agrupan en tres grandes categorías: estadísticas continuas sectoriales (producidas regularmente por Ministerios y Secretarías); bases de datos de encuestas de hogares y estudios específicos.

Entre las estadísticas continuas sectoriales destacan las del Ministerio de Educación (Mineduc), por ser las que ya desde hace varios años proporcionan información actualizada, regular y consistente sobre la producción educativa. De esa cuenta, es posible para los ODM 2 y 3 proveer mediciones hasta el año 2009 sobre la mayoría de indicadores educativos.

Por otra parte, para la elaboración de este Informe se contó con la serie de *Encuestas nacionales de salud materno infantil (Ensmi)*, en particular, con su edición 2008-2009, factor que permitió actualizar la mayor parte de estadísticas de los ODM 1 y 4, así como parte de los ODM 5 y 6, y luego establecer tendencias para varios indicadores.

En contraste, para otros indicadores como el de pobreza extrema y derivados, se tuvo que emplear la *Encuesta nacional de condiciones de vida (Encovi)*, con datos a 2006, y luego efectuar posibles comparaciones con la *Encovi 2000*. Esto significa que no es posible medir todavía los efectos sobre la pobreza general y extrema que han provocado las distintas crisis atravesadas por el mundo —y por Guatemala, en particular—, acaecidas durante 2008 y 2009 (crisis alimentaria, política, energética y la crisis económica mundial). Mucho menos, medir los efectos que están teniendo sobre estos indicadores las crisis socio-ambientales y fiscal que se han vivido durante los años 2009 y 2010 (variación de régimen de lluvias, principalmente en el denominado «corredor seco»; deslizamientos provocados por intensas lluvias en La Unión, Zacapa; exacerbación de la cianobacteria en el lago Atitlán; erupción del volcán Pacaya, paso de las tormentas Agatha, Frank, Alex y depresión tropical 11-E).

De igual manera, la falta de encuestas actualizadas impide estimar, en este momento, los efectos sobre la pobreza extrema de las intervenciones de política implementadas



recientemente en Guatemala, aun cuando sus efectos sobre otros indicadores (particularmente en el caso de los ODM 2, 4 y 5) ya son sensibles, dada la disponibilidad de las estadísticas continuas de tipo sectorial. Una buena noticia es que el Instituto Nacional de Estadística (INE) se prepara en la actualidad para hacer una nueva *Encovi* en 2011.

Para otros indicadores, particularmente los vinculados con el empleo, no se contó tampoco con información actualizada, dado que la última *Encuesta nacional de empleo e ingresos (Enei)* oficializada data del año 2004, y la última encuesta agropecuaria es de 2006. Sin embargo, es fundamental señalar que el INE dio inicio a finales de septiembre al trabajo de campo de la *Enei 2010*, y que próximamente también se comenzará a implementar la nueva encuesta agropecuaria. Por todo ello, se espera actualizar la información concerniente a los ODM 1 y 3 a principios del año 2011.

Entre los estudios específicos que hubo que realizar destaca la investigación que permite contar ahora con un nuevo dato de razón de mortalidad materna (RMM), actualizado hasta 2007. Cabe destacar que esta importante información no había sido actualizada en el país desde el año 2000 y el sistema de seguimiento y vigilancia de la mortalidad materna en los territorios se había debilitado, por ello resultaba muy difícil proporcionar una cifra certera de la RMM y su evolución en el tiempo. Por otra parte, el esfuerzo de actualización de la RMM, que ha sido liderado conjuntamente por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y Segeplan, así como apoyado por la comunidad internacional, se vio limitado por los cambios acaecidos en el año 2008 en la institucionalidad y sistemas de registro de las estadísticas vitales del país. Concretamente, esto significó que no se contara con datos certeros sobre el número de nacimientos ocurridos en 2008, 2009 y 2010, y que no hubiera acceso a información clave para la investigación y para el seguimiento futuro de la mortalidad materna en el país. Esta situación requiere una urgente revisión de la legislación y normativa del Registro Nacional de Personas (Renap).

Por otra parte, es preciso destacar que el trabajo de muchos años realizado por el Instituto de Agricultura, Recursos Naturales y Ambiente (Iarna) de la Universidad Rafael Landívar (URL), con quien Segeplan mantiene una alianza estratégica, fue la base para la preparación del capítulo concerniente al ODM 7. Éste se complementó con un estudio realizado por Segeplan sobre asentamientos precarios urbanos en el país, cuyos avances forman parte del ODM 7 y cuyo reporte final será presentado en 2011.

Finalmente, cabe señalar que para el fascículo concerniente al ODM 8 se tomó como fuente de información una serie de instrumentos que Segeplan ha venido implementando en el marco de su esfuerzo por profesionalizar la gestión de la cooperación internacional que apoya al país. Destacan, en particular, la base de datos de asistencia oficial al desarrollo (DAAD), la encuesta OECD sobre eficacia de la ayuda y las bases de datos propias de Segeplan. Todos estos instrumentos permiten examinar la evolución y tendencias de la cooperación internacional en el tiempo. Igualmente, para las secciones de comercio exterior, medicamentos y tecnología, se contó con contribuciones específicas de especialistas de Segeplan y de consultores externos.

Como puede observarse, es sumamente detallado y complejo el proceso de contar con toda la información que se requiere para elaborar un informe de avances como el que ahora se presenta. También es difícil establecer el sistema de monitoreo que se necesita para que el país verifique continuamente su progreso hacia el logro de estas metas de desarrollo y de otras nuevas que deban proponerse en los próximos años.

Sin embargo, aún con las limitaciones ya señaladas, es posible determinar cómo se ha comportado el país a lo largo de 15 años en la búsqueda del cumplimiento de los ODM. De ahí que la tabla síntesis «Tendencia en el cumplimiento de las metas y evolución de los indicadores», que se encuentra en el anexo estadístico, constituye un instrumento básico para que cada ciudadano y ciudadana se informe y dé seguimiento a la situación de desarrollo de su país.

Hay varios indicadores que se pueden mostrar con satisfacción, los cuales es altamente posible que se cumplan en 2015. Existen otros que, si bien muestran una tendencia positiva hacia el cumplimiento, requieren acelerar el ritmo del esfuerzo institucional, programático y financiero si han de ser alcanzados para esa fecha. En otros casos, particularmente en materia ambiental, pobreza, empleo, desnutrición crónica, mortalidad materna y prevención del VIH, Guatemala tiene desafíos profundos aún por enfrentar si espera cumplir las metas antes de que sea muy tarde. Para lograrlo, no es suficiente con optimizar y acelerar el ritmo del esfuerzo que ya se efectúa; el cumplimiento de esos otros indicadores reclama un compromiso nuevo y profundo de Estado.

Arribar a las metas deseadas no será posible si no se involucran Gobiernos, sociedad política, sociedad civil, academia y sector privado. Se requiere, entre otros, de cambios profundos del aparato productivo nacional y el fortalecimiento del sector público para implementar las medidas necesarias que propicien su consecución. Igualmente, el logro esperado demanda una sociedad consciente y comprometida con el hecho de que reducir las brechas de desigualdad profunda que subyacen en el lento avance de los indicadores es la mejor salida para que todos y todas vivamos más y mejor. No hay otra manera si se quiere enfrentar con éxito el marcado deterioro ambiental y los efectos del cambio climático que, actuando sobre el conjunto de vulnerabilidades socio-económicas acumuladas históricamente en el país, han incidido negativamente en la sostenibilidad de los medios de vida, en la producción y en la competitividad.

El esfuerzo desplegado para elaborar el tercer *Informe de avances en el cumplimiento de los Objetivos de desarrollo del milenio* no tendría sentido si no se emplea además para el diseño del plan de seguimiento que permita acelerar el logro de las metas en los próximos cinco años. Alcanzar la mayor parte de los ODM es factible todavía, y acelerar el cumplimiento de lo que resta también. Pero ello requiere del esfuerzo consciente y coordinado de todos y cada uno de los ciudadanos y ciudadanas del país.



1. Tendencia y situación actual del cumplimiento de las metas

1.1 Haber detenido y comenzado a reducir, para 2015, la propagación del VIH/sida (meta 6A)

Cinco indicadores han sido definidos para medir esta meta: 1) prevalencia del VIH en personas entre 15 y 24 años de edad; 2) uso de preservativos en la última relación de alto riesgo; 3) proporción de la población entre 15 y 24 años de edad que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH y sida, y 4) relación entre la asistencia escolar de niños huérfanos y la de niños no huérfanos de entre 10 y 14 años.

Sin embargo, no todos los indicadores propuestos para el seguimiento de la meta pueden ser evaluados en Guatemala, pues el proceso de notificación de casos de VIH y sida presenta fallas importantes en la detección, diagnóstico, registro y seguimiento. Como no existen programas de tamizaje para la población general, no se informa sobre la

prevalencia del VIH en personas entre 15 y 24 años de edad. El dato que puede ser analizado se refiere únicamente a los casos notificados.

Para complementar esta debilidad en la construcción del dato el país considera importante reportar la situación del VIH en embarazadas y se basa en los reportes de monitoreo y estudios específicos por parte de Visión Mundial como receptor principal del proyecto «Intensificación de las acciones de prevención y atención integral del VIH y sida en grupos vulnerables y áreas prioritarias de Guatemala». En este marco, Visión Mundial recoge los casos positivos del total de las embarazadas que aceptaron ser tamizadas para la detección del VIH (sin desagregación por edad, grupo étnico o residencia).

Sobre el uso de preservativos en la última relación sexual, el reporte de las *Encuestas nacionales de salud materno e infantil (Ensmi 2002 y 2008-2009)* se refiere a la proporción de hombres y mujeres de 15 a 49 años de edad que reportó relaciones sexuales con más de una pareja y utilizó preservativo en la última relación sexual.

Cuadro 1
Resumen de indicadores

Indicadores	2002	2006	2009
Porcentaje de embarazadas tamizadas VIH positivas ¹		0.53 ²	0.27 ³
Uso de preservativos en la última relación de alto riesgo ⁴	57 ⁵		56 ⁶
Proporción de la población entre 15 y 24 años de edad que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH y sida		9.35 ⁷	22.54 ⁸

1 Véase cuadro 2.

2 Visión Mundial, receptor principal del proyecto «Intensificación de las acciones de prevención y atención integral del VIH/sida en grupos vulnerables y áreas prioritarias de Guatemala».

3 Ídem.

4 Proporción de la población que respondió haber utilizado preservativo en la última relación sexual del total de encuestados que declaró haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses.

5 *Ensmi 2002*.

6 *Ensmi 2009*.

7 MSPAS (2008). *Informe nacional sobre los progresos realizados en el seguimiento a la declaración de compromiso sobre el VIH y sida-UNGASS Guatemala*. Asamblea Especial de las Naciones Unidas sobre el Sida (UNGASS, por sus siglas en inglés). Período de reporte: 2006-2008.

8 *Ensmi 2009*.

6

El indicador de la proporción de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH y sida se obtuvo mediante el análisis de una batería de preguntas contenidas en las *Ensmi*.

A pesar de que una de las consecuencias de la epidemia de VIH y sida es la orfandad y la incertidumbre, así como la vulnerabilidad que este factor representa para el futuro de los niños y niñas, en el país no se dispone de la información específica que permita su monitoreo, por lo que no es posible informar respecto a ese indicador.

Casos notificados de VIH y sida

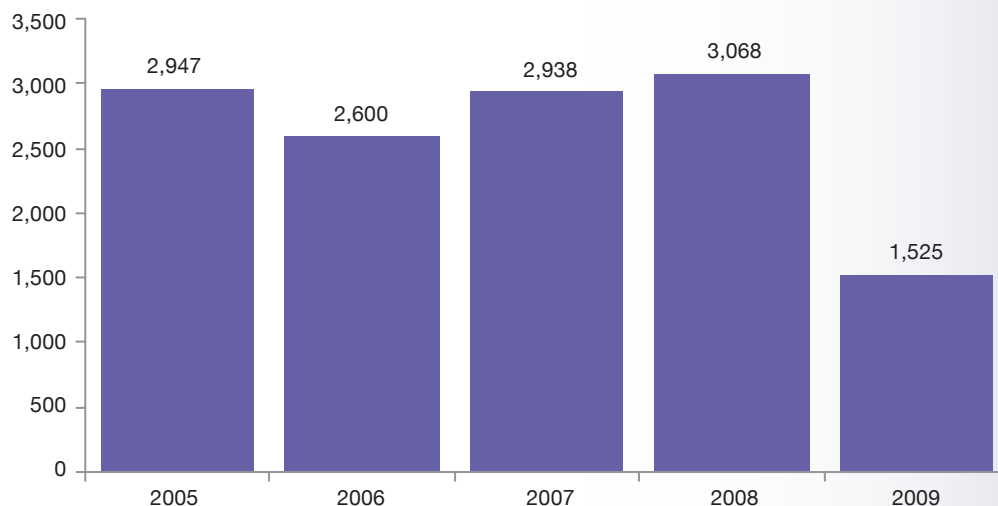
Como se ha mencionado en párrafos anteriores, además de las fallas en los registros de la notificación de casos, aún no se impulsan programas de tamizaje para

la población en general, lo que dificulta el cálculo de la prevalencia de VIH. De esa cuenta, el país solo dispone de los casos notificados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Es preciso agregar que el MSPAS inició con el registro de la información sobre casos de VIH a partir del año 2003,⁹ y que el cumplimiento del reporte es parcial, estimándose un sub registro cercano al 50%,¹⁰ a pesar de tratarse de una enfermedad de notificación obligatoria. Además, se reconoce que la vigilancia epidemiológica es de carácter pasivo y, como tal, sólo se registran los hechos conocidos por los servicios institucionales. Las estadísticas del MSPAS dan cuenta de que, a partir de 2004, se ha notificado casi el 65% de los casos acumulados.

La gráfica 1 muestra el comportamiento de la notificación de casos en el período

Gráfica 1

Comparativo de casos de VIH/sida notificados por año (2005-2009)



Fuente: Centro Nacional del Epidemiología, *Base SIDA*.

9 La vigilancia epidemiológica del VIH, en los primeros años de la epidemia, se caracterizó por el recuento de casos y fallecidos por esta causa, sin la existencia de un sistema de información específico y sin estudios de vigilancia de comportamientos de riesgo.

10 Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009). *Evaluación para el fortalecimiento de la respuesta del sistema de salud al VIH en Guatemala*. Guatemala, p. 55.



2005-2009. El comportamiento fluctuante que se observa en la gráfica refleja que la notificación queda sujeta a factores externos del sistema de vigilancia. Como ejemplo de lo anterior, se reconoce que la disminución de casos notificados durante el año 2009 se asocia con los eventos de emergencia por la Influenza A H1N1, el dengue y la desnutrición. Pero también podría estar reflejando un impacto aún pendiente de examinar sobre el creciente número de personas con acceso a antirretrovirales lo que, en principio, reduce el riesgo de transmisión.

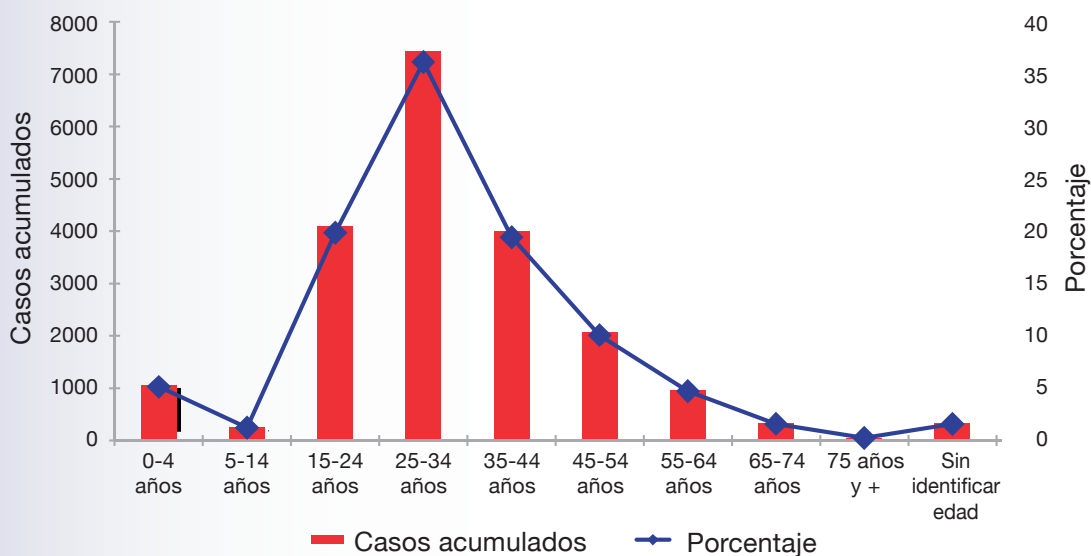
Por otra parte, a partir del análisis por grupos de edad de los casos notificados acumulados desde 1984 hasta 2009, se colige que la población más afectada se encuentra entre los 25 a 34 años de edad, con un 36.16% (casi el doble del grupo comprendido entre 15 a 24 años, en quienes el porcentaje alcanza un

19.86). La relevancia de la identificación de la infección en personas de estos grupos de edad radica en la importancia de las acciones de prevención dirigidas a adolescentes y jóvenes, considerando que la enfermedad se manifiesta 7 a 8 años después de la infección, lo que puede significar que la transmisión de la infección esté ocurriendo entre los 17 y 21 años de edad.

El tercer grupo más afectado es el de 35 a 44 años, que alcanza el 19.42%, seguido del grupo de 45 a 54 años, con 10.07%; el 15% restante se acumula en los otros grupos de edad.¹¹

La población joven es relevante en la epidemia de VIH en términos de transmisión, impacto, vulnerabilidad y potencial de cambio. En esta población se encuentran mujeres trabajadoras del sexo, hombres que tienen sexo con hombres, usuarios

Gráfica 2
Casos de VIH/sida por grupos de edad
(Acumulado 1984-2009)



Fuente: MSPAS, Centro Nacional de Epidemiología (2010).

¹¹ MSPAS, Centro Nacional de Epidemiología, Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida (2010a). *Estadísticas de casos acumulados de VIH y sida, enero 1984-diciembre 2009*. Guatemala, p. 4.

6

de drogas intravenosas y huérfanos como consecuencia de la enfermedad. Las y los jóvenes adolescentes son especialmente vulnerables a la infección por el VIH, ya que se encuentran en un período de transición en el que su desarrollo social, emocional y psicológico está en curso y tienden a experimentar formas peligrosas de comportamiento, a menudo sin darse cuenta del peligro.¹²

La participación activa de la juventud es un elemento clave en la lucha por la detención y el control de la epidemia; no obstante, a las y los jóvenes les sigue faltando información, conocimientos y habilidades. Al respecto, la *Ensmi 2008-2009* reporta que solo el 23% de las mujeres y el 23.4% de los hombres entre 15 y 19 años de edad, y 26.2% de las mujeres y 67% de los hombres de 20 a 24 años de edad, identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus. Además, en el ámbito de la educación formal, solamente el 7.02% en el nivel básico y el 3.21% en el nivel

diversificado recibieron educación sobre el VIH durante el último curso académico.¹³

Porcentaje de embarazadas tamizadas, VIH positivas

El proyecto del Fondo Mundial¹⁴ ha jugado un papel central en la respuesta a la epidemia de VIH/sida. También ha sido el espacio desde el cual se ha producido información sistemática. Los datos obtenidos sobre las actividades de monitoreo y evaluación de las áreas intervenidas por el proyecto reflejan un incremento en la oferta de pruebas de tamizaje en unidades ejecutoras (se incluye clínicas y Direcciones de Áreas de Salud del MSPAS). Según estos registros, a pesar de que el número de tamizajes se ha incrementado año con año, la positividad ha ido en disminución, como se demuestra en el cuadro 2. Es importante acotar que el incremento en el número de embarazadas tamizadas es resultado de la ampliación en el número de servicios de salud que ofrecen la prueba.

Cuadro 2

Porcentaje de embarazadas VIH positivas del total que accedieron a hacerse la prueba (2006-2009)

	Años			
	2006	2007	2008	2009
Tamizadas	25,486	35,564	67,664	90,696
Positivas	134	172	228	244
Porcentaje de positividad	0.53	0.48	0.34	0.27

Fuente: Visión Mundial, receptor principal del proyecto «Intensificación de las acciones de prevención y atención integral del VIH/sida en grupos vulnerables y áreas prioritarias de Guatemala».

12 Rasmussen Cruz, B., et ál. (2003). *Comportamientos de riesgo de ITS/SIDA en adolescentes trabajadores de hoteles de Puerto Vallarta y su asociación con el ambiente laboral*. México: Salud Pública, p. 45 supl1:S81-S91.
 13 MSPAS (2010b). *Informe nacional sobre los progresos realizados en el seguimiento a la declaración de compromiso sobre el VIH y sida-UNGASS Guatemala*. Asamblea Especial de las Naciones Unidas sobre el Sida (UNGASS, por sus siglas en inglés). Período de reporte: 2008-2009, indicador 11.
 14 En Guatemala, la intervención del Fondo Mundial, en forma de cooperación no reembolsable, permitió ampliar la oferta de servicios de salud y pruebas rápidas y de confirmación para VIH. La primera fase culminó en 2009. En septiembre de 2010 dio inicio la segunda fase para los próximos cinco años.



Dado que las embarazadas son un grupo de referencia para considerar lo que sucede en la población en general, este comportamiento sugiere que la epidemia sigue siendo concentrada.

Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo

Los preservativos juegan un papel especial en la prevención de ITS, VIH y sida por su capacidad de proteger contra las infecciones de transmisión sexual. En vista de que el uso de los condones también previene el embarazo, las parejas pueden utilizarlos como protección dual: tanto contra infecciones como para evitar embarazos no planificados. En Guatemala, la tasa más alta de prevalencia, dentro de los casos notificados del VIH y sida, está asociada con el uso o no del preservativo: el 94.03% de los casos registrados ha sido transmitido por la vía sexual.¹⁵ En términos generales, el indicador se ha mantenido estable (*Ensmi 2002* y *2008-2009*). Del análisis secundario de la base de datos, que solamente permitió encontrar información sobre hombres, se obtuvo que, en 2002, el 57% de personas que tuvo una relación sexual de alto riesgo utilizó preservativo.¹⁶ En la *Ensmi 2008-2009* el resultado fue que el 56% utilizó preservativo en la última relación de alto riesgo.

En cuanto a la situación conyugal, el 45% de los hombres casados o unidos que reportaron una pareja fuera de la unión conyugal utilizaron preservativo en la última

relación sexual. Para el caso de los hombres casados o unidos que tuvieron tres o más parejas sexuales, 60% no utilizó protección en la última relación sexual. En el caso de hombres que no están en unión, el uso del preservativo es mayor: un poco más de la mitad que señaló haber tenido sólo una pareja y 64% para quienes tuvieron más de dos parejas.¹⁷ Esta situación podría estar indicando un incremento en la transmisión de la infección a sus cónyuges y, con ello, un aumento de mujeres infectadas.

Respecto de las conductas de riesgo, el porcentaje de jóvenes —especialmente entre los hombres— que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los 12 meses previos a la encuesta fue de 13% (15-19 años de edad) y 18% (20-24 años). La proporción de mujeres que reportaron más de una pareja sexual fue baja en comparación con los hombres. Las mujeres más jóvenes (15-19 años) muestran el porcentaje más alto (2%).¹⁸

Sobre el uso de preservativo en poblaciones vulnerables por conductas de riesgo, se ha reportado que el 94% de mujeres y hombres trabajadores sexuales notificó el uso del preservativo con el cliente más reciente, del total que respondió haber comerciado con sexo en los últimos 12 meses.¹⁹ Nuevamente, el resultado es variable dependiendo del grupo de edad; de esa cuenta, en las mujeres trabajadoras del sexo menores de 25 años la respuesta afirmativa solo alcanzó el 26%, no así en las de 25 y más años de edad, en donde el resultado fue de 95.6%.²⁰ El uso del preservativo en los hombres que tienen sexo

15 MSPAS, Centro Nacional de Epidemiología, Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida (2010a). *Estadísticas de casos acumulados de VIH y sida, enero 1984-diciembre 2009*. Guatemala, p. 4.

16 MSPAS (2008). *Informe nacional sobre los progresos realizados en el seguimiento a la declaración de compromisos sobre el VIH y sida-UNGASS, Guatemala 2007*. Asamblea Especial de las Naciones Unidas sobre el Sida (UNGASS, por sus siglas en inglés). Guatemala, 2008. Período de reporte: 2006-2007, p. 36.

17 *Ensmi 2002*.

18 *Ensmi 2008-2009*.

19 MSPAS (2008). *Óp. cit.*

20 *Ibid.*

6

con hombres fue de 78%, respecto del total de hombres entrevistados que reportaron haber tenido sexo anal con otro hombre en los últimos seis meses, con la diferencia de que en los menores de 25 años el uso del preservativo es más frecuente (80.7%), con relación a los mayores de 25 años (73.7%).²¹

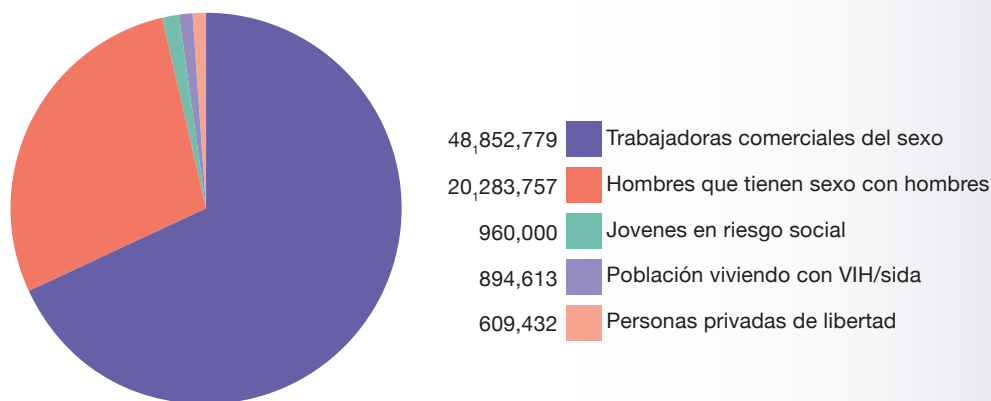
En Guatemala, para el año 2009, se estimó que la necesidad de condones para cubrir la demanda anual del país es de 207,833,483 millones de unidades al año.²² De este total, las poblaciones vulnerables requieren 71,600,581 unidades, mientras que la población general en edad reproductiva necesita 136,232,902 unidades.²³ La gráfica 4 refleja la distribución de la demanda de las poblaciones vulnerables, observándose que la mayor demanda la generan las trabajadoras comerciales del sexo.

Sin embargo, la distribución anual de condones en el país para la población general sexualmente activa solo alcanzó un 9% de cobertura y, para la población vulnerable, un 17%.²⁴ De ese 9% se asume que el MSPAS distribuye el 2.25% respecto a la demanda proyectada para 2009. El otro porcentaje (7%) lo cubren otros sectores (ONG, servicios privados).²⁵

El Fondo Mundial, a través del proyecto auspiciado, contribuye en la distribución de condones a personas vulnerables. Esto ha sido de manera creciente, tanto que en el trimestre 17 (de septiembre a noviembre de 2008) distribuyó 15,982,064 unidades.²⁶ Tanto los servicios de salud como la población usuaria conciben el uso del preservativo como un método para evitar embarazos y no como un mecanismo para la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS). Por su parte, la población sexualmente activa

Gráfica 3

Demanda proyectada de preservativos por población vulnerable



Fuente: MSPAS.

21 *Ibid.*

22 MSPAS, et ál. (2010). *Estrategia nacional de condones*. Guatemala. El cálculo se basa en el análisis de la necesidad, partiendo de la población total del país y la segmentación de las poblaciones; se estiman las necesidades tanto de la población general, como de las distintas poblaciones en contexto de vulnerabilidad (mujeres trabajadoras del sexo, MTS; hombres que tienen sexo con hombres, HSH; personas viviendo con VIH/sida, PVVS; personas privadas de libertad, PPL; y jóvenes en riesgo social, JRS), tomando como escenario uno en el cual todas las relaciones sexuales sean protegidas con uso de condón.

23 *Ibid.*

24 *Ibid.*

25 *Ibid.*

26 *Grant performance report*, Guatemala, 24 de febrero de 2010, p. 10.



no necesariamente se considera sujeta a riesgo. Las trabajadoras sexuales no se sienten vulnerables con su pareja afectiva y las personas con comportamientos de riesgo se sienten vulnerables sólo cuando no conocen a la pareja sexual.²⁷

Otra dimensión importante respecto de aquellas personas que deciden utilizar el preservativo es su uso correcto. Al respecto, un estudio de Pasmo de 2009 que se dirige a los jóvenes indica que el 75.4% afirmó tener la habilidad de colocar correctamente un preservativo. En la población de hombres que tienen sexo con hombres, en la comparación entre los años 2004 y 2007, el uso del preservativo se incrementó de 62.9% a 78.4%. Además, los hombres que tienen sexo con hombres y que utilizan preservativo de manera sistemática se caracterizan por sentirse en riesgo de adquirir el VIH/sida, cuentan con mejor autoestima y menos creencias negativas sobre el preservativo.²⁸

Porcentaje de la población de 15 a 24 años de edad que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/sida

En la medida en que la prevención del VIH/sida recae en el cambio de comportamientos, especialmente los relativos a las prácticas sexuales, se ha definido como principio que todas las personas tienen el derecho de informarse sobre la pandemia. Aunque este principio es relevante para toda la población, se dirige de forma particular a los y las jóvenes, no sólo porque son un grupo vulnerable, sino también por ser quienes tienen mayores probabilidades

de lograr cambios en las conductas de riesgo.

Guatemala ha hecho esfuerzos significativos para actualizar información sobre conocimientos y comportamientos sobre VIH y sida en población de 15 a 24 años de edad, tal es el caso de la última *Ensmi 2008-2009*. Dicha *Encuesta* indaga sobre las formas de transmisión y prevención del VIH, prueba, estigma y discriminación, entre otros. Los resultados reflejan que aún existe una brecha considerable entre la población de 15 a 24 años de edad que posee conocimientos amplios y correctos al respecto, y la que no. Esta situación se ve agudizada en las mujeres, dada su condición social desigual,²⁹ ya que a menudo se encuentran en desventaja con respecto al acceso a la información sobre prevención y en la negociación del uso del preservativo en las relaciones sexuales.

A su vez, la *Ensmi* evidencia diferencias significativas entre la población indígena y no indígena ya que en la mayoría de los indicadores los conocimientos y comportamientos sobre VIH son aún menores en población indígena. A esta afirmación se suma el *Estudio de línea de base sobre VIH con población en su mayoría indígena* del Proyecto «Prevención de VIH en poblaciones vulnerables» de Onusida/Asecsa (2009), que demuestra que la información no está llegando a todas las regiones de Guatemala de manera equitativa.

A pesar de los esfuerzos para frenar la epidemia en el país mediante la promoción de conocimientos para el cambio de

27 Véanse los siguientes estudios de Pasmo, Programa de Mercadeo Social, Serie de Investigación de Mercadeo Social: *Estudio TRaC de VIH/SIDA entre trabajadoras sexuales femeninas en ciudad de Guatemala, Escuintla, Izabal, Quetzaltenango y Suchitepéquez*. Guatemala, División de Investigaciones Population Services International, abril de 2008; *Estudio TRaC de VIH/SIDA entre jóvenes de 15 a 24 años de ciudad de Guatemala, Guatemala*. (Mayo de 2008); *Estudio TRaC de VIH/SIDA en hombres que tienen sexo con hombres en ciudad de Guatemala, Escuintla, Izabal, Quetzaltenango y Suchitepéquez, Guatemala*. (Julio de 2008).

28 PSI et al. (2007). *Estudio TRaC de VIH/SIDA entre hombres que tienen sexo con hombres en ciudad de Guatemala, Escuintla, Izabal, Quetzaltenango y Suchitepéquez*. El tablero de instrumentos de PSI. Guatemala, abril de 2008, p. 2.

29 OPS. *El género y la infección por el VIH/SIDA*. Hoja informativa del Programa Mujer, Salud y Desarrollo.

6

comportamiento, algunos factores que dificultan el trabajo en prevención son: el acceso limitado a información sobre el VIH; débiles sistemas de educación y servicios de salud; analfabetismo; lejanía geográfica; estigma; discriminación; machismo; alcoholismo; violencia doméstica; migración; escasos recursos económicos, entre otros. Aunado a lo anterior, en varias regiones y comunidades del país el VIH es todavía percibido como un tema tabú, por lo que las y los jóvenes no logran tener acceso a la información necesaria para poder tomar decisiones adecuadas y evitar actitudes y prácticas de riesgo.

El porcentaje de hombres de 15 a 24 años que afirman que el riesgo de transmisión del VIH puede reducirse manteniendo relaciones con una pareja seronegativa que no mantiene relaciones con otras personas es de 92.78, mientras que el de las mujeres de las mismas edades es de 83.01.³⁰ En población indígena, los porcentajes de personas de 15 a 24 años son de 88.4 y 68.9%, respectivamente.

Así también, la *Ensmi* refleja que, aunque se tienen avances en el conocimiento sobre el uso del preservativo con un 86.30% de hombres de 15 a 24 años que afirman que usarlo en cada relación sexual reduce el riesgo de infección, sólo un 74.17% de las mujeres de las mismas edades opina lo mismo. En el caso de población indígena de 15 a 24 años, los porcentajes son aún menores y muestran para los hombres un 79.3%, mientras que para las mujeres un 54.41%.

Según la *Encuesta*, sigue habiendo confusión en cuanto a la apariencia de las personas con VIH. El 78.48% de los hombres de 15-24 años reconoce que una persona puede portar el virus aunque tenga

una apariencia saludable, sólo un 66.75% de mujeres de 15-24 años afirma lo mismo. Algunas consideraciones incorrectas acerca de la transmisión del VIH presentadas en la *Ensmi* siguen manifestándose entre la población de 15 a 24 años de edad. A la pregunta «¿Se puede contraer el VIH por la picadura de mosquitos?», sólo el 40.09% de los hombres y el 37.19% de las mujeres contestaron correctamente. Si la información se desagrega por etnicidad, únicamente el 31.7% de los hombres y el 28.9% de mujeres indígenas tienen el conocimiento correcto.

Por otro lado, a la pregunta «¿Se puede contraer el VIH por compartir utensilios como cucharas, platos o vasos?», el 63.46% de los hombres y el 57.42% de las mujeres contestaron correctamente que no. Sin embargo, se obtuvo un porcentaje menor en población indígena, 52.6% en hombres y 41.5% en mujeres, lo que podría redundar en actitudes de discriminación y de estigma hacia las personas con VIH. Los resultados de la *Encuesta* manifiestan que sólo una de cada cinco personas tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH en general. Es decir, apenas el 22.54% de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años de edad identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus. Aún existe un 77.46% de la población pendiente de sensibilizar, capacitar e informar.

Si el conocimiento acerca de la transmisión del VIH es un elemento básico para la prevención de la epidemia, el camino por recorrer es arduo. Actualmente los programas y servicios con enfoque de prevención son reducidos y concentrados,

30 *Ensmi 2008-2009*.



lo que limita el acceso y la cobertura en la red de servicios de salud, pública y privada. Lo anterior se reconoce dado que en el plan estratégico nacional para la respuesta a la epidemia del VIH 2006-2010 se plantea que el enfoque preventivo debe apoyarse en un planteamiento educativo, con objetivos de inserción cultural de largo plazo.

1.2 Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/sida de todas las personas que lo necesiten

Respecto al tratamiento para personas portadoras de VIH, la organización Médicos Sin Fronteras ha tenido un rol importante en los primeros cinco años de la presente década, pues es gracias a su intervención que se inició la importación de medicamentos más accesibles a personas portadoras del VIH. A partir del año 2004, Visión Mundial Guatemala ha fungido como receptor principal del proyecto de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria que es financiado por el Fondo Mundial. A este esfuerzo se unió el MSPAS, en el año 2006, asumiendo, en el marco de los acuerdos de cooperación,

el compromiso de otorgar los medicamentos antirretrovirales a las personas infectadas.

El proyecto del Fondo Mundial, durante 2008, apoyó el proceso de descentralización de la prevención y atención integral en el país. Durante ese año se realizaron acciones de tamizaje voluntario con consejería para la prevención de la transmisión vertical madre-hijo, con pruebas de VIH, hepatitis B y sífilis, llegando a 134,247 mujeres embarazadas, de las cuales 546 han tenido acceso a tratamiento antirretroviral por ser VIH positivas. En general, en 2008, el proyecto contribuyó a la respuesta nacional aportando un 31% de la atención integral a personas que viven con VIH, lo cual ha permitido que, a la fecha, tengan acceso a tratamiento 4,478 personas que viven con VIH.

Sobre el comportamiento del indicador, las estimaciones del porcentaje de personas con infección avanzada por VIH con acceso a medicamentos antirretrovirales muestra un comportamiento hacia el alza, estimándose para el año 2009 casi el 70%.³¹ Ello significa un incremento de 8 puntos porcentuales con relación a 2006 y casi de 26 puntos

Cuadro 3

Resumen de indicadores

Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/sida de todas las personas que lo necesiten

Indicadores	2003	2006	2009	Meta	Brecha
Porcentaje de personas con infección avanzada por VIH con acceso a los medicamentos antirretrovirales	43.35 ³²	61.48 ³³	69.24 ³⁴	95	25.76

31 MSPAS (2010b). *Informe nacional sobre los progresos realizados en el seguimiento a la declaración de compromiso sobre el VIH y sida-UNGASS, Guatemala*. Asamblea Especial de las Naciones Unidas sobre el Sida (UNGASS, por sus siglas en inglés). Período de reporte: 2008-2009. Indicador 4, p. 3.

32 MSPAS, Centro Nacional de Epidemiología (2009). *Estimaciones y proyecciones*. Guatemala.

33 *Ibíd.*

34 *Ibíd.*

6

porcentuales en comparación con la estimación del año 2003. Las estimaciones se basan en modelos matemáticos que toman en cuenta las proyecciones de casos esperados que necesitarán tratamiento antirretroviral. A pesar de los logros alcanzados, la brecha para conseguir la meta del acceso universal al tratamiento de las personas infectadas es de alrededor del 25%.

En apoyo al tratamiento para las personas afectadas por VIH, el proyecto del Fondo Mundial se amplió a 22 Áreas de Salud durante el año 2009, contribuyendo con infraestructura y equipamiento a clínicas de atención integral en los hospitales regionales del occidente, Zacapa y Escuintla. También, en los Hospitales Nacionales de Coatepeque y de la Amistad Japón-Guatemala, en Izabal; en los hospitales departamentales de San Benito, Petén y Hospital Rodolfo Robles, de Quetzaltenango; Hospital Infantil Elisa Martínez, en Puerto Barrios; y las Direcciones de Áreas de Salud (DAS) de Guatemala Central e Izabal.³⁵ El propósito del MSPAS es instalar unidades de atención integral en toda la red hospitalaria pública, de tal manera que se descentralicen tanto la detección como el tratamiento del VIH en el país.³⁶

Los antirretrovirales (ARV) rompen con el mito del VIH/sida como sinónimo de muerte, dado que de enfermedad terminal, pasa a convertirse en una enfermedad crónica con la cual es posible vivir. En el informe UNGASS de 2010 se ha reportado que el 83% (5 mil 715 personas que acudieron a las clínicas de atención integral) de las personas portadoras de VIH ha sobrevivido 12 meses

después de haber iniciado la terapia.³⁷ Este resultado permite inferir que el tratamiento ha tenido éxito, basado en el porcentaje de sobrevivencia de personas con VIH tratadas.

El régimen de tratamiento, si bien ofrece esperanza real, también plantea la necesidad de asumir un compromiso personal ante las demandas de la terapia y, a la vez, revela la potencialidad individual de las personas con VIH/sida para aprovechar de manera efectiva su vida. En ese sentido, algunos estudios indican que es complicado asumir con disciplina el tratamiento debido a su complejidad (horarios, indicaciones para ser tomados, comprensión de la terapia, etc.), efectos secundarios desagradables, adaptación al régimen de vida, el temor de ser identificados tras la toma de diversos medicamentos varias veces al día, las condiciones de pobreza y la organización de los servicios de salud.³⁸

El régimen de tratamiento también plantea el reto sobre las capacidades técnicas, financieras y logísticas para asumir el desafío, sin que se comprometa a la población afectada. Aunque el gasto en sida aumentó de 29.5 millones, en 2006, a 51.3 millones, en 2008, y la cobertura con terapia antirretroviral (TAR) se ha incrementado a 69.24%, el acceso universal a servicios de prevención, atención, cuidados y apoyo continúa siendo un desafío.³⁹

El estigma y la discriminación hacia las personas con VIH y sida

Una situación persistente a la que son sometidos/as las personas infectadas y

35 Visión Mundial, et ál., (2009). *Los colores del desarrollo, memoria de labores 2009*. Guatemala, p. 21.

36 Visión Mundial, et ál. (2008). *Hilos de esperanza, memorias de labores 2008*. Guatemala, pp. 25 y 26.

37 MSPAS (2010b). *Informe nacional sobre los progresos realizados en el seguimiento a la declaración de compromiso sobre el VIH y sida-UNGASS, Guatemala*. Asamblea Especial de las Naciones Unidas sobre el Sida (UNGASS, por sus siglas en inglés). Período de reporte: 2008-2009. Indicador 24, p. 6.

38 Güell, A. *La adherencia al tratamiento antirretroviral en personas VIH/sida. Un abordaje desde la perspectiva de trabajo social*. Costa Rica. Documento electrónico disponible en: www.binasss.sa.cr/revistas/ts/64/art2.htm

39 El MCP-G aplicó, en Ciclo 8, en diciembre de 2009, al Fondo Global para el VIH/sida, tuberculosis y malaria. La propuesta de la nueva fase busca contener la epidemia en el país con énfasis en alcanzar el acceso universal, con un monto total solicitado para los próximos 6 años que asciende a USD 87,670,256 (USD 41,926,430 para los primeros tres años).



afectadas por el VIH y sida se relaciona con el estigma y la discriminación. De hecho, se sabe que las violaciones y las amenazas de violación a los derechos humanos de las personas viviendo con VIH y sida aparecieron desde el inicio de la propagación de la epidemia. Aunque al principio las denuncias en este sentido se dirigían a los servicios de salud, posteriormente se han extendido hacia el ámbito laboral, educativo y de acceso a servicios públicos.

En el estudio sobre la situación de los derechos humanos de las personas viviendo con VIH y sida, elaborado en el marco del proyecto «Intensificación de las acciones de prevención y atención integral del VIH/sida en grupos vulnerables y áreas prioritarias de Guatemala», auspiciado por el Fondo Mundial, se identificó que cerca de las dos terceras partes de las personas entrevistadas manifestaron haber sido víctimas de violación a sus derechos humanos, por su condición de positividad.⁴⁰ Una de cada cuatro personas afectadas refirió que se le vedó su derecho a la salud y una tercera parte ha sido afectada en su derecho a acceder a un trabajo. En ambos escenarios se identificó que se afecta más a las mujeres y a las personas con niveles mínimos de escolaridad.⁴¹

En los servicios de salud, el estigma y la discriminación hacia las personas afectadas por ITS/VIH y sida afectan de manera determinante la calidad de la atención y provocan rechazo a quienes debieran ser atendidos/

as. Aún peor, el personal de salud no reconoce sus actitudes discriminatorias y estigmatizantes, demostrando muchas veces creencias negativas y actitudes indicativas de juicios de valor y condena.⁴² Aunque se reconocen brechas en el conocimiento de los proveedores de salud sobre modos de transmisión, prevención y atención, en el *Plan estratégico nacional para la prevención, atención y control de ITS, VIH y sida 2006-2010*, se enuncia que la discriminación por parte del personal de salud se relaciona con el miedo y la ignorancia al respecto de la infección.

La homofobia (rechazo a la homosexualidad y los homosexuales) es una manifestación del estigma y la discriminación, aunque conceptualmente sea poco conocida. Al respecto, el estudio «Percepciones y actitudes hacia la homosexualidad en Guatemala», de 2009, refiere que el 11% de los encuestados no considera oportuno referirse de manera despectiva a los homosexuales, aunque esta opinión se refleja mejor en el área metropolitana, dentro del grupo de las mujeres y en la población con estudios de nivel superior. Además, dos de cada cinco entrevistados estarían dispuestos a aceptar que un familiar sea homosexual y, en caso de que una persona homosexual se postulara a un cargo público, tendría solamente el 26% de aceptación, sobre todo en el área metropolitana, con la población femenina y de mayor escala de estudios.⁴³

Por otra parte, el estudio «Percepción del VIH-sida», que recoge información sobre los años 1997, 2003, 2006 y 2009,

40 Visión Mundial (2009). «Porcentaje de personas que viven con VIH o sida que declaran que sus derechos humanos han sido respetados». Guatemala, Informe final de consultoría, p. 15.

41 *Ibid.*, p. 22.

42 USAID (2007). *Estigma y discriminación relacionados a ITS, VIH y sida de los proveedores de salud hacia los grupos vulnerables en Guatemala: un estudio de conocimientos, actitudes y prácticas*. Calidad en salud. Resumen ejecutivo. Guatemala.

43 Rednads (2009). «Percepciones y actitudes hacia la homosexualidad en Guatemala». Guatemala: CIG-Gallup para Rednads, 2009, presentación en *power point*.

6

muestra que el tema se considera de relevancia para el país. Sin embargo, el 63% de los entrevistados opina que a las personas infectadas no se les debería permitir ingresar a lugares públicos. Uno de cada tres indica estar de acuerdo con que aquellos niños o niñas con el VIH y sida reciban educación separados del resto. La mitad de los entrevistados adopta una posición punitiva cuando asume que las trabajadoras sexuales con sida «se lo buscaron por su mal comportamiento» y más de una tercera parte lo considera como castigo hacia ellas y los homosexuales por su forma de vida.

Los imaginarios que subyacen a este fenómeno están asociados con lógicas vinculadas a la dimensión normativa del deber ser en el ámbito de la vida cotidiana; por consiguiente, se basan en lo que socialmente es aceptado y normado al respecto de la sexualidad y su ejercicio. La sociedad guatemalteca se caracteriza por mitificar las dimensiones de la realidad vinculadas con esta temática y, en esa mitificación, priman concepciones hegemónicas que relacionan la sexualidad con la reproducción. Por otro lado, subyacen imaginarios asociados con la doble moral existente acerca del papel de las mujeres y su rol reproductivo, así como la expresión y ejercicio sexuales segmentados y excluyentes para las mujeres respecto de los hombres.

Estas formas de ver la vida bajo un lente estigmatizador tienen un impacto determinante en el diseño de la planificación y la atención de los servicios de salud, respecto del VIH/sida y otras ITS. Subyacen, además, en las prácticas médicas y del personal sanitario especializado, afectando los derechos sexuales y reproductivos de las personas con VIH/sida.

1.3 Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia de la malaria y tuberculosis

Se considera que aproximadamente el 80% del territorio guatemalteco es área endémica de malaria, en donde 20 de los 22 departamentos tienen total o parcialmente población en riesgo de la enfermedad. Y si bien ha habido una reducción notable en el número de casos en la última década, la transmisión continúa diseminada en un número importante de municipios. Las condiciones de vida, principalmente la precariedad de la vivienda y su cercanía a fuentes de agua, el clima cálido y húmedo, la exposición de las personas, a través de los movimientos migratorios derivados del trabajo temporal de las zonas del altiplano hacia las regiones de costa y boca costa, lugares donde el vector se desarrolla con facilidad, son las principales determinantes en el mantenimiento de la endemia.

Al inicio de la presente década, el número de casos confirmados de malaria superó los 50,000. Tras un leve descenso en los siguientes cuatro años, que puede estar relacionado con el subregistro de casos, en el año 2005, Visión Mundial, con fondos del Fondo Global, inició la implementación de un proyecto en 552 localidades de Ixcán, Alta Verapaz, y del norte, suroccidente y suroriente de Petén. Los objetivos que se plantearon se enfocan en mejorar la efectividad del diagnóstico y tratamiento, así como los mecanismos de control de la epidemia.

Entre las acciones exitosas del proyecto, la adopción y práctica del uso correcto y cuidado de los pabellones impregnados de insecticida de larga duración han sido un factor importante asociado con la reducción de la morbilidad por malaria. A ello se agrega



Cuadro 4

Resumen de indicadores de malaria

Indicadores	2003	2006	2009	Meta
Tasa de incidencia de malaria	7.38 ⁴⁴	3.38 ⁴⁵	0.9 ⁴⁶	2.22
Tasa de mortalidad asociada con la malaria	0	0.1 ⁴⁷	0 ⁴⁸	0
Proporción de niños menores de cinco años de edad que duermen protegidos por mosquiteros impregnados de insecticida	ND	87 ⁴⁹	93.9 ⁵⁰	95 ⁵¹
Proporción de niños menores de cinco años de edad con fiebre que reciben tratamientos con medicamentos adecuados contra la malaria	ND	ND	100 ⁵²	100

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Visión Mundial Guatemala

la ampliación de la red de microscopía y la disponibilidad de medicamentos que han permitido un diagnóstico oportuno y el tratamiento inmediato. La participación comunitaria ha sido fundamental para las actividades de control vectorial (eliminación y tratamiento de criaderos), fortaleciendo la red de colaboradores y colaboradoras voluntarios.

De esa cuenta, se registró, en 2005, poco menos de 40,000 casos y, a partir de entonces, se ha presentado una reducción constante en la transmisión de la enfermedad. Como resultado de esa iniciativa, disminuyó en 85% la incidencia de la malaria a nivel nacional. La continuidad de las acciones implementadas puede contribuir a que, en 2015, la incidencia de malaria por *plasmodium vivax* llegue a fase de pre eliminación, reduciendo la morbilidad

y mortalidad de malaria por *plasmodium falciparum* a cero.

Tasa de incidencia de malaria

En el período 2000-2008 se registró una reducción de casos confirmados de malaria por *P. vivax* de 86%, y de malaria por *P. falciparum*. de 97%. En 2007, el 98.7% de los casos fue por *P. vivax* y únicamente el 1.3 tuvo como etiología al *P. falciparum*. En el año 2008 esta distribución fue de 99.3 y 0.7%, respectivamente.⁵³ Este porcentaje observado en los casos reportados por *p. falciparum* es el más bajo en los últimos años.⁵⁴

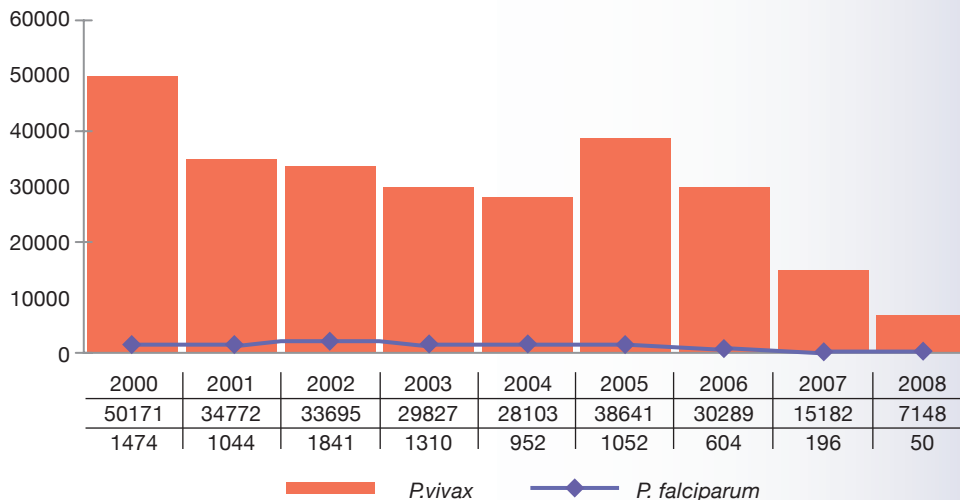
El análisis del indicador se fundamenta en la medición del índice parasitario anual (IPA), que mide la proporción de casos de

44 MSPAS (2002). *Índice parasitario anual por 1000 habitantes*.45 MSPAS (2004). *Índice parasitario anual por 1000 habitantes*.46 MSPAS (2009). *Índice parasitario anual por 1000 habitantes*.47 MSPA/ OPS. *Informe situación de la malaria en las Américas 2008. Tasa de Mortalidad por 100,000 habitantes*.48 *Ibíd.*49 Fundación Visión Mundial Guatemala. *Informe línea basal de evaluación mayo-junio 2006*. Proyecto Malaria. Fondo Mundial.50 Fundación Visión Mundial Guatemala. *Evaluación proyecto malaria, diciembre 2009*. Fondo Mundial.51 MSPAS. *Plan estratégico de malaria*.52 Fundación Visión Mundial Guatemala, *óp. cit.*53 El recuento de casos por *p. falciparum* incluye infecciones mixtas.

54 MSPAS.

6.

Gráfica 4
Malaria, número de casos según año y tipo
(2002-2008)



Fuente: MSPAS, OPS (2009).

malaria microscópicamente confirmados entre las personas sometidas a la vigilancia. El comportamiento en el período 2003-2009 evidencia un descenso importante de 8 veces, ya que de una tasa de incidencia de 7.38 por mil habitantes, en el año 2003, descendió a 0.9 en 2008.⁵⁵

El proyecto «Iniciativa multisectorial para reducir la malaria en cinco áreas prioritarias de Guatemala», implementado por Visión Mundial Guatemala y financiado por el Fondo Mundial, ha contribuido al desarrollo de acciones integrales orientadas a las medidas de control vectorial y a la prevención de la malaria. El uso de los pabellones impregnados con insecticida de larga duración permitió la reducción de los casos confirmados de malaria en las áreas de intervención; además, se ha acercado el acceso oportuno para el diagnóstico y tratamiento en 552 comunidades por medio

de una red de 40 centros de microscopía periféricos localizados estratégicamente. Asimismo, se ha mejorado y fortalecido el sistema de información para la vigilancia epidemiológica.⁵⁶ En 2009, se beneficiaron 127,762 familias por medio de la distribución de 429,653 pabellones impregnados, con lo que se ha contribuido en la reducción de un 87% de los casos de malaria por *p. vivax* y con el 100% por *p. falciparum*.⁵⁷

Tasa de mortalidad por malaria

Durante los años 2000 a 2003 no se reportaron defunciones asociadas con la malaria; sin embargo, en los cuatro años posteriores, el INE consignó defunciones de la siguiente manera: 2 en 2004; 4 en 2005; 2 en 2006 y 3 en 2007.⁵⁸ Aunque se advierte la importancia que la implementación del proyecto auspiciado por el Fondo Mundial

55 MSPAS y OPS /OMS (2009). *Informe de la situación de la malaria en las Américas 2008*. Washington, EE. UU.

56 Visión Mundial. *Hilos de esperanza, memoria de labores 2008*. Guatemala, p. 23 y 24.

57 Visión Mundial. *Los colores del desarrollo, memoria de labores 2009*. Guatemala, p. 23 y 24.

58 INE. *Estadísticas vitales. Revisión de años 2000-2008*.



ha aportado en la reducción de la malaria, también se reconocen las dificultades de notificación y registro que se tiene en el sistema de información sanitaria y de estadísticas vitales del país. Por ello, es posible que los casos de mortalidad asociados con la malaria sean mayores a los notificados, sobre todo si se toma en cuenta que las causas de persistencia de la transmisión continúan presentes (condiciones de vivienda, falta de acceso a los servicios de salud, migración laboral, entre otros).

Proporción de niños menores de cinco años que duermen protegidos por mosquiteros impregnados con insecticidas

Los mosquiteros tratados con insecticidas son una manera altamente efectiva de protegerse de la malaria para las personas, las familias y las comunidades. Dormir con esa protección puede disminuir la malaria severa, reducir los partos prematuros y aportar a la reducción de la mortalidad infantil. De esa cuenta, se considera que las embarazadas y niños menores de cinco años deben beneficiarse de su uso, pues son las poblaciones que tienen el más alto riesgo de muerte y morbilidad, particularmente los más pobres y de las zonas rurales. Aunque en el país no se cuenta con datos sobre los menores de cinco años afectados por la malaria, se sabe que esta enfermedad daña, en la mayoría de los casos, a la población de ese grupo de edad,⁵⁹ y si se contrae durante el embarazo, puede incidir gravemente en el tamaño y el desarrollo del recién nacido y perjudicar la salud de la embarazada,

pues una de sus manifestaciones clínicas es la anemia. En el período 2006-2009 se habían distribuido aproximadamente 430 mil mosquiteros.

En el estudio pre-intervención del proyecto apoyado por el Fondo Mundial se reportó que alrededor de 75% de las personas entrevistadas indicó tener como «costumbre» usar pabellones para dormir; mientras que sólo 58.9% de los hogares los utilizan. Además, se estima que el 87% de los niños menores de cinco años durmieron bajo un pabellón la noche anterior a la entrevista.⁶⁰ La evaluación de diciembre de 2009 estimó que el 93.9% de los niños menores de cinco años había utilizado adecuadamente el pabellón la noche anterior.⁶¹

Proporción de niños menores de cinco años con fiebre que reciben tratamiento con los medicamentos adecuados contra la malaria

En Guatemala, las cepas de *P. falciparum* siguen respondiendo al tratamiento con cloroquina. Por su parte, el tratamiento de la malaria por *P. vivax* incluye el uso de la primaquina a los 14 días clásicamente recomendados. Un número importante de casos no confirmados recibe tratamiento bajo presunción clínica, razón por la que el número de tratamientos distribuidos en 2008 superó notablemente el número de casos confirmados.⁶²

La falta de registro por segmentos de edad dificulta distinguir la proporción de niños menores de cinco años con fiebre que reciben tratamiento con los medicamentos

59 Greenwood, BM., Began K., Whitty, C.J., Tarjet, GA. (2005). *Malaria Lancet* 365. Pp. 1487-1498.

60 Fundación Visión Mundial Guatemala (2007). *Informe de la línea base de evaluación mayo-junio 2006*. Proyecto iniciativa multisectorial para reducir la malaria en cinco áreas prioritarias de Guatemala. Guatemala.

61 *Ibid.*

62 OPS /OMS (2009). Informe de la situación de la malaria en las Américas 2008. Washington, EE. UU.

Cuadro 5

Resumen de indicadores de tuberculosis

Indicadores	2003	2006	2009	Meta
Tasa de incidencia asociada con la tuberculosis	ND	21.6 ⁶³	23.3 ⁶⁴	28 ⁶⁵
Tasa de mortalidad asociada con la tuberculosis	4.18 ⁶⁶	ND	2.41 ⁶⁷	3 ⁶⁸
Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa	ND	75.2 ⁶⁹	78.3 ⁷⁰	85 ⁷¹

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Tuberculosis, Estudios de Coorte Guatemala 2008.

adecuados contra la malaria, puesto que no se lleva un registro de datos sobre el número de niños que lo necesitan. Sin embargo, se cuenta con datos de atención a menores de edad, por parte del MSPAS. Los mismos ascienden a 6,768 niños(as) para 2002, y 884 para 2008.

Tasa de incidencia y mortalidad asociada con la tuberculosis

Los casos de tuberculosis se clasifican en tuberculosis pulmonar (TBP) con baciloscopia positiva, (Bk+) tuberculosis pulmonar (TBP) con baciloscopia negativa (Bk-), tuberculosis pediátrica (menores de 10 años) y tuberculosis extra pulmonar (TBEP).

Los factores que contribuyen a la prevalencia de tuberculosis son la pobreza, el hacinamiento en la vivienda y/o entorno laboral, escasa iluminación natural, inadecuados hábitos higiénicos de protección respiratoria, así como las condiciones de desnutrición e inmunológicas, incluyendo

VIH, diabetes, alcoholismo, enfermedades respiratorias crónicas, además de la falta de la vacuna de BCG en los recién nacidos. De esa cuenta, se considera a la tuberculosis como un grave problema de salud pública en Guatemala.

En años recientes se ha incrementado la detección de casos de tuberculosis. Durante el período 2004-2008, el incremento de detección de TB en todas sus formas fue de 22.3%. A nivel de áreas de salud, aún persiste una baja pesquisa de sintomáticos respiratorios, lo cual limita alcanzar la meta de 70% de detección establecida por el Programa Nacional de Tuberculosis para casos nuevos de BK+. Pese a estas limitaciones, a lo largo de la última década, se han observado avances positivos; por ejemplo, la tasa de mortalidad atribuida a la TB ha disminuido en un poco más de 60%. Asimismo, durante el período 2004-2008, en promedio, la tasa de éxito en tratamiento fue de 84%. La mayor parte de las personas que enfermaron fue curada, representando más de tres cuartas partes

63 MSPAS/PNT (2008). *Tasa de incidencia de tuberculosis en todas sus formas por 100,000 habitantes. Estudio de cohorte 2008.*

64 *Op. cit.*

65 MSPAS/ PNT. *Plan estratégico de control de tuberculosis.*

66 INE. *Tasa de mortalidad por 1000 habitantes.*

67 INE. *Tasa de mortalidad por 1000 habitantes (2008).*

68 MSPAS/ PNT. *Plan estratégico nacional control de la tuberculosis.* Porcentaje.

69 MSPAS/PNT. *Tasa de curación (proporción).* Estudio de cohorte 2008.

70 *Ibid.*

71 MSPAS/PNT. *Plan estratégico nacional de control de tuberculosis.*



de los casos anuales de BK+. En menor medida, se ha logrado reducir el porcentaje de personas que completan tratamientos, pero que no tienen baciloscopías de control negativas, superando el 5%. De igual manera, el porcentaje de personas que abandonan el tratamiento es alto. A lo largo del período referido ha superado el 5%. En 2008, este indicador se situó en 9%.

Entre el año 2004 y 2008 la prevalencia de tuberculosis en todas sus formas se incrementó en 22.3%; en tanto que la tuberculosis pulmonar creció en 16.8%. Más grave aún es la situación de la tuberculosis extrapulmonar, que aumentó en 42%; mientras que, en la población pediátrica, se registró un 47% más de casos. En ese mismo

período, los casos de tuberculosis BK+ aumentaron en 10.4 y los de tuberculosis BK- aumentaron en 84.2%.

Al detectar el 70% de casos existentes de tuberculosis pulmonar bacilífera, se estimaron 5,338 casos nuevos de tuberculosis pulmonar BK+ para 2008. Sin embargo, la detección sólo alcanzó el 39% (2070), lo que proporciona una tasa de incidencia de 15.51 por 100,000 habitantes. De haberse logrado la meta de detección, la tasa de incidencia alcanzaría 40 por 100,000 habitantes.

En el período de referencia (2004-2008), la tasa de prevalencia se mantuvo sin variaciones significativas, lo cual podría explicarse por la ausencia de medidas preventivas y por la invariabilidad de las condiciones de vida

Cuadro 6
Tuberculosis, número de casos y tasas de incidencia, según sus diferentes formas (2004-2008)

Indicadores	2004	2005	2006	2007	2008
Número de casos nuevos	2547	2681	2669	2702	3114
Tasa por 100,000 habitantes	21.07	21.64	21.01	20.75	23.33
Número de casos nuevos pulmonares	2052	2100	2059	2097	2396
Tasa por 100,000 habitantes	16.98	16.95	16.21	16.11	17.95
Número de casos nuevos BK+	1875	1890	1834	1846	2070
Tasa por 100,000 habitantes	15.51	15.25	14.44	14.18	15.51
Número de casos nuevos BK-	177	210	225	251	326
Tasa por 100,000 habitantes	1.46	1.69	1.77	1.93	2.44
Número de casos nuevos pediátricos	253	332	355	332	372
Tasa por 100,000 habitantes	6.79	8.75	9.20	8.46	9.32
Número de casos nuevos extra pulmonares	242	249	255	273	346
Tasa por 100,000 habitantes	2.00	2.01	2.01	2.10	2.59

Fuente: MSPAS, Programa Nacional de Tuberculosis (2008). *Estudio de cohorte*.

6

de la población. Sin embargo, la tasa de mortalidad en el período 2000-2008 se ha reducido, pues las medidas curativas con base en diagnóstico y tratamiento han sido efectivas. Por otro lado, en 2008, cuando se implementa el proyecto «Fortalecimiento de la estrategia TAES dentro del marco de la nueva estrategia “Alto a la tuberculosis” en Guatemala», se detecta un aumento en la tasa que podría ser explicado por el esfuerzo para mejorar la pesquisa y la identificación de casos positivos.

Para el análisis del comportamiento de la mortalidad asociada con la tuberculosis se han revisado las estadísticas vitales del Instituto Nacional de Estadística (INE), aunque debe reconocerse las debilidades sobre los diagnósticos de defunciones asociadas con la tuberculosis tanto a nivel comunitario como de los servicios de salud. Los datos disponibles sugieren que la mortalidad por tuberculosis, en todas sus formas, ha mantenido un descenso en los últimos años. En 2000 se reportó una tasa de 4.18 por 100,000 habitantes, mientras que, en 2004, fue de 2.72 y, en 2008, de 2.41, lo que representa una disminución del 56.66% en los ocho años de referencia.

El proyecto TAES se inició en 2007 en los departamentos de Izabal, Quetzaltenango, San Marcos, Escuintla, Retalhuleu y Suchitepéquez. En 2008 se extendió a todo el país. Con la implementación de este proyecto se ha promovido la participación comunitaria en el cambio de comportamiento, la detección y tratamiento integral a personas con tuberculosis y co-infección de tuberculosis/VIH. También se ha impulsado el fortalecimiento de la Red Nacional de Laboratorios para la Detección Temprana y Control de Calidad en el Diagnóstico, entre otros. Durante 2009, el aporte a la prevención de la tuberculosis se tradujo en la elaboración de materiales educativos, implementándose

un proceso de capacitaciones para que se ampliaran los conocimientos y la prevención de la enfermedad. Todas ellas, actividades que incluyeron a los proveedores de salud, voluntarios y personal de las comunidades.

Adicionalmente, se crearon 29 centros de atención integral con personal capacitado para el manejo de la co-infección de TB/VIH, y se equiparon y mejoraron servicios de aislamiento de hospitales nacionales: Hospital Roosevelt, San Juan de Dios, Rodolfo Robles y San Vicente. Se fortalecieron, con equipo e insumos, 42 laboratorios de detección temprana.

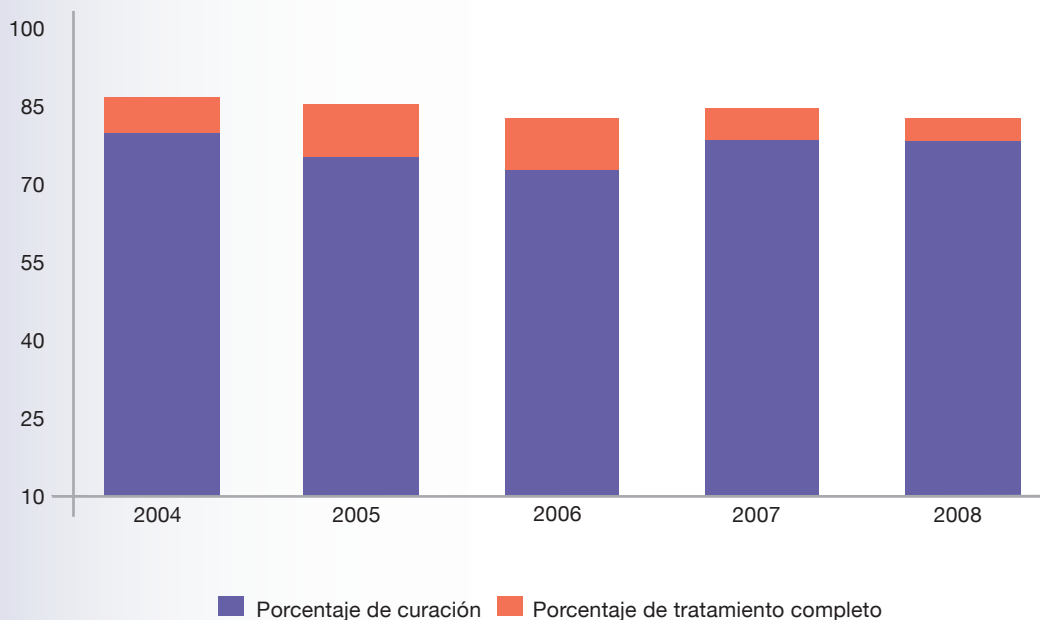
Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa

A nivel nacional, de los 2070 casos de tuberculosis BK+ estudiados durante el año 2008 se logró una tasa de curación de 78.31%, ligeramente superior a la estimada para el año 2006, la cual fue de 75.2%. En el período 2004-2008, la tasa de curación se ha mantenido en promedio en 76.97%. Una situación recurrente ha sido la ausencia de la baciloscopia de control al finalizar el tratamiento, con lo cual pudieran mejorarse las tasas de curación y éxito.

Otra norma internacional dicta que no debe superarse el 6% de casos de abandono de tratamiento. Sin embargo, durante el período de referencia no se ha alcanzado la meta (con excepción de 2004), notándose hasta más del 9% de abandono, situación complicada dado que puede asociarse con la existencia de focos bacilíferos resistentes a los medicamentos que fomentan la aparición de nuevos casos, además de la pérdida económica para el país. Se asocia como falla en la terapia que la persona no ingiera los medicamentos o las dosis



Gráfica 5

Comparativo de tasa de curación y tasa de éxito de tratamiento en tuberculosis pulmonar, según año (2004-2008)

Fuente: MSPAS, Programa Nacional de Tuberculosis.

indicadas, pero también debe tomarse en cuenta la organización de los servicios de salud, como parte del binomio necesario para la estricta adherencia al tratamiento. De esa cuenta, se tiene que, para 2008, el porcentaje de eficacia del tratamiento en los pacientes con tuberculosis BK+ fue de 98.24% (número de casos curados, más los fracasos). La tasa de abandono fue de 9.18% (más de tres puntos superior a lo esperado) y el fracaso en el tratamiento alcanzó el 1.40%.

2. El análisis territorial del cumplimiento de las metas

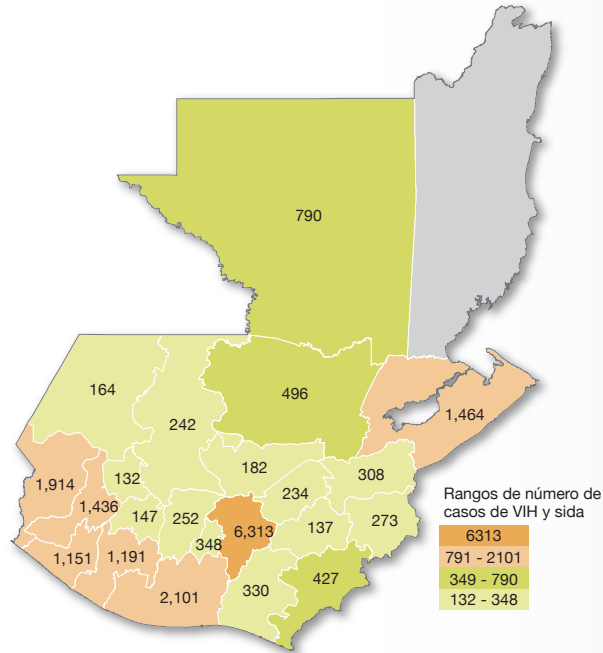
Con relación al VIH y sida, la información de casos notificados acumulados revela que el 80% se concentran en ocho departamentos, a saber: Guatemala, Escuintla, San Marcos, Izabal, Quetzaltenango, Suchitepéquez, Retalhuleu y Petén. Estos departamentos forman el corredor interfronteras (México-Guatemala-Honduras-Belice).⁷²

⁷² MSPAS, Centro Nacional de Epidemiología, Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida (2010). *Estadística de casos acumulados de VIH y sida, enero 1984-diciembre 2009*. Guatemala, p. 3.

Mapa 1

Casos acumulados notificados de VIH y sida según departamento
(1984-2009)

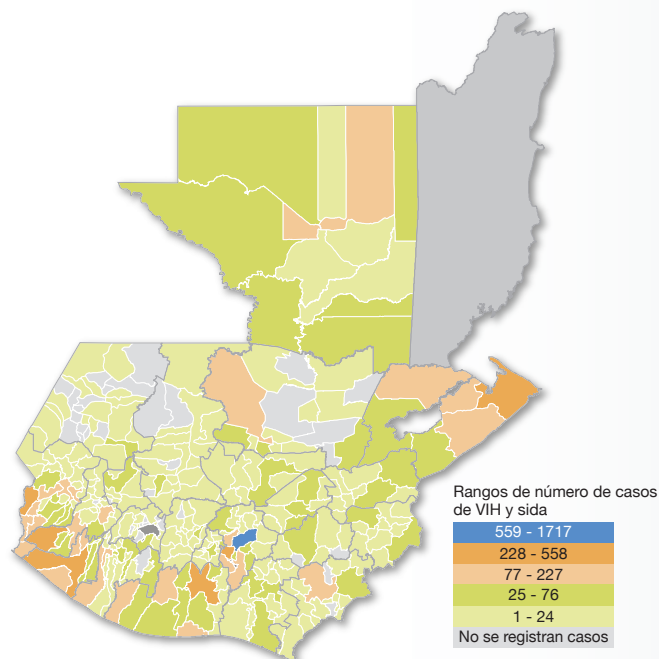
6.



Fuente: MSPAS, Centro Nacional de Epidemiología (2010).

Mapa 2

Casos acumulados notificados de VIH y sida según municipio
(1984-2009)



Fuente: MSPAS, Centro Nacional de Epidemiología (2010).



La distribución de los casos notificados por municipios muestra que 25 de ellos concentran casi el 60% de los casos notificados en el período 2004-2008, a saber: Guatemala, Escuintla, Puerto Barrios, Malacatán, Coatepeque, Retalhuleu, Villa Nueva, Mixco, Mazatenango, Puerto de San José, Santa Lucía Cotzumalguapa, San Benito, San Marcos, Quetzaltenango, Cobán, Livingston, Ocós, Jutiapa, Amatitlán, Villa Canales, Tiquisate, Ayutla, Cuyotenango y Morales, como se muestra en el mapa 2.

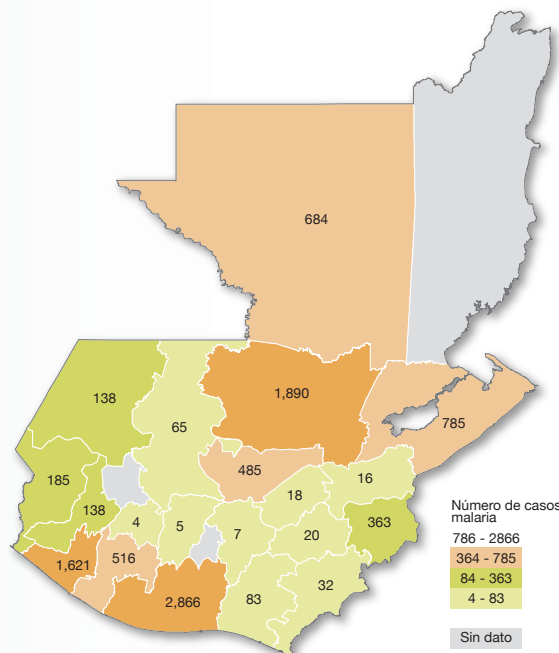
Con relación a la malaria, en Guatemala, el problema históricamente ha comprometido a los departamentos del norte del país, Petén, Alta Verapaz, Izabal y Quiché; sin embargo, en los años más recientes, Escuintla ha cobrado mucha importancia en la transmisión de esta enfermedad. En forma general, se reconocen tres focos de transmisión: la región del Pacífico, especialmente los departamentos de Escuintla, Suchitepéquez, Quetzaltenango

y San Marcos; la región nororiente, donde la carga de la enfermedad es menor y los departamentos más afectados son Izabal y Chiquimula, y la región norte, donde Alta Verapaz es el departamento más afectado.

La gran mayoría de los casos de malaria es de origen rural (91.1%); sin embargo, existen algunos departamentos donde hay transmisión urbana y urbano-marginal, en donde pueden prevalecer las condiciones ambientales para que el vector se reproduzca, además de las malas condiciones de vivienda y de comportamiento de riesgo de las personas para la transmisión de la enfermedad.

En el año 2008, siete departamentos constituyeron el 89.5% del total de casos: Escuintla (29.66%), Alta Verapaz (18.90%), Retalhuleu (16.21%), Izabal (7.85%), Petén (6.84%), Suchitepéquez (5.16%) y Baja Verapaz (4.85%).

Mapa 3
Número de casos de malaria por departamento
(2008)



Fuente: MSPAS.

6

En el análisis territorial de la tuberculosis, los departamentos de Escuintla, Retalhuleu, Suchitepéquez, San Marcos, Izabal y Quetzaltenango presentan tasas de incidencia de tuberculosis en todas sus formas (sobre todo de tuberculosis pulmonar), por encima del promedio nacional.

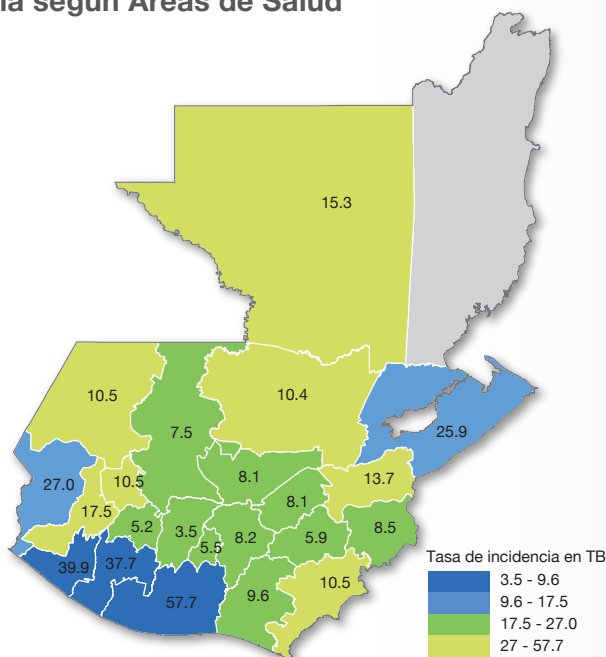
Las áreas de salud más afectadas por la tuberculosis pulmonar en cuanto al indicador de incidencia son: Escuintla (67.36), Suchitepéquez (50.21), Retalhuleu (42.43), Ixcán (33.27), San Marcos (31.32), Izabal (27.53), Quetzaltenango (23.99) y el Petén suroccidente (18.23).⁷³

En el caso de la tuberculosis pediátrica, las Áreas de Salud con mayor tasa de incidencia son: Guatemala nororiente (30.10); Guatemala noroccidente (28.55); Escuintla (27.64); Suchitepéquez (21.76); Guatemala sur (19.74); Sacatepéquez

(16.38); Guatemala, zona central (16.33); Zacapa (15.23); Retalhuleu (15.01); Izabal (13.03); San Marcos (11.55); Quetzaltenango (11.37) e Ixcán (10.12). Con relación a la mortalidad por tuberculosis se registró un incremento del año 2000 a 2008 únicamente en tres departamentos: Jalapa, Zacapa y Suchitepéquez. Las defunciones por esta enfermedad ocurren en mayor proporción en la población masculina.

Por otra parte, las áreas de salud de Escuintla (144%), Retalhuleu (100%), Suchitepéquez (94%) e Ixcán (75%) cumplen con la meta del Programa Nacional de Tuberculosis de detección de casos nuevos BK+; sin embargo, la pesquisa de sintomáticos respiratorios es baja. Ocho Áreas de Salud cumplen con la meta operativa de 3% o menos de fallecidos en personas con tratamiento por tuberculosis; ellas son: El Progreso, Petén

Mapa 4
**Tuberculosis pulmonar BK+,
tasas de incidencia según Áreas de Salud
(2008)**

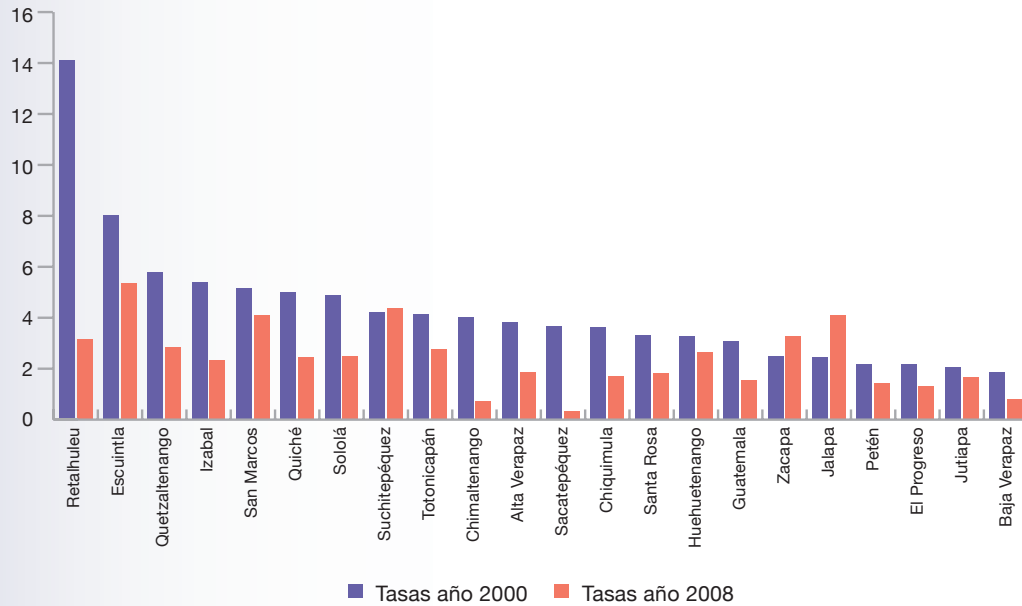


Fuente: MSPAS, Programa Nacional de Tuberculosis.

73 MSPAS, Programa Nacional de Tuberculosis (2008). *Estudio de cohorte*.



Gráfica 6

Tuberculosis, comparativo de tasas de defunción según departamento (2000 y 2008)

Fuente: MSPAS, Programa Nacional de Tuberculosis.

suroccidente, Sololá y Chimaltenango, sin ningún fallecido; Suchitepéquez (1.13%), Guatemala central (2.46%), Quiché (2.50%) y Escuintla (2.71%).

3. El cumplimiento de las metas desde el enfoque de la equidad de género

En el caso del VIH, debido a su condición social desigual, en todo el mundo las mujeres tienen un alto riesgo de contraerlo.⁷⁴ A menudo se encuentran en desventaja con respecto al acceso a la información sobre prevención, en la negociación sobre el uso del preservativo en relaciones sexuales y en el acceso a tratamiento una vez que presentan el VIH.⁷⁵

Aspectos de riesgo vinculados con el género

Diferencias fisiológicas: la fisiología femenina está más propensa a la infección por VIH que la del hombre. Estadísticamente, las mujeres son de dos a cuatro veces más susceptibles a la infección de VIH.⁷⁶ Esto se debe a que ellas tienen más superficie mucosa donde pueden generarse lesiones microscópicas. El riesgo de infección por VIH aumenta significativamente en mujeres con otras ITS no tratadas. Además, en el caso de las adolescentes que han tenido relaciones sexuales sin protección, cuyo aparato reproductor aún no se encuentra plenamente desarrollado, el riesgo de infección es todavía mayor.⁷⁷

Identidad sociocultural: en muchas sociedades, los códigos sociales basados

74 OPS. El género y la infección por el VIH/Sida. Hoja Informativa del Programa Mujer, Salud y Desarrollo.

75 Onusida, *Ibid.*, p. 4.

76 UNAIDS (1999). «AIDS—5 years since ICPD». En OPS, *El género y la infección por el VIH/SIDA*. Hoja informativa del Programa Mujer, Salud y Desarrollo.

77 WHO (2000). «Women and HIV/AIDS. WHO Fac». NET 242. En OPS, *El género y la infección por el VIH/SIDA*. Hoja informativa del Programa Mujer, Salud y Desarrollo.

6

en cuestiones de género determinan los roles sexuales. A menudo, saber de sexo no es algo que le compete a la mujer y, en muchas culturas, se presume que ni siquiera sean seres sexuales o que gocen de las relaciones sexuales. Buscar información sobre sexo es indicador de promiscuidad o adulterio.⁷⁸ Esto limita a las mujeres a la hora de establecer con precisión su nivel de riesgo y de obtener la información adecuada (y los medios) para protegerse contra el VIH. En las culturas donde se le otorga un alto valor a la virginidad dentro de las redes sociales, algunas jóvenes solteras pueden incurrir en comportamientos de alto riesgo, como lo son las relaciones sexuales anales, a modo de conservar su virginidad.⁷⁹ La relación sexual anal sin protección, presenta 10 veces más riesgo de infección por VIH que el sexo vaginal sin protección.⁸⁰

A los hombres, en cambio, se les estimula para que inicien su actividad sexual a edad temprana para demostrar su masculinidad. Asimismo, se espera que el hombre posea un amplio conocimiento sobre sexualidad, lo cual no necesariamente implica que maneja información adecuada con respecto a la prevención de ITS.

En muchas sociedades, el ideal femenino se caracteriza por la pasividad y la ignorancia, así como por la indiferencia hacia sus expectativas, en provecho de las necesidades sexuales del hombre. La masculinidad, por otro lado, se basa en la conquista sexual, las parejas múltiples y el control (*machismo*).⁸¹

La masculinidad expresada a través de la coacción: a menudo, el dominio masculino se

expresa por medio de la violencia sexual. En estos casos, las mujeres con frecuencia no pueden ejercer control sobre las situaciones y se ven imposibilitadas de adoptar medidas para protegerse contra una posible infección de VIH.⁸² Proponer medidas de prevención antes de la relación sexual podría ser un catalizador de violencia física. Además, la ausencia de esta última no excluye el uso de otros tipos de violencia. En algunos casos, las medidas de prevención se perciben como indicadores de desconfianza utilizados por el hombre para el hostigamiento emocional.

Consumo de drogas y alcohol: el consumo de drogas o alcohol aumenta el riesgo de infección tanto para hombres como para mujeres. Para los primeros, el riesgo se manifiesta en tener relaciones sexuales sin protección, como un descuido originado por la falta de control de sus sentidos, o la desinhibición. En el caso de ellas, el uso de drogas o el consumo de alcohol por parte de su pareja podrían desencadenar un sometimiento violento que las obliga a sostener relaciones sexuales involuntarias.

El sexo transaccional: el sexo transaccional para adquirir drogas, alcohol, o incluso bienes básicos de supervivencia en situaciones de crisis, donde se excluye a la mujer de la distribución de recursos, también aumenta el riesgo de infección de VIH en mujeres.

Menos acceso, menos esperanza de vida: las limitaciones que tienen las mujeres en el acceso a atención sanitaria, orientación e información sobre VIH implican que tengan menos posibilidades —en comparación con los hombres— de recibir un diagnóstico y tratamiento oportunos. Esto se traduce en que

78 OPS, *Ibíd.*

79 Onusida, *óp. cit.*, p. 4.

80 *Loc. cit.*

81 *Loc. cit.*

82 *Loc. cit.*



las mujeres con VIH tengan una esperanza de vida más corta que los hombres.⁸³

Estigma y discriminación, el riesgo para los recién nacidos: la mejor nutrición que se le pueda ofrecer a un recién nacido es la lactancia materna. Sin embargo, en mujeres con VIH aumenta el riesgo de transmisión a su hijo en un 10-15%. En algunas comunidades, no obstante, optar por no amamantar puede resultar en la estigmatización de la mujer.⁸⁴

El 37% de los casos de VIH y sida, notificados de 1984 a 2009, es de mujeres. Tres cuartos de las mujeres que reportan haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses, no utilizó preservativo en su última relación sexual (UNGASS, 2010). En 2009, cuatro de cada cinco embarazadas con VIH no tuvieron acceso a tratamiento para evitar que su hijo(a) adquiriese el VIH. Consecuentemente, la transmisión materno-infantil del VIH fue de 30%. El acceso gratuito a la prueba del VIH para la población general es extremadamente limitado en Guatemala. La prueba está disponible principalmente para poblaciones en mayor riesgo: mujeres trabajadoras sexuales y hombres que tienen relaciones con hombres.

4. El cumplimiento de las metas desde el enfoque de la equidad étnica

Guatemala no cuenta con información desagregada sobre las tasas de prevalencia del VIH en los pueblos indígenas, dado

que no se conoce la población expuesta al riesgo con este nivel de desagregación. La información acumulada en el período de enero de 2004 a octubre de 2009 es sobre el número de casos, de tal forma que se oculta la prevalencia real de la epidemia. Al respecto, los departamentos que presentan mayor número de casos en población indígena son: Alta Verapaz (435), Quiché (180) Sololá (111) y Totonicapán (99). Estos departamentos de las regiones norte y noroccidental del país se caracterizan por ser los de mayor población indígena a nivel nacional. La misma explicación aplica en la desagregación de casos por pueblos indígenas, resaltándose que el pueblo maya es el que mayor número de casos reporta (2902) en comparación con los pueblos garífuna (61) y xinca (25), ya que la población maya es mucho mayor.

Los pueblos indígenas comparten la característica de que su población es más afectada por la limitación geográfica y cultural en el acceso a los servicios de salud y, por lo tanto, a la prueba de VIH y tratamiento, lo que puede contribuir a la subestimación de la prevalencia real de la epidemia.

Según la *Ensmi 2008-2009*, casi el 100% de las mujeres ladinas tiene conocimientos sobre el VIH/sida, mientras que en las mujeres indígenas este conocimiento se estima en un 75%. En ambos grupos el conocimiento aumenta a medida que sube el grado de escolaridad, aunque la mayor proporción es en las mujeres ladinas. Las variables que esta *Encuesta* evalúa se refieren a conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual, formas de contagio, prueba de VIH y mecanismos de prevención primaria de VIH.

83 Gómez, Elsa. «Equity, gender and health policy reform in Latin America and the Caribbean». En *El género y la infección por el VIH/SIDA*. Hoja Informativa del Programa Mujer, Salud y Desarrollo.

84 Onusida (2001). Transmisión materno infantil. Fact Sheet. Período extraordinario de sesiones de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Onusida, junio 25-27, 2001.

Cuadro 7

VIH/sida, número de casos, según sexo y pueblo indígena
(enero 2004-octubre 2009)

Etnia	Femenino				Masculino				Total			
	Sida	VIH	Núm. espec.	Total	Sida	VIH	Núm. espec.	Total	Sida	VIH	Núm. espec.	Total
Ladino	1809	2348	6	4163	3577	2072	15	5664	5386	4421	21	9828
Maya	621	506	1	1128	1264	509	1	1774	1885	1015	2	2902
Garífuna	12	22	0	34	15	12	0	27	27	34	0	61
Xinca	6	5	0	11	12	2	0	14	18	7	0	25
Otro	3	5	0	8	7	4	0	11	10	9	0	19
Sin especificar	26	39	0	65	94	59	1	154	120	98	1	219
Total	2477	2925	7	5409	4969	2658	17	7644	7446	5584	24	13054

Fuente: MSPAS, Centro Nacional de Epidemiología.

La discriminación étnica constituye una barrera para el acceso a los servicios públicos de salud, a la información y al tratamiento, lo cual genera diferencias en la situación de salud de la población indígena. “La Estrategia Nacional de IEC/CC” para la prevención de ITS, VIH y sida se basa en un abordaje multiétnico, dada la importancia de los aspectos étnicos culturales en la transmisión de la enfermedad.⁸⁵

En lo que respecta a la malaria, la población indígena es la más afectada, con un 65% de los casos notificados en 2008, en los departamentos de Alta Verapaz, Quiché y Petén que han participado en los últimos cuatro años en acciones de control de la malaria con participación comunitaria para el control de criaderos de mosquitos. Se considera que el 65% de los casos del año 2008 sucedió entre población indígena, siendo una de las causas los niveles de ruralidad

de esta población, así como el acceso a los servicios en las regiones que habitan.

5. Análisis de la tendencia

El análisis de los datos sobre los casos notificados de VIH y sida en la población comprendida entre 15 y 24 años de edad sugiere que el comportamiento continuará oscilante, dadas las características del sistema de salud pública. Con relación al uso de preservativos, el análisis de datos nos muestra un estancamiento del indicador, ya que el lapso entre ambas mediciones ha sido de alrededor de seis años y se considera que, en el tiempo que queda por cumplir con el término de los ODM, no se tendrán mejores resultados de continuar con las mismas acciones.

⁸⁵ La estrategia se basa en la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, teniendo una plataforma importante en la disminución del estigma y la discriminación hacia las personas afectadas por el VIH. Como estrategia operativa se ha planteado la construcción de planes operativos locales que reflejen las necesidades comunitarias y optimicen los recursos a ese nivel. Por su parte, las autoridades del MSPAS han priorizado el VIH dentro de las acciones de prevención.



La medición del conocimiento sobre el VIH y sida en la población entre 15 y 24 años de edad se ha incrementado en casi 40%; sin embargo, la última medición revela que solamente una de cada cuatro personas afirma tener conocimientos sobre el tema y rechaza las formas incorrectas de transmisión del VIH. En síntesis, Guatemala difícilmente podrá cumplir con la meta de detener y comenzar a reducir la propagación del VIH y sida.

En cuanto al acceso a medicamentos, los avances han sido significativos según lo evidencia el registro de datos en el período 2003-2006, con un incremento de 25 puntos porcentuales. Se esperaría que, de continuar con ese ritmo, para 2015, se alcanzaría aproximadamente el 85% de la meta, con lo que la brecha sería de 10%.

Las acciones implementadas para reducir y detener la malaria han tenido un resultado satisfactorio. De hecho, a partir del año base, se ha superado la meta de disminución del 70% de incidencia

de la malaria por *P. vivax*. En las áreas mayormente endémicas, el análisis del porcentaje de niños menores de cinco años que duermen protegidos por mosquiteros impregnados de insecticida revela que sólo queda una brecha de 1%. En esas mismas áreas, el 100% de los niños menores de cinco años que han presentado fiebre ha sido tratado con medicamentos adecuados contra la malaria. Además, las estadísticas vitales nacionales reportan cero casos de muerte asociada con la malaria.

Con relación a la tuberculosis, la tasa de incidencia se ha mantenido por debajo de la meta establecida por el Programa Nacional de Tuberculosis del MSPAS; sin embargo, la meta de detección del 70% de casos nuevos no ha sido alcanzada, encontrándose una brecha de 31%.

La proporción de casos curados con el tratamiento breve bajo observación directa, aunque ha mejorado, tiene una brecha de aproximadamente 7 puntos.

Cuadro 8
Semáforo de tendencia

6

Indicador	Tendencia al cumplimiento o cercanía de la meta	Estancamiento del indicador	Tendencia al no cumplimiento de la meta
Porcentaje de personas con infección avanzada por VIH con acceso a los medicamentos antirretrovirales	✓		
Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa		0	
Indicador	Evolución positiva del indicador	Estancamiento del indicador	Evolución negativa del indicador
Casos notificados de VIH y sida en personas entre 15 y 24 años de edad			✗
Uso de preservativos en la última relación de alto riesgo		0	
Tasa de incidencia de malaria	✓		
Tasa de mortalidad asociada con la malaria	✓		
Proporción de niños menores de cinco años de edad que duermen protegidos por mosquiteros impregnados de insecticida	✓		
Proporción de niños menores de cinco años de edad con fiebre que reciben tratamientos con medicamentos adecuados contra la malaria	✓		
Tasa de incidencia asociada con la tuberculosis			✗
Tasa de mortalidad asociada con la tuberculosis	✓		
Proporción de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/sida*			

* Es la primera vez que el país puede reportar sobre este indicador, el mismo se construyó a partir del análisis de una batería de preguntas contenidas en la *Ensmi 2008-2009*.



6. Políticas públicas vinculadas con el cumplimiento del ODM

Objetivo de desarrollo del milenio	Meta por objetivo	Políticas públicas relacionadas	Programas relacionados	Institución responsable
ODM 6: Combatir el VIH/sida, el paludismos y otras enfermedades	Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la proyección del VIH/sida	<i>Política pública ITS, VIH y sida. Política de salud, para la adolescencia y la juventud</i>	Programa Nacional de Prevención y Control ITS/VIH-Sida (PNS)	MSPAS
			Intensificación de las acciones de prevención y atención integral del VIH-sida en grupos vulnerables y áreas prioritarias	MSPAS/Fondo mundial
			Prevención del sida y la drogadicción- Comité de Educadores en Prevención del Sida (Coepsida)	Mineduc
		<i>Plan nacional para la salud de todas y todos los guatemaltecos</i>	Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR)	MSPAS
	Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento de la infección por VIH a quienes lo necesiten	<i>Plan nacional para la salud de todas y todos los guatemaltecos</i>	Programa de Accesibilidad a Medicamentos (PROAM)	MSPAS
			Asistencia farmacéutica	IGSS
		<i>Política pública ITS, VIH y sida</i>	Intensificación de las acciones de prevención y atención integral del VIH-sida en grupos vulnerables y áreas prioritarias	MSPAS
	Haber comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves	<i>Plan nacional para la salud de todas y todos los guatemaltecos</i>	Programa Nacional de Vectores, Subprograma de Malaria	MSPAS
			Programa Nacional de la Tuberculosis	MSPAS





Referencias bibliográficas

Badilla, Ana Elena. «El VIH y los derechos humanos: retos de política y legislación». En *Notas de población*, núm. 85. Cepal.

Banco Mundial (2006). *Reduciendo la vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica. Guatemala: Situación del VIH/sida y respuesta a la epidemia*. Guatemala.

Grupo Guatemalteco de Mujeres (2007). *VIH-sida y violencia contra las mujeres*. Guatemala.

Güell, A. *La adherencia al tratamiento antirretroviral en personas VIH/sida. Un abordaje desde la perspectiva de trabajo social*. Costa Rica. Documento electrónico, disponible en: www.binasss.sa.cr/revistas/ts/64/art2.htm.

León Noriega, Laura (2008). *Diagnóstico de situación y respuesta al VIH y sida en Guatemala. Análisis y conclusiones*. Guatemala.

MSPAS (2008). *Informe nacional sobre los progresos realizados en el seguimiento a la declaración de compromiso sobre el VIH y sida, Asamblea Especial de las Naciones Unidas sobre el Sida*. Período de reporte: 2006-2007. Guatemala.

MSPAS (2010a). *Estadísticas de casos acumulados de VIH y sida, enero 1984-diciembre 2009*. Guatemala.

MSPAS (2010b). *Informe nacional sobre los progresos realizados en el seguimiento a la declaración de compromiso sobre el VIH y sida, Asamblea Especial de las Naciones Unidas sobre el Sida*. Período de reporte: 2008-2009. Guatemala.

MSPAS (2010c). *Informe de avances 2010, objetivos de desarrollo del milenio. Objetivos: 4,5 y 6*. Guatemala.

MSPAS, CNE (2009). «Estimaciones y proyecciones de VIH y Sida». *Boletín núm. 1*. Guatemala.

MSPAS, CNE (2010). *Estimaciones y proyecciones de VIH y sida en Guatemala*. Guatemala.

MSPAS, et ál., (2002). *IV encuesta nacional de salud materno infantil 2002*. Guatemala.

MSPAS, et ál., (2009). *V encuesta nacional de salud materno infantil 2008/2009*. Guatemala.

MSPAS, Oasis, ASI (2003). *Estudio multicéntrico centroamericano de prevalencia de VIH/ITS y comportamientos en hombres que tienen sexo con otros hombres en Guatemala (EMC)*. Guatemala.

Núñez, César Antonio, Víctor Hugo Fernández y Sergio Aguilar. «Exclusión social y VIH en Guatemala». *Cuadernos de desarrollo humano*, núm. 2001-10.

Onusida (2007). *Directrices prácticas de ONUSIDA para intensificar la prevención del VIH. Hacia el acceso universal*.

6

Onusida (2009a). *Acción conjunta para obtener resultados. Marco de resultados del ONUSIDA de 2009 a 2010*. (Onusida/09.13S / JC1713S), versión española.

Onusida (2009b). *Nota de orientación del ONUSIDA sobre el VIH y el trabajo sexual*. (Onusida/09.09S / JC1696S), versión española.

Onusida (2009c). *Situación de la epidemia de sida 2009*. (Onusida/09.36S / JC1700S), versión española.

OPS, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (2009). *Evaluación para el fortalecimiento de la respuesta del sistema de salud al VIH en Guatemala*. Guatemala.

Pasmo (2004). *Informe final estudio multinacional 2003-2004 conocimientos actitudes y prácticas sobre el VIH, uso del preservativo y otros temas de salud sexual*. Guatemala.

Pasmo (2007). *Estudio TRaC de VIH/SIDA entre trabajadoras sexuales femeninas en ciudad de Guatemala, Escuintla, Izabal, Quetzaltenango y Suchitepéquez*. Guatemala.

Pasmo (2008a). *Estudio TRaC de VIH/sida entre jóvenes de 15 a 24 años de ciudad de Guatemala*. Guatemala.

Pasmo (2008b). *Estudio TRaC de VIH/sida en hombres que tienen sexo con hombres en ciudad de Guatemala, Escuintla, Izabal, Quetzaltenango y Suchitepéquez*. Guatemala.

Rasmussen Cruz, B. (2003). *Comportamientos de riesgo de ITS/SIDA en adolescentes trabajadores de hoteles de Puerto Vallarta y su asociación con el ambiente laboral. Salud Pública*. México, supl1:S81-S91.

Segeplan (2009). *Informe anual política de desarrollo social y población*. Guatemala.

USAID (2008). *Guatemala política pública 638-2005 respecto de la prevención a las infecciones de transmisión sexual —ITS— y a la respuesta a la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida —sida— avances y retos en su implementación*. Guatemala.

Visión Mundial (2007). *Informe final del estudio de línea de base iniciativa intensificación de las acciones de prevención y atención integral del VIH/sida en grupos vulnerables y áreas prioritarias*. Guatemala.

Visión Mundial, et ál. (2008). *Hilos de esperanza, memoria de labores 2008*. Guatemala.

Visión Mundial, et ál. (2009). *Los colores del desarrollo, memoria de labores 2009*. Guatemala.



Siglas y acrónimos

ARV Antirretrovirales

Asecsa Asociación de Servicios Comunitarios de Salud

CAP Centro de Atención Médica Permanente

CC Corte de Constitucionalidad de la República de Guatemala

CDC *Center for Disease Control and Prevention*, por sus siglas en inglés

CIG Cámara de Industria de Guatemala

Coepsida Comité de Educación en Prevención del Sida

Conasida Comisión Nacional contra el Sida

DAS Dirección de Áreas de Salud

Ensmi *Encuesta nacional de salud materno e infantil*

HSH Hombres que tienen sexo con hombres

IEC Instituto Educativo Cristiano

INE Instituto Nacional de Estadística

IPA Índice parasitario anual

ITS Infecciones de transmisión sexual

JRS Jóvenes en riesgo social

MCF Mecanismo de continuación de financiamiento

MSPAS Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

MTS Mujeres trabajadoras sexuales

NAP *National AIDS Program*, por sus siglas en inglés

ODM Objetivo de desarrollo del milenio

OMS Organización Mundial de la Salud

ONG Organización no gubernamental

Onusida Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida

OPS Organización Panamericana de la Salud

Pasca *Central America HIV/AIDS Prevention Program*, por sus siglas en inglés

6

PSI *Population Services International*, por sus siglas en inglés

PPL Personas privadas de libertad

PPVS Personas privadas de libertad

Segeplan Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia

Sida Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

TAR Terapia antirretroviral

TB Tuberculosis

TBP Tuberculosis pulmonar

TNE Tasa neta de escolaridad

UNAIDS *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*, por sus siglas en inglés

Unfpa Fondo de Población de las Naciones Unidas, por sus siglas en inglés

UNGASS *United Nations General Assembly Twenty-sixth Special Session*, por sus siglas en inglés

USAID Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, por sus siglas en inglés

VIH Virus de la inmunodeficiencia humana

VMG Visión Mundial Guatemala

WHO *Women and HIV/AIDS*, por sus siglas en inglés



Índice de gráficas

Gráfica 1 Comparativo de casos VIH/sida notificados por año (2005-2009).....	16
Gráfica 2 Casos de VIH/sida por grupos de edad (Acumulado 1984-2009).....	17
Gráfica 3 Demanda proyectada de preservativos por población vulnerables	20
Gráfica 4 Malaria, número de casos según año y tipo (2002-2008)	28
Gráfica 5 Comparativo de tasa de curación y tasa de éxito en tuberculosis pulmonar, según año (2004-2008)	33
Gráfica 6 Tuberculosis, comparativo de tasas de defunción según departamento (2000 y 2008)	37

Índice de cuadros

Cuadro 1 Resumen de indicadores.....	15
Cuadro 2 Porcentaje de embarazadas VIH positivas del total que accedieron a hacerse la prueba (2006-2009).....	18
Cuadro 3 Resumen de indicadores Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/sida de todas las personas que lo necesiten	23
Cuadro 4 Resumen de indicadores de malaria.....	27
Cuadro 5 Resumen de indicadores de tuberculosis	30
Cuadro 6 Tuberculosis, número de casos y tasas de incidencia, según sus diferentes formas (2004-2008)	31
Cuadro 7 VIH/sida, número de casos, según sexo y pueblo indígena (enero 2004-octubre 2009)	40

Índice de mapas

Mapa 1 Casos notificados de VIH y sida según departamento (1984-2009).....	34
Mapa 2 Casos notificados de VIH y sida según municipio (1984-2009)	34
Mapa 3 Número de casos de malaria por departamento (2008).....	35
Mapa 4 Tuberculosis pulmonar BK+, tasas de incidencia según Áreas de Salud (2008)	36





Anexo metodológico

Indicador 6.1*	Porcentaje de embarazadas VIH positivas
Fórmula del indicador	$\text{Porcentaje de embarazadas VIH positivas} = \frac{\text{Número de embarazadas con resultado positivo en la prueba de detección}}{\text{Número de embarazadas que aceptaron hacerse la prueba en un año en particular}} \times 100$
Listado de variables	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazadas VIH positivas detectadas • Embarazadas tamizadas
Métodos de medición	<p>Tomado de los reportes de monitoreo del proyecto «Intensificación de las acciones de prevención y atención integral del VIH/sida en grupos vulnerables y áreas prioritarias de Guatemala», auspiciado por el Fondo Mundial. Mide la proporción de embarazadas seropositivas del total de embarazadas que han aceptado el tamizaje.</p>
Propósito	<p>Cuantificar la proporción de embarazadas que han sido detectadas con VIH en un determinado momento. Estima la probabilidad de que una embarazada en ese rango de edad tenga la enfermedad en ese momento.</p>
Indicador 6.2	Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo
Fórmula del indicador	$\text{Uso del preservativo} = \frac{\text{Número de hombres y mujeres de 15 a 49 años de edad que en la encuesta reportaron relaciones sexuales con más de una pareja y haber utilizado preservativo en la última relación sexual}}{\text{Total de hombres y mujeres de 15 a 49 años de edad que en la encuesta reportaron relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses}} \times 100$
Listado de variables	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de hombres y mujeres entre 15 y 49 años de edad que reportaron relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses previos a la encuesta y que utilizaron preservativo en la última relación sexual según características de: <ul style="list-style-type: none"> • Área (urbano-rural) • Región (metropolitana, norte, nororiente, suroriente, central, suroccidente, noroccidente y Petén) • Grupo de edad (15-19, 20-24, 25-49) • Grupo étnico (indígena-no indígena) • Nivel de educación (sin educación, primaria, secundaria y superior) • Estado civil (soltera, casada, unión libre, separada-divorciada)
Métodos de medición	<p>Análisis derivados de las <i>Ensmi</i>. Mide las respuestas positivas sobre el uso del preservativo en la última relación sexual del grupo de personas que respondió haber tenido más de una pareja sexual en los 12 meses anteriores a la encuesta.</p>
Propósito	<p>Monitorea el grado de prevención y detención del contagio del VIH.</p>

Indicador 6.3	Proporción de la población entre 15 y 24 años de edad que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH y sida	
Fórmula del indicador	Población joven con conocimientos amplios y correctos sobre VIH/sida	$= \frac{\text{Número de mujeres encuestadas de 15 a 49 años de edad con conocimiento sobre el VIH}}{\text{Total de mujeres encuestadas comprendidas entre los 15 y 49 años}} \times 100$
Listado de variables	Porcentaje de mujeres entre 15 y 24 años de edad con conocimientos sobre el VIH.	
Métodos de medición	Análisis derivados de las <i>Ensmi</i> . Mide el conocimiento espontáneo o inducido sobre el VIH.	
Propósito	Cuantifica el conocimiento sobre las formas de prevenir la infección del VIH.	
Indicador 6.4	Porcentaje de personas con infección avanzada por VIH con acceso a los medicamentos antirretrovirales	
Fórmula del indicador	Proporción de la población con VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales	$= \frac{\text{Número de personas con infección avanzada que reciben tratamiento antirretroviral}}{\text{Estimación de la población con infección avanzada que requiere tratamiento}} \times 100$
Listado de variables	<ul style="list-style-type: none"> • Estimación de personas con infección de VIH. • Número de personas con infección avanzada que requieren tratamiento y tienen acceso a medicamento. 	
Métodos de medición	Estimaciones a través de modelos matemáticos.	
Propósito	Ponderar el número de personas (adultos y niños) con infección avanzada de VIH y que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales.	
Indicador 6.5	Tasa de incidencia y mortalidad por malaria	
Fórmula del indicador	<p>Tasa de incidencia asociada con la malaria</p> $= \frac{\text{Número de casos confirmados de malaria con prueba de gota gruesa positiva, registrados en un año en particular}}{\text{Población total}} \times 100,000$ <p>Tasa de incidencia asociada con la malaria</p> $= \frac{\text{Número de defunciones por malaria ocurridas en el año en particular}}{\text{Población total}} \times 100,000$	
Listado de variables	<ul style="list-style-type: none"> • Casos de malaria notificados. • Defunciones registradas ocurridas por malaria. 	
Métodos de medición	Índice parasitario anual registrado por el MSPAS. Registro de estadísticas vitales del INE.	
Propósito	Tener una estimación sobre la incidencia y mortalidad de malaria, durante un período específico de tiempo.	



Indicador 6.6	Proporción de niños menores de cinco años de edad con fiebre que reciben tratamientos con medicamentos adecuados contra la malaria	
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Niñas y niños < 5 años de edad que duermen protegidos por mosquiteros impregnados de insecticida}}{\text{Número estimado de niños y niñas < de 5 años de edad que duermen protegidos por mosquiteros impregnados de insecticida}} = \frac{\text{Número estimado de niños y niñas < de 5 años de edad que duermen protegidos por mosquiteros impregnados de insecticida}}{\text{Número estimado de niños y niñas < de 5 años de edad que viven en zonas endémicas de malaria}} \times 100$	
Listado de variables	<ul style="list-style-type: none"> • Número de niñas y niños < 5 años de edad que duermen protegidos por mosquiteros impregnados de insecticida. • Estimación de la población de infantes < 5 años de edad, que viven en zonas endémicas de malaria. 	
Métodos de medición	Mediante informes de monitoreo y evaluación en las áreas endémicas.	
Propósito	Estimados de la población que implementa la medida sanitaria de impregnar los mosquiteros de insecticida. Esta medida sanitaria va orientada a una población de niñas y niños < 5 años de edad que viven en zonas endémicas de malaria.	
Indicador 6.7	Proporción de niños menores de cinco años de edad con fiebre que reciben tratamientos con medicamentos adecuados contra la malaria	
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Niñas y niños < 5 años de edad, con fiebre que reciben tratamiento con los medicamentos adecuados contra la malaria}}{\text{Número de niños y niñas < de 5 años de edad que presentaron fiebre y que según registro recibieron tratamiento adecuado contra la malaria}} = \frac{\text{Número de niños y niñas < de 5 años de edad que presentaron fiebre y que según registro recibieron tratamiento adecuado contra la malaria}}{\text{Número de niños y niñas < de 5 años de edad que presentaron fiebre y viven en zonas endémicas de malaria}} \times 100$	
Listado de variables	<p>Número de niños y niñas que viven en zonas endémicas que presentaron fiebre y que recibieron tratamiento adecuado contra la malaria.</p> <p>Número de niños y niñas que viven en zonas endémicas que presentaron fiebre.</p>	
Métodos de medición	Los datos son proporcionados por el MSPAS, según lo reportado en los formularios <i>Sigsa 3</i> . En este caso, se incluirán los datos de pacientes sospechosos (fiebre) que han recibido tratamiento antimalárico.	
Propósito	Estimar la población de niñas y niños < 5 años de edad, que presentaron fiebre, residen en zonas endémicas de paludismo y a quienes se brindó el diagnóstico de malaria y se les dio tratamiento adecuado.	

6

Indicador 6.8	Tasa de incidencia y mortalidad por tuberculosis
Fórmula del indicador	<p>Tasa de incidencia = $\frac{\text{Número de casos confirmados de tuberculosis, todas las edades y todas las formas en el año particular}}{\text{Población total en el año particular}} \times 100,000$</p> <p>Tasa de mortalidad = $\frac{\text{Número de defunciones por tuberculosis, todas las formas y todas las edades ocurridas en el año en particular}}{\text{Población > 10 años de edad}} \times 100,000$</p>
Listado de variables	<ul style="list-style-type: none"> • Casos de tuberculosis confirmados, notificados según clasificación. • Defunciones registradas asociadas con la tuberculosis.
Métodos de medición	A través del sistema de información del MSPAS. Registro de estadísticas vitales del INE.
Propósito	Estimar el número de casos nuevos de tuberculosis en una población determinada y en un período específico; estimar el número de defunciones por causa de tuberculosis en una población dada (por cada cien mil habitantes), durante un período de tiempo establecido.
Indicador 6.9	Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa
Fórmula del indicador	<p>Curación de casos con TB = $\frac{\text{Número de casos de tuberculosis curados bajo observación directa}}{\text{Número de casos de tuberculosis sometidos a tratamiento}} \times 100$</p>
Listado de variables	<ul style="list-style-type: none"> • Casos de tuberculosis curados bajo observación directa.
Métodos de medición	Registros del MSPAS.
Propósito	Tener una estimación del número de personas que se curan de tuberculosis bajo la observación directa.

Anexo estadístico

Tabla síntesis

Tendencia en el cumplimiento de las metas y evolución de los indicadores

	Tendencia al logro de la meta	Evolución del indicador en las últimas dos mediciones			META		Línea de base		Última medición						
		cumplimiento o cercana	no cumplimiento	positiva	estancamiento	negativa	Año	Dato	Urbano	Rural	Femenino	Masculino	Índigena	No indígena	
															Año
1	ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE														
1A	Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día.														
•		X		O		9.05	18.10	2006	15.20	5.3	24.4	14.80	15.70	27.20	7.70
	Proporción de la población que se encuentra debajo de la línea de pobreza extrema nacional. [1]							2006	3.37	1.04	5.54	3.24	3.51	6.02	1.71
1.2			✓			-	2000	2006	5.60	5.6	7.7	5.50	5.60	8.20	5.60
	Coefficiente de la brecha de pobreza extrema.						2000	2006							
1.3			✓			-	2000	2006							
	Proporción del consumo nacional que corresponde al quintil más pobre de la población.														
1B	Lograr empleo pleno y productivo, y trabajo decente para todos, incluyendo mujeres y jóvenes														
1.4				O		-	1989	2006	-0.80	-	-	-	-	-	-
	Tasa de crecimiento del PIB por persona empleada.														
1.5				O		-	1989	2006	57.68	58.66	56.68	41.2	76.5	61.11	55.66
	Relación empleo población.														
•			✓			-	2000	2006	12.4	4.56	20.77	9.21	14.36	22	6.2
	Población ocupada que vive en extrema pobreza.														
1.7				O		-	1989	2006	47.40	35.87	59.71	56.59	41.74	60.91	38.63
	Población ocupada que trabaja por cuenta propia o en empresa familiar.														
1C	Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre.														
1.8		✓				16.75	1987	2008-09	19.30	12.9	23	19.5	19.10	24.8	14.60
	Proporción de niños menores de cinco años con peso inferior al normal para su edad.														
*			✓			28.95	1987	2008-09	43.4	28.8	51.8	44.2	42.70	58.6	30.6
	Proporción de niños menores de cinco años con talla inferior a la normal para su edad.														
1.9		X		O		9.05	1989	2006	15.2	5.3	24.4	14.80	15.70	27.20	7.70
	Porcentaje de población total del país por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria.														

* Indicadores nacionales u opcionales.

[1] Para el seguimiento de indicador relativo a pobreza, el país reporta la pobreza extrema medida por consumo.



Tabla síntesis

Tendencia en el cumplimiento de las metas y evolución de los indicadores

	Tendencia al logro de la meta	Evolución del indicador en las últimas dos mediciones			META	Línea de base		Última medición									
		cumplimiento o cercanía	no cumplimiento	positiva		estancamiento	negativa	Año	Dato	Año	Dato	Urbano	Rural	Femenino	Masculino	Índigena	No indígena
2 LOGRAR LA ENSEÑANZA PRIMARIA UNIVERSAL																	
2A Asegurar que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.																	
2.1	Tasa meta de escolaridad primaria.	✓		✓		100	1991	71.6	2009	98.3	-	-	97	99	-	-	-
2.2	Proporción de estudiantes que comienzan primer grado y culminan sexto.	✓		✓		100	1991	43.7	2009	77.6	-	-	(2008) 77.5	(2008) 77.6	-	-	-
2.3	Tasa de alfabetización de personas entre 15 y 24 años.	✓		✓		100	1989	74.8	2006	87.86	94.54	81.15	84.79	91.38	80.35	92.26	-
3 PROMOVER LA IGUALDAD DE GÉNERO Y EL EMPODERAMIENTO DE LA MUJER																	
3A Eliminar las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza para el año 2015.																	
3.1	Relación entre niñas y niños en la enseñanza primaria.	✓		✓		1	1995	0.84	2009	0.93	(2008) 0.95	(2008) 0.91			(2008) 0.91	(2008) 0.93	(2008) 0.93
	Relación entre niñas y niños en el ciclo básico.	✓		✓		1	1995	0.84	2009	0.90	(2008) 0.92	(2008) 0.82			(2008) 0.75	(2008) 0.93	(2008) 0.93
	Relación entre niñas y niños en el ciclo diversificado.	✓		✓		1	1995	0.97	2009	1	(2008) 1.03	(2008) 1.01			(2008) 0.93	(2008) 1.05	(2008) 1.05
	Relación entre mujeres y hombres en la educación superior.	✓		✓		1	1994	0.57	2010	1.05	-	-			-	-	-
3.2	Proporción de mujeres entre los empleados remunerados en el sector no agrícola.					-	1989	35.03	2006	37.64	40.39	30.41			33.21	39.17	39.17
3.3	Proporción de escaños ocupados por mujeres en los parlamentos nacionales.					-	1986	7	2008	12.03					-	-	-
4 REDUCIR LA MORTALIDAD DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS																	
4A Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.																	
4.1	Tasa de mortalidad de niñas y niños menores de 5 años.	✓		✓		37	1987	110	2008-09	42	34	51	41	49	55	36	36
4.2	Tasa de mortalidad infantil.	✓		✓		24	1987	73	2008-09	30	27	38	32	37	40	30	30
4.3	Porcentaje de niñas y niños menores de 23 meses, vacunados contra el sarampión. [2]					95	1987	69	2008-09	78	73.70	79.90	79.90	75.2	78.6	76.7	76.7

[2] El indicador oficial para vacunación contra el sarampión es para niños menores de un año, sin embargo Guatemala mide la misma en niños de 12 a 23 meses.



Tabla síntesis

Tendencia en el cumplimiento de las metas y evolución de los indicadores

	Tendencia al logro de la meta	Evolución del indicador en las últimas dos mediciones			META		Línea de base		Última medición								
		cumplimiento o cercana	no cumplimiento	positiva	estancamiento	negativa	Año	Dato	Año	Dato	Urbano	Rural	Femenino	Masculino	Índigena	No indígena	
5 MEJORAR LA SALUD MATERNA																	
5A Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.																	
5.1	Tasa de mortalidad materna.	X			O	55	1989	219	2007	136	-	-				-	-
5.2	Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado (médico o enfermera).		✓			-	1987	29	2008-09	51.3	77	36.5				29.5	70.1
5B Lograr para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva																	
5.3	Tasa de uso de anticonceptivos.		✓			-	1987	23	2008-09	54.1	65.7	45.6				40.2	63.3
5.4	Tasa de fecundidad entre adolescentes.		✓			-	1987	139	2008-09	98	78	114				94	100
5.5	Cobertura de atención prenatal.		✓			-	1987	34	2008-09	93	95.9	91.7				92.4	93.5
5.6	Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar.		✓			-	1995	24.3	2008-09	20.08	14.7	25.4				29.6	15.1
6 COMBATIR EL VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES																	
6A Haber detenido y comenzado a reducir, para el 2015, la propagación del VIH/SIDA.																	
6.1	Casos notificados de personas de 15 a 24 años de edad que tienen VIH/sida.				X	-	1990	20	2008	476	-	-				-	-
6.2	Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo.			O		-	2002	57	2008-09	56	58.4	57	24.6	62.2	58.06	57.6	
6.3	Proporción de la población de 15 a 25 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/sida [3]			-		-	-	-	2008-09	22.54							
6B Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/Sida de todas las personas que lo necesitan.																	
6.5	Porcentaje de personas con infección avanzada por VIH con acceso a los medicamentos antirretrovirales.	X	✓			95	2003	43.35	2009	69.24	-	-				-	-

[3] Es la primera vez que el país puede reportar sobre este indicador, el mismo se construyó a partir del análisis de una batería de preguntas contenidas en la Ensmi 2008-2009.

1.6

Tabla síntesis

Tendencia en el cumplimiento de las metas y evolución de los indicadores

	Tendencia al logro de la meta	Evolución del indicador en las últimas dos mediciones		META	Línea de base		Última medición										
		cumplimiento o cercanía	no cumplimiento		positiva	estancamiento	negativa	Año	Dato	Año	Dato	Urbano	Rural	Femenino	Masculino	Índigena	No indígena
6C	Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y tuberculosis.																
6.6	Tasa de incidencia asociada al paludismo.	sin meta	✓				-	2003	7.38	2009	0.9	-	-	-	-	-	-
	Tasa de mortalidad asociada al paludismo.	sin meta	✓				-	2003	0	2009	0	-	-	-	-	-	-
6.7	Proporción de niños menores de 5 años de edad que duermen protegidos por mosquiteros impregnados de insecticida.	sin meta	✓				-	2006	87	2009	93.9	-	-	-	-	-	-
6.8	Proporción de niños menores de 5 años de edad con fiebre que reciben tratamientos con medicamentos adecuados contra el paludismo.	sin meta	✓				-	-	-	2009	100	-	-	-	-	-	-
6.9	Tasa de incidencia asociada a la tuberculosis.	sin meta				✗	-	2006	21.6	2009	23.3	-	-	-	-	-	-
	Tasa de mortalidad asociada a la tuberculosis.	sin meta	✓				-	2003	4.18	2009	2.41	-	-	-	-	-	-
6.10	Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa.	✓					85	2006	75.2	2009	78.3	-	-	-	-	-	-
7	GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL MEDIO AMBIENTE																
7A	Invertir la pérdida de recursos naturales y reducir la pérdida de la biodiversidad, alcanzando para el año 2010, una reducción significativa de la tasa de pérdida.																
7.1	Proporción de la superficie cubierta por bosques.	sin meta			✗		-	1990	40	2006	36.29						
7.2	Emissiones de dióxido de carbono (per cápita).	sin meta			0		-	1990	0.5	2006	2.36	-	-	-	-	-	-
	Consumo de sustancias que agotan la capa de ozono. Toneladas de CFC's.	sin meta	✓				-	2001	264	2009	0.0	-	-	-	-	-	-
7.3	Consumo de sustancias que agotan la capa de ozono. Toneladas de CH ₃ Br.	sin meta	✓				-	2002	1182.3	2009	399.8	-	-	-	-	-	-
7.5	Proporción del total de recursos hídricos utilizada.	sin meta			0		-	2001	14.83	2006	13.99	-	-	-	-	-	-



Tabla síntesis
Tendencia en el cumplimiento de las metas y evolución de los indicadores

	Evolución del indicador en las últimas dos mediciones		META	Línea de base		Última medición										
	positiva	estancamiento		negativa	Año	Dato	Año	Dato	Urbano	Rural	Femenino	Masculino	Índigena	No indígena		
	cumplimiento o cercana	sin meta	no cumplimiento													
7.6		sin meta	O	-	1990	24	32.29	2008								
7.7		sin meta	X	-	2001	16.74	18.20	2006								
*	✓	sin meta		-	1990	0.155	0.218	2006		-	-	-	-	-	-	-
*		sin meta	O	-	1990	79	78.50	2006	59.6	96.1	71.5	80.1	94			67.6
7C	Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso a agua potable y servicios de saneamiento.															
7.8	✓			81.5	1990	63	78.7	2006	91.2	64.1	81.7	77.8	72.5			82.1
7.9	✓			66	1990	32	54.5	2006	82.5	22	62.6	52.1	32.5			66.6
7D	Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por los menos 100 millones de habitantes de tugurios.															
7.10		sin meta	-	-	-	-	13	2010								

[4] Esta información se refiere al departamento de Guatemala, el cual concentra alrededor del 96% de todos los asentamientos precarios del país.

■ No aplica
- Sin dato

Cuadro 1

Casos VIH y sida, según quinquenio de notificación y sexo
(1984 a diciembre de 2009)

Quinquenio	Femenino				Masculino			
	Sida	VIH	Sin especificar	Suma	Sida	VIH	Sin especificar	Suma
1984-1988	6	1	0	7	43	0	0	43
1989-1993	72	1	0	73	341	12	0	353
1994-1998	443	37	0	480	1412	64	0	1476
1999-2003	1349	312	0	1661	2957	353	0	3310
2004-2009	2483	2958	9	5450	4990	2699	18	7704
Sin Dato	1	2	2	5	1	4	1	6
Total	4354	3311	11	7676	9744	3129	19	12892

Quinquenio	Sin identificar sexo				Totales			
	Sida	VIH	Sin especificar	Suma	Sida	VIH	Sin especificar	Suma
1984-1988	0	0	0	0	49	1	0	50
1989-1993	0	0	0	0	413	13	0	426
1994-1998	0	4	0	4	1855	105	0	1960
1999-2003	10	3	0	13	4316	668	0	4984
2004-2009	0	1	0	1	7473	5655	27	13155
Sin Dato	0	4	1	5	2	10	4	16
Total	10	12	1	23	14108	6452	31	20591

Fuente: MSPAS, Centro Nacional de Epidemiología (2010).

Cuadro 2

Casos acumulados de VIH según vía de transmisión notificada
(1984-2009)

Vía de transmisión	Sida	VIH	Sin especificar	Total	Porcentaje
Sexual	13,276	6,064	22	19,362	94.03
Madre-hijo	722	328	3	1.053	5.11
Otros	9	9	1	19	0.009
Desconocido	101	51	5	157	0.76
Suma	14,108	6,452	31	20,591	100

Fuente: MSPAS, Centro Nacional de Epidemiología (2010).



Cuadro 3

Casos acumulados de VIH y sida según notificación de grupo de edad y sexo (1984-2009)

Grupo de edad	Sexo		Relación de masculinidad	Sin sexo identificado	Total	Porcentaje
	Femenino	Masculino				
0-4	526	529	1.01	2	1057	5.13
5-9	68	98	1.44	0	166	0.81
10-14	60	27	0.45	0	87	0.42
15-19	566	327	0.58	1	894	4.34
20-24	1521	1673	1.1	2	3196	15.52
25-29	1544	2600	1.68	2	4146	20.14
30-34	1074	2223	2.07	2	3299	16.02
35-39	733	1588	2.17	1	2322	11.28
40-44	540	1136	2.1	1	1677	8.14
45-49	350	823	2.35	2	1175	5.71
50-54	283	614	2.17	0	897	4.36
55-59	180	409	2.27	0	589	2.86
60-64	84	299	3.56	0	383	1.86
65-69	48	165	3.44	0	213	1.03
70-74	21	94	4.48	0	115	0.56
75 y +	7	44	6.29	0	51	0.25
Sin identificar edad	71	243	3.42	0	324	1.57
Total	7676	12892	1.68	10	20591	100

Fuente: MSPAS, Centro Nacional de Epidemiología (2010).

Cuadro 4

Porcentaje de embarazadas cero positivas del total de las embarazadas tamizadas en los servicios de salud del MSPAS (2009)

Período	Tamizadas	Positivos	Porcentaje positivo
Diciembre 2005 a diciembre 2006	25486	134	0,53
Enero a diciembre 2007	35564	172	0,48
Enero a diciembre 2008	67664	228	0,34
Enero a diciembre 2009	90696	244	0,27

Fuente: Visión Mundial, receptor principal del proyecto de «Intensificación de las acciones de prevención y atención integral de VIH/sida en grupos vulnerables y áreas prioritarias de Guatemala».

Cuadro 5

Casos acumulados de VIH y sida por departamento de notificación
(1984-2009)

6

Departamento	Ladino	Maya	Garífuna	Xinca	Otros	Total
Retalhuleu	714	128	0	1	12	855
Izabal	762	91	45	0	15	913
Escuintla	1334	166	1	0	25	1526
San Marcos	1102	550	1	1	18	1673
Suchitepéquez	410	317	0	0	11	738
Quetzaltenango	673	278	0	0	17	968
Petén	557	87	1	0	5	650
Guatemala	2590	437	6	1	59	3093
El Progreso	144	7	1	0	1	153
Zacapa	160	6	1	0	6	173
Jutiapa	283	11	3	22	6	325
Santa Rosa	206	15	0	0	6	227
Sacatepéquez	143	32	0	0	3	178
Chiquimula	159	21	0	0	4	184
Alta Verapaz	129	298	0	0	10	435
Baja Verapaz	50	38	0	0	2	90
Jalapa	85	5	0	0	0	90
Chimaltenango	91	67	0	0	2	160
Sololá	17	93	0	0	1	111
Totonicapán	24	74	0	0	1	99
Quiché	40	139	1	0	0	180
Huehuetenango	53	31	0	0	3	87
Extranjero	29	1	1	0	3	34
Sin identificar departamento	73	12	0	0	27	112
Suma	9828	2904	61	25	238	13055

Fuente: MSPAS, Centro Nacional de Epidemiología (2010).



Cuadro 6

Casos VIH y sida acumulados, notificados según etnia y sexo
(2004-2009)

Etnia	Femenino			Masculino			Total		
	Sida	VIH	Suma	Sida	VIH	Suma	Sida	VIH	Total
Ladino	1809	2348	4163	3577	2072	5664	5386	4421	9828
Maya	621	506	1128	1264	509	1774	1885	1015	2902
Garífuna	12	22	34	15	12	27	27	34	61
Xinca	6	5	11	12	2	14	18	7	25
Otro	3	5	8	7	4	11	10	9	19
Sin dato	26	39	65	94	59	154	120	98	219
Total	2477	2925	5409	4969	2658	7644	7446	5584	13054

Fuente: MSPAS, Centro Nacional de Epidemiología (2010).

Cuadro 7

Casos de VIH y sida acumulados, notificados según grupo de edad y etnia
(2004-2009)

Grupo de edad	Ladino	Maya	Garífuna	Xinca	Sin identificar etnia	Total
00-04	526	202	3	2	12	745
05-09	85	38	0	0	3	126
10-14	45	10	1	0	0	56
15-19	477	131	4	2	8	622
20-24	1498	453	8	4	28	1991
25-29	1917	606	7	7	50	2587
30-34	1487	450	14	7	39	1997
35-39	1124	263	6	2	32	1427
40-44	778	220	8	1	220	1027
45-49	624	131	2	0	11	768
50-54	486	140	2	0	4	632
55-59	304	108	4	0	6	422
60-64	205	61	2	0	4	272
65-69	116	35	0	0	1	152
70-74	49	29	0	0	2	80
75 y +	26	8	0	0	0	34
Sin identificar edad	81	17	0	0	18	116
Total	9828	2902	25	25	238	13054

Fuente: MSPAS, Centro Nacional de Epidemiología (2010).

Cuadro 8

Porcentaje de hombres de 15 a 49 años de edad que tuvieron relaciones sexuales durante el año previo a la encuesta, por número de parejas con quienes usaron preservativo
(2002)

	Núm. de parejas con quien usó preservativo				Núm. de casos
	Ninguna	1	2	3	
Casado/unido					
Tuvo relaciones con 1 pareja	95.9	4.1			1387
Tuvo relaciones con 2 parejas	54.7	45.3			28
Tuvo relaciones con 3 ó + parejas	60.4	18.7	16.5	4.4	28
No en unión					
Tuvo relaciones con 1 pareja	49.4	50.6			276
Tuvo relaciones con 2 parejas	28.5	64.9			96
Tuvo relaciones con 3 ó + parejas	18.8	4.5	27.1	49.7	84

Fuente: *Ensmi 2002*.

Cuadro 9

Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad que tuvieron relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses
(2009)

Grupo de edad	Hombre			Mujer		
	<i>n</i>	Núm. con más de una pareja	Porcentaje	<i>N</i>	Núm. con más de una pareja	Porcentaje
15-19 años	1790	233	13.00	962	19	2.00
20-24 años	1022	186	18.20	1781	18	1.00
25 años y +	SD	SD	SD	4968	50	1.00

Fuente: *Ensmi 2008-2009*.

Nota: las medidas de prevención se captan con la pregunta: ¿qué puede hacer una persona para evitar infectarse con el VIH/sida? La respuesta puede ser espontánea o dirigida por el encuestador(a). Los datos preliminares que aquí se muestran incluyen ambos tipos de respuesta.

Para identificar las ideas erróneas se pregunta lo siguiente: ¿piensa usted que una persona puede infectarse con el VIH /sida al: a) darle la mano a alguien que tiene sida; b) besar en la frente a alguien que tiene sida; c) ser picado por un mosquito o zancudo; d) usar cucharas, tenedores, platos o vasos usados por alguien que tiene sida y e) trabajar con una persona que tiene sida.



Cuadro 10

Porcentaje de hombres y mujeres jóvenes que conocen formas de prevención primaria de transmisión sexual de VIH (2002)

Prevención primaria	Hombres			Mujeres		
	15 a 19 años	20 a 24 años	15 a 49 años	15 a 19 años	20 a 24 años	15 a 49 años
Usar preservativos	53.7	41.7	42.2	35.3	41.7	34.7
Una sola pareja/fidelidad	18.2	3.9	40	32.8	38.1	42.2
No tener relaciones sexuales/abstinencia	5.1		5	26	26	25
No sabe	***	***		15	10.9	11.1

Fuente: *Ensmi 2002*, hombres (p. 189), mujeres (p. 235).

Cuadro 11

Porcentaje de hombres y mujeres jóvenes que conocen formas de prevención primaria de transmisión sexual de VIH (2002)

Prevención primaria	Hombres			Mujeres		
	15 a 19 años	20 a 24 años	15 a 49 años	15 a 19 años	20 a 24 años	15 a 49 años
Usar preservativos	53.7	41.7	42.2	35.3	41.7	34.7
Una sola pareja/fidelidad	18.2	3.9	40	32.8	38.1	42.2
No tener relaciones sexuales/abstinencia	5.1		5	26	26	25
No sabe	***	***		15	10.9	11.1

Fuente: *Ensmi 2002*, hombres (p. 189), mujeres (p. 235).

6

Cuadro 12

Porcentaje de hombres y mujeres que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión y prevención primaria del VIH (2008-2009)

Indicador	Total	Hombres		Mujeres	
		15-19 años	20-24 años	15-19 años	20-24 años
Núm. de encuestados de 15 a 24 años de edad	8762	1689	981	3421	2671
Núm. de jóvenes que contesta correctamente	2194	429	657	787	721
Porcentaje de jóvenes que contestó correctamente	25.04	25.4	66.97	23	26.99

Fuente: Ensmi 2008-2009.

Cuadro 13

Proporción de adultos y niños con terapia antirretroviral (2003-2009)

Años	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Recibiendo ARV	3440	3359	3492	7623	8466	9159	10728
Necesidades de ARV	7936	9342	10800	12399	14005	15984	17817
Proporción	43.35	35.96	32.33	61.48	60.45	57.3	60.21

Fuente: MSPAS, Centro Nacional de Epidemiología.

Cuadro 14

Comparativo de casos confirmados de malaria y de láminas examinadas según año (2002-2008)

Años	Casos	Láminas examinadas
2000	51,681	246,642
2001	35,816	198,114
2002	35,536	197,113
2003	31,127	156,227
2004	28,955	148,729
2005	39,751	178,726
2006	31,093	168,958
2007	15,378	129,410
2008	7,198	170,188

Fuente: MSPAS.



Cuadro 15

Proporción de casos de malaria según grupo de edad

Grupos de edad	Proporción
< 5 años	13.7
5 - 14 años	19.8
15 - 49 años	39.9
> 50 años	26.7

Fuente: MSPAS.

Cuadro 16

Número de defunciones registradas asociadas con el malaria por año (2000-2009)

Años	Defunciones
2000	0
2001	0
2002	0
2003	0
2004	2
2005	4
2006	2
2007	3
2008	0

Fuente: elaboración propia con datos del INE.

6

Cuadro 17

Pabellones impregnados con insecticida distribuidos por año
(2000-2009)

Año	Pabellones distribuidos
2000	0
2001	0
2002	0
2003	0
2004	0
2005	0
2006	205,750
2007	176,169
2008	37,546
2009	10,188

Fuente: MSPAS.

Cuadro 18

Estudio de cohorte de casos BK+ según condición de egreso por año
(2004-2009)

		2004	2005	2006	2007	2008
Total de caso estudiados		1875	1890	1834	1846	2070
Curados	Número	1497	1421	1338	1450	1621
	Porcentaje	79.84	75.19	72.96	78.55	78.31
Tratamientos completos	Número	130	192	178	114	89
	Porcentaje	6.93	10.16	9.71	6.18	4.3
Traslados	Número	27	35	41	27	38
	Porcentaje	1.44	1.85	2.24	1.46	1.84
Abandonos	Número	110	131	173	146	190
	Porcentaje	5.87	6.93	9.43	7.91	9.18
Fracasos	Número	19	13	26	21	29
	Porcentaje	1.01	0.69	1.42	1.14	1.4
Fallecidos	Número	92	98	78	88	103
	Porcentaje	4.91	5.19	4.25	4.77	4.98

Fuente: MSPAS, Programa Nacional de Tuberculosis (2008). *Estudio de cohorte*.



Cuadro 19

Tasa de incidencia de tuberculosis pediátrica por Área de Salud (2008)

Núm.	Área de Salud	Tasa
1	Guatemala nororiente	30.10
2	Guatemala noroccidente	28.55
3	Escuintla	27.64
4	Suchitepéquez	21.76
5	Guatemala sur	19.74
6	Sacatepéquez	16.38
7	Guatemala central	16.33
8	Zacapa	15.23
9	Retalhuleu	15.01
10	Izabal	13.03
11	San Marcos	11.55
12	Quetzaltenango	11.37
13	Ixcán	10.12
14	Petén suroccidente	6.28
15	Jutiapa	3.13
16	Huehuetenango	2.98
17	Totonicapán	2.09
18	Chiquimula	1.84
19	Sololá	1.55
20	Baja Verapaz	1.24
21	Chimaltenango	1.11
22	Santa Rosa	1.05
23	Alta Verapaz	0.89
24	Quiché	0.45
25	El Progreso	0.00
26	Ixil	0.00
27	Jalapa	0.00
28	Petén norte	0.00
29	Peten suroriente	0.00
	Total país	9.32

Fuente: MSPAS, Programa Nacional de Tuberculosis.

Cuadro 20

**Tasa de incidencia de tuberculosis extrapulmonar por Área de Salud
(2008)**

6.

Núm.	Área de Salud	Tasa
1	Escuintla	5.63
2	Guatemala central	5.23
3	Retalhuleu	4.67
4	Suchitepéquez	4.26
5	Guatemala noroccidente	4.15
6	Guatemala sur	4.11
7	Quetzaltenango	3.74
8	San Marcos	3.44
9	Petén norte	3.01
10	Sacatepéquez	2.76
11	El Progreso	2.68
12	Santa Rosa	2.47
13	Jutiapa	2.44
14	Chiquimula	2.35
15	Guatemala nororiente	2.18
16	Izabal	2.14
17	Chimaltenango	2.01
18	Zacapa	1.42
19	Ixcán	1.23
20	Petén suroccidente	1.07
21	Huehuetenango	0.88
22	Alta Verapaz	0.81
23	Baja Verapaz	0.81
24	Totonicapán	0.71
25	Quiché	0.49
26	Sololá	0.26
27	Ixil	0.00
28	Jalapa	0.00
29	Petén suroriente	0.00
	Total país	2.59

Fuente: MSPAS, Programa Nacional de Tuberculosis.