



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 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años
Guatemala: Serviprensa, 2010.

48 p. ; (Tercer informe de avances en el cumplimiento de los Objetivos de desarrollo del milenio; 4)

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 4

Reducir la mortalidad de los niños
menores de cinco años

Guatemala, noviembre de 2010

Equipo conductor:

Karin Slowing Umaña

Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia

Ana Leticia Aguilar

Subsecretaría 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)

Especialista temático a cargo del capítulo:

Ronald de Paz Valenzuela



Índice general

Mensaje del Presidente	7
Reconocimientos	9
Presentación	11
1. Tendencia y situación actual del cumplimiento de la meta	15
1.1 Mortalidad en menores de cinco años de edad, mortalidad de la niñez	15
1.2 Mortalidad infantil	16
1.3 Vacunación contra el sarampión	16
2. Cumplimiento de la meta desde el enfoque territorial	17
2.1 Mortalidad en menores de cinco años	17
2.2 Mortalidad infantil	19
2.3 Vacunación contra el sarampión	22
3. El cumplimiento de la meta desde el enfoque de la equidad de género	25
4. El cumplimiento de la meta desde el enfoque de la equidad étnica	28
5. Análisis prospectivo de tendencia	29
6. Políticas públicas vinculadas con el cumplimiento del ODM	32
Referencias bibliográficas	33
Siglas y acrónimos	35
Índice de gráficas	37
Índice de cuadros	37
Índice de mapas	37
Anexo metodológico	39
Anexo estadístico	41



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.

Lilian Barillas de Rivas, Mayra Corado, Lilian de España, Julio García Colindres, Edgar González, Albina Guerra, Fernando Guzmán, Coralia Herrera, Fryda Sandoval, Ademir Vásquez, Edgar Hidalgo (Director *Ensmi 2008-2009*)

Instituto Nacional de Estadística (INE)

Angélica Ramírez, Cristian Cabrera

Comisión Presidencial contra la Discriminación y el Racismo contra los Pueblos Indígenas (Codisra)

Reginaldo López

Cooperación y Organismos Internacionales

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Rosario Orozco

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)

Fernando Amado, Daniel Frade

Centro para el Control y Prevención de Enfermedades

Paul Stupp (Dirección de salud reproductiva)

Organizaciones sociales

Fundación Tigo

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

Equipo técnico Segeplan

Luis Castellanos López, Lisandro Morán Santizo, Erwin Díaz Aldana,
Ana Virginia Palma Escobar



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 agrupen 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 la meta

Para el reporte de la situación del cumplimiento de esta meta, los indicadores oficiales son: a) tasa de mortalidad en niños menores de cinco años (mortalidad de la niñez); b) mortalidad infantil (mortalidad en niños menores de un año) y c) proporción de niños menores de un año vacunados contra el sarampión. Para este último, el país reporta, según sus *Encuestas de salud materno infantil (Ensmi)*, la población de niños de 12 a 23 meses vacunados contra el sarampión.

1.1 Mortalidad en menores de cinco años de edad, mortalidad de la niñez

En Guatemala, para 1987, la tasa de mortalidad en la niñez era de 110 por cada mil nacidos vivos (110 x 1000 NV); la misma

descendió para el año 2008-2009, hasta 42 por cada mil nacidos vivos.¹ Si se considera el ritmo de descenso que ha tenido este tipo de mortalidad en las últimas dos décadas se puede observar que, en los años noventa del siglo XX, se reportó una disminución promedio de 3.9% anual; mientras que, en el decenio siguiente, el descenso anual promedio fue más lento, de 2.9%.

Aunque para 2008-2009 persiste una brecha de cinco puntos para alcanzar la meta establecida referida a la mortalidad de la niñez, se ha logrado el descenso de la tasa de 62% respecto del año base (1987) y podría inferirse que, de seguir con este ritmo de descenso promedio (2.8% anual) para el periodo de comprendido de 1987-2009, la meta definida para el año 2015 (37 x 1000 NV) podrá cumplirse.

De acuerdo con el perfil epidemiológico en Guatemala para los menores de cinco años, entre las principales causas de muerte están las denominadas patologías infecto-

Cuadro 1

Cuadro resumen

Tendencias de la mortalidad en la niñez, mortalidad infantil y vacunación (sarampión)*

Indicadores	Año base 1987	1995	1998-1999	2002	2008-2009	Meta 2015	Brecha para alcanzar la meta
Tasa de mortalidad de niñas y niños menores de 5 años (defunciones por cada 1000 nacidos vivos)	110	68	59	53	42	37	5
Tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año) (Tasas por 1000 nacidos vivos)	73	51	45	39	30	24	6
Porcentaje de niñas y niños menores de 23 meses, vacunados contra el sarampión	69	75	81	75	78	95	17

*Para 5 años anteriores a la encuesta.

Fuente: elaboración propia con datos de las encuestas *Ensmi*.

1 *Ensmi 2008-2009. Tendencias de las Ensmi 1987 y 2008-2009*. Stupp, P. Atlanta: CDC.

2 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). *Memoria epidemiológica 2007*. Guatemala: Centro Nacional de Epidemiología, 2008-2009.

4

contagiosas y carenciales, es decir, cuadros de neumonía (34.4%), diarrea (18.4%) y desnutrición (3%).² Estas causas de mortalidad infantil pueden estar potenciadas por la precariedad en las condiciones de vida y del entorno inmediato ambiental en el que se desarrollan los niños y las niñas. Según datos de la *Encuesta nacional de condiciones de vida 2006 (Encovi 2006)*, el 38.2% de los hogares guatemaltecos vivía en condiciones de hacinamiento, en tanto que el 21.3 y el 45% no tenían acceso a fuente mejorada de abastecimiento de agua potable y saneamiento, respectivamente.

1.2 Mortalidad infantil

La mortalidad infantil (0 a 11 meses) comprende a los niños y niñas que mueren ya sea en el período de vida neonatal o en el post neonatal. Las muertes que se presentan entre los neonatos se asocian principalmente con las condiciones del embarazo y el parto. En tanto que las sucedidas en el período post neonatal se relacionan con las circunstancias de la alimentación y el cuidado propiciado al infante, además de las condiciones de habitabilidad y salubridad que lo pueden hacer más o menos vulnerable.

En otras palabras, en ese primer año de vida, los niños y las niñas tienden a ser más susceptibles desde los puntos de vista biológico y social. Para 1987, la tasa de mortalidad infantil alcanzaba los 73 niños/as por cada mil nacidos vivos; mientras que, para el período 2008-2009, esa tasa descendió hasta 30 casos de muerte por cada mil nacidos vivos. Quiere decir que la tasa descendió 59% con respecto al año base, a un ritmo promedio anual de 2.7%. Es relevante destacar que, en la década del 90 del siglo XX, el descenso

promedio anual de este indicador fue de 2.8%; mientras que, en la siguiente década, ese descenso se aceleró hasta el 3.5% anual. Se pueden relacionar estos resultados con el incremento del parto institucional que creció de 29.2%, en 1987, a 51.2% en 2008-2009,³ condición que incide directamente en el grupo de los neonatos, entre quienes sucede el mayor número de muertes dentro del segmento de mortalidad infantil.

Para los infantes post neonatales, la condición que más podría haber impactado de manera positiva en la disminución de la mortalidad son las inmunizaciones. Lo anterior puede estar vinculado con determinadas medidas preventivas y acciones directas que se han impulsado a favor de los neonatos y post neonatales, entre ellas, la estrategia de atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), la implementación del Programa de Extensión de Cobertura (PEC) y la ampliación del esquema básico de inmunizaciones, así como la implementación de campañas masivas de vacunación.⁴

Considerando los elementos anteriores (tanto el ritmo de descenso anual de 2.7% para el período comprendido de 1987-2009, como las acciones que han impactado favorablemente a los infantes) es posible suponer que la meta definida para el año 2015 podría llegar a cumplirse (24 X 1000 NV).

1.3 Vacunación contra el sarampión

La propagación del sarampión está vinculada con la circulación del virus y el estado inmunológico deficiente de las personas. En Guatemala no ha habido casos de sarampión desde el año 1997. En el período

³ MSPAS (2009). *Encuesta nacional de salud materno infantil 2008-2009*. Base de datos.

⁴ AIEPI: desarrollo de protocolos, capacitación a los prestadores del servicio, focalización de lugares con mayor incidencia de mortalidad infantil y de la niñez. PEC: equipos básicos ambulatorios, definición de paquete básico de atenciones, medicamentos. Inmunizaciones: campañas de «puesta al día» que requieren de un esfuerzo especial de búsqueda e identificación de infantes que no están vacunados, así como la introducción de vacunas que antes no eran parte del servicio público.



Vacunación tardía

Existen una serie de creencias en torno a la vacunación, que hace que las madres especialmente en el área rural, opten por llevar a los niños a vacunar de manera tardía. Si el indicador de vacunación contra el sarampión se ajustara a la realidad socio-cultural guatemalteca, ampliando el rango de edad para la vacunación hasta 59 meses, a nivel nacional, la cobertura alcanza el 87.8%, según la última Ensmi 2008-2009. Tomando esto en cuenta el país estaría solamente a 7.2 puntos porcentuales de alcanzar la meta.

considerado (1987/2008-2009), la cobertura de vacunación contra el sarampión ha registrado un incremento de nueve puntos porcentuales; es decir, de 69% en cobertura que se alcanzó en el año 1987, se incrementó a 78% en los años 2008-2009.⁵

La meta definida para 2015 es de 95%, por lo que todavía se mantiene una brecha amplia, de 17 puntos porcentuales para alcanzarla. Con el ritmo promedio de incremento en la cobertura, estimado en 0.4% anual, se puede inferir que no será factible alcanzar la meta.

2. Cumplimiento de la meta desde el enfoque territorial

2.1 Mortalidad en la niñez

En los años 2008-2009, la tasa de mortalidad en menores de cinco años presenta una diferencia entre el área urbana (34 x 1000 NV) y rural (51 x 1000 NV) de 17 puntos. Esta brecha se ha cerrado, ya que para 1987 era de 31 puntos. A pesar de esa diferencia

entre lo urbano y lo rural, para ambos casos, se observó un descenso sustantivo de la mortalidad en la niñez. En el lapso 2008-2009, el área urbana estaba a un punto de alcanzar la meta (33 x 1000 NV), mientras que el área rural se encontraba a ocho puntos (43 x 1000 NV).

Tal disparidad entre áreas urbana y rural tiene relación directa con el acceso en las ciudades a los servicios de salud, tanto públicos como privados. Dichos servicios pueden ser más o menos oportunos e inmediatos para la atención médica, hacer análisis de laboratorio y disponer de los medicamentos necesarios para atender infecciones respiratorias, intestinales y desnutrición, principales causas de la mortalidad en este grupo de edad. Mientras que, en el área rural, los servicios se brindan mediante puestos de salud; los atiende un auxiliar de enfermería y, por extensión de cobertura, además de ser ambulatorios, no son permanentes.

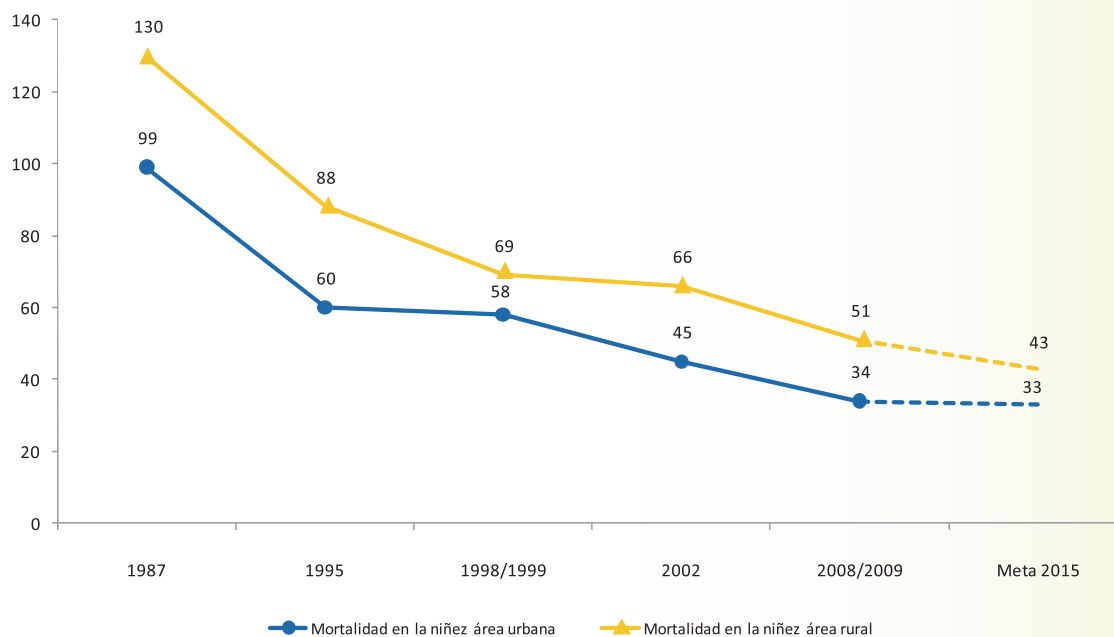
Con relación a las regiones del país, la central y la metropolitana ya han sobrepasado la meta establecida; sin embargo, mantener estos logros implica, para el Estado, importantes esfuerzos para su sostenibilidad. En los casos de las regiones noroccidente y suroriente, aunque persisten brechas correspondientes a tres y nueve puntos porcentuales, respectivamente, las mismas son bajas en comparación con las regiones nororiente (13 puntos), suroccidente (17 puntos) y norte (19 puntos), que presentan las brechas más amplias. En este aspecto, es necesario indicar que el caso de la región Petén no es comparable en el tiempo, ya que no se cuenta con datos del año base.

En las tres regiones donde todavía se presentan brechas amplias también se han registrado disminuciones considerables de las tasas de mortalidad en la niñez. La región

⁵ Ensmi 2008-2009. Tendencias de las Ensmi 1987 y 2008-2009. Stupp, P. Atlanta: CDC.

Gráfica 1

Tendencia de la mortalidad en la niñez según área urbano-rural



Fuente: elaboración propia con datos de las *Ensmi*.

Cuadro 2

Tendencia en la mortalidad en la niñez, según regiones del país

Regiones	Año base 1987	1995	1998-1999	2002	2008-2009	Meta 2015	Brecha para alcanzar la meta
Metropolitana	98.2	55	52	28	19	33	-14
Norte	93.4	104	61	66	50	31	19
Nor-Oriente	113.6	79	68	73	51	38	13
Sur-Oriente	122.7	96	58	83	50	41	9
Central	158.8	92	66	66	33	53	-20
Suroccidente	114.6	75	79	67	55	38	17
Noroccidente	149.4	92	71	66	53	50	3
Petén	ND	ND	67	62	51	-	

Fuente: elaboración propia con datos de las encuestas *Ensmi*.



norte disminuyó 16 puntos entre 2002 y 2008-2009 (de 66 a 50 x 1000 NV); en nororiente, la disminución alcanzó los 22 puntos (de 73 a 51 x 1000 NV); finalmente, en suroccidente descendió 12 puntos en este período (de 67 a 55 x 1000 NV).

2.2 Mortalidad infantil

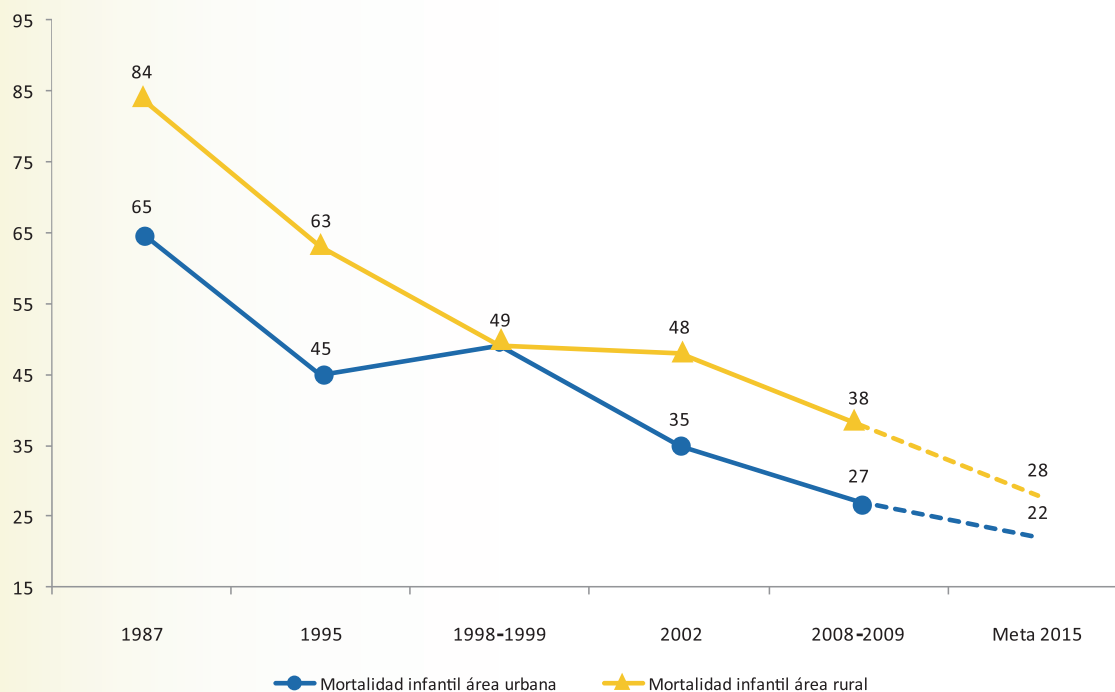
Respecto a la mortalidad en menores de un año, que incluye tanto las muertes de neonatos y post neonatos, se presenta una diferencia de 11 puntos entre el área urbana y rural (27 y 38 x 1000 NV, respectivamente) para el mismo punto de medición (2008-2009). El ritmo de descenso para el área rural ha sido ligeramente mayor que para el área urbana. De 2002 a 2008-2009, se observa una reducción de ocho puntos a nivel urbano (de 35 a 27 x 1000 NV) y de 10

puntos en el área rural (de 48 a 38 x 1000 NV). Finalmente, la brecha existente entre lo urbano-rural también se ha reducido. Para el año 1987, era de 19 puntos y, para 2008-2009 se situó en 11 puntos.

La brecha que aún persiste entre lo urbano y lo rural para este indicador puede explicarse, en parte, por la disponibilidad de la red de servicios de salud en las áreas urbanas, con condiciones para la atención del parto y las complicaciones más comunes en los neonatos (sala de partos, incubadoras, alimentación parenteral, entre otros). En las áreas rurales se cuenta con poca disponibilidad de servicios especializados para la atención de urgencias obstétricas y afecciones neonatales. De este análisis se puede inferir que la diferencia entre lo urbano y lo rural en torno a la mortalidad infantil tiene que ver con el acceso a la atención

Gráfica 2

Tendencia de la mortalidad infantil, según área urbano-rural



Fuente: elaboración propia con datos de las *Ensmi*.

4

primaria, atención médica y medicamentos para los infantes que presentan infecciones y desnutrición. Respecto al comportamiento del indicador a nivel regional, las áreas metropolitana y central ya sobrepasaron la meta. En el caso de nororiente la brecha es de 9 puntos. Las brechas más amplias se presentan en las regiones noroccidente (13 puntos), suroriente (14), suroccidente (17) y norte (19). La región Petén no es totalmente comparable, ya que no se cuenta con datos del año base, como se indicó anteriormente.

Las cuatro regiones con las mayores tasas de mortalidad infantil registraron descensos importantes entre las *Ensmi 2002* y *2008-2009*. Suroccidente disminuyó cinco puntos; noroccidente, nueve; norte, 16 y suroriente 24 puntos. A pesar de esos avances, las metas en estas regiones pueden no cumplirse; sin embargo, a nivel nacional, se prevé alcanzar la meta como resultado del promedio.

Las regiones con mayor brecha de mortalidad infantil para alcanzar la meta se caracterizan por ser las que presentan los mayores índices de pobreza total, a saber: norte, 77.1%; noroccidente, 75.6%; suroccidente, 59.4% y suroriente 54.4%.⁶ En estas regiones, con excepción del suroriente (6%), de acuerdo con la *Encovi 2006*, habita población mayoritariamente indígena: norte (77%), noroccidente (74%) y suroccidente (55%).

El nivel departamental

Para poder realizar un análisis más profundo sobre el comportamiento de los indicadores relacionados con la mortalidad infantil y de la niñez, sería relevante contar con datos a nivel departamental para todas las mediciones. Al respecto, únicamente la última edición de la *Ensmi 2008-2009* contiene información desagregada hasta este nivel territorial. De

Cuadro 3

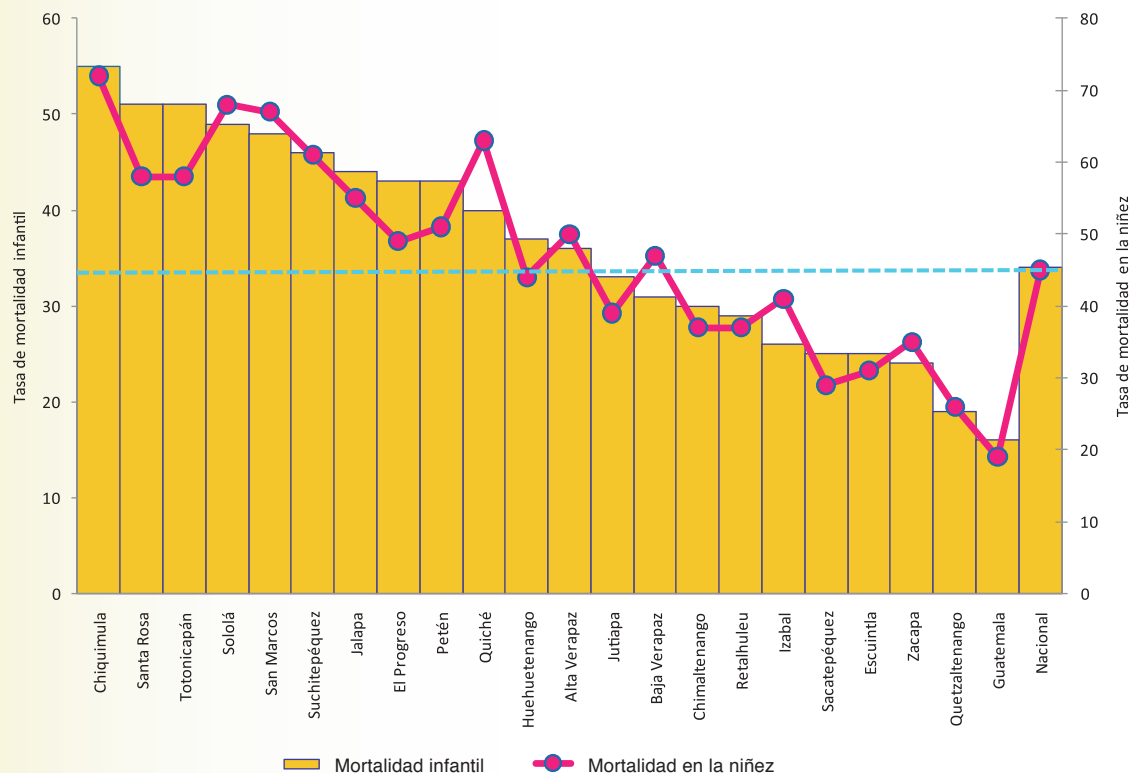
Tendencia en la mortalidad infantil, según regiones del país

Regiones	Año base 1987	1995	1998-1999	2002	2008-2009	Meta 2015	Brecha para alcanzar la meta
Metropolitana	72	43	46	21	16	24	-8
Norte	48	63	40	51	35	16	19
Nororiente	84	53	54	53	37	28	9
Suroriente	85	72	29	66	42	28	14
Central	119	73	57	55	27	40	-13
Suroccidente	72	55	58	46	41	24	17
Noroccidente	75	64	50	47	38	25	13
Petén	Nd	Nd	48	42	43		

Fuente: elaboración propia con datos de las encuestas *Ensmi*.



Gráfica 3

Mortalidad infantil y mortalidad en la niñez, por departamento

Fuente: elaboración propia con datos de las *Ensmi*.

cualquier manera, es pertinente observar las disparidades territoriales que aún persisten entre los departamentos del país, aunque no se cuente con una línea de base, ni sea posible realizar un análisis retrospectivo.

Los datos disponibles sobre mortalidad infantil sitúan a 12 departamentos sobre el promedio nacional (34 x 1000 NV), de los cuales 10 también reportan cifras de mortalidad en menores de cinco años por encima del promedio nacional (45 x 1000 NV).

Los valores más bajos se registran en los departamentos de Guatemala y Quetzaltenango. En el departamento de Guatemala, la tasa de mortalidad infantil es de 16, mientras que la mortalidad en menores de cinco años es de 19. Estas

cifras contrastan con los datos para el departamento ubicado en el otro extremo, Chiquimula, que casi duplica las tasas que se registran en la capital. Estos datos de nuevo reflejan las condiciones de disparidad territorial entre departamentos. Las dos principales urbes del país presentan mejores condiciones económicas y sociales, de ahí que exista mayor número de servicios de atención a la salud, con mejores condiciones de infraestructura y acceso.

Esta es una situación totalmente distinta a algunos departamentos aún muy rezagados, donde permanecen altos indicadores de mortalidad infantil y de la niñez derivados del acceso a los servicios básicos. Desde el punto de vista de la disponibilidad de red vial, ésta presenta limitaciones y dificulta la posibilidad de acceder con mayor celeridad

4

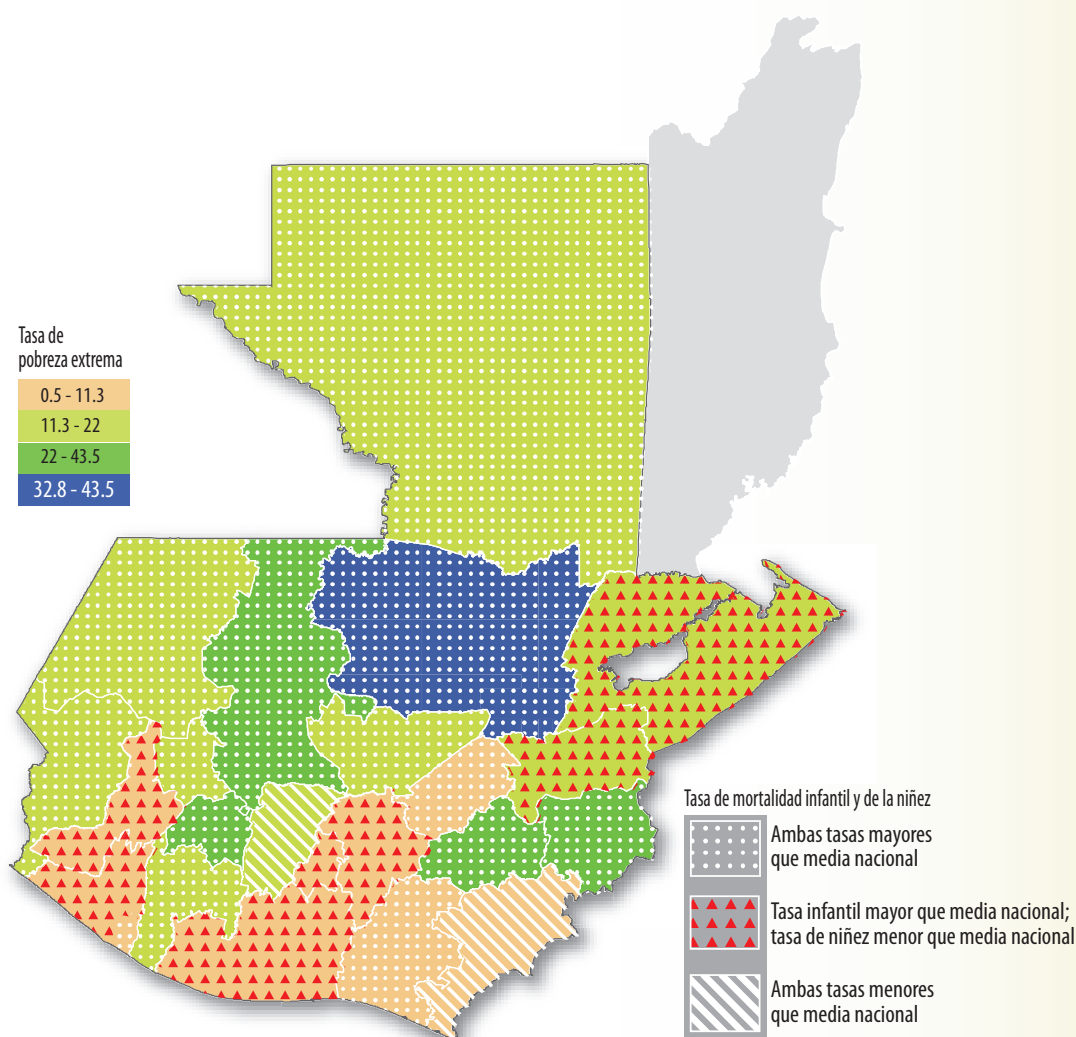
a los servicios de salud, considerando que aún persiste un alto número de rutas no asfaltadas y veredas, las cuales originan que el tiempo de traslado a un servicio de salud sea mayor. Asimismo, la geografía específica de algunos territorios dificulta aún más los accesos. El siguiente mapa evidencia la prevalencia de altas tasas de mortalidad infantil y de la niñez en los departamentos con mayor pobreza extrema.

2.3 Vacuna contra el sarampión

En cuanto a la cobertura de vacunación contra el sarampión, a diferencia de los indicadores anteriores, en la última medición, se observa una cobertura mayor en el área rural (79.9%) que en la urbana (73.7%). Esto puede deberse a intervenciones asociadas con el Programa de Extensión de Cobertura (PEC), cuyo énfasis es la población rural.

Mapa 1

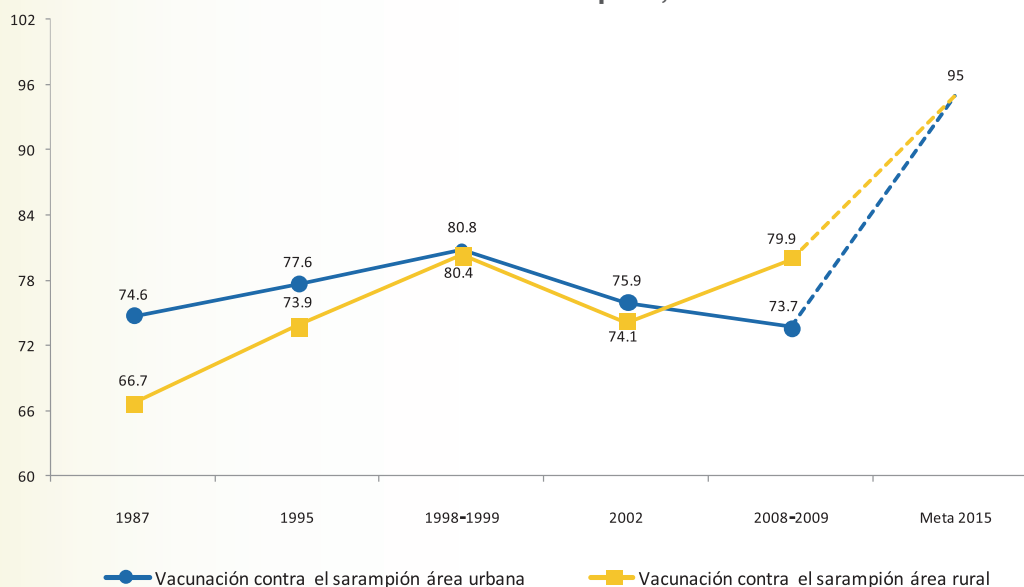
Tasas de mortalidad infantil y mortalidad en la niñez, pobreza extrema por departamento



Fuente: Encovi 2006, Ensmi 2008-2009.



Gráfica 4

Tendencia en la vacunación contra el sarampión, urbano-rural

Fuente: elaboración propia con datos de las *Ensmi*.

En el marco del PEC, la vacunación es un elemento del paquete básico de servicios, con atención extramuros y ambulatoria.⁷ Esta tendencia para el área rural representa un aumento de 13.2 puntos porcentuales partiendo del año base (1987). Mientras que el área urbana tuvo una tendencia a la baja de 1.9 puntos porcentuales respecto del año base, factor que probablemente esté asociado con el hecho de que, en las ciudades, la vacunación es por demanda y la recuperación de cobertura se basa en las semanas nacionales de salud (campañas).

En cuanto al análisis del indicador por regiones, nuevamente es de destacar que se observa mejor comportamiento en las coberturas de vacunación en aquellas regiones más postergadas, rurales y con mayor población indígena. Las que presentan mayor cobertura son noroccidente (83.3), norte (82.6), nororiente (78.2) y suroccidente (78), en tanto que las más bajas son las

áreas metropolitana (69.9) y central (74.7). En estas dos últimas regiones, como ya se ha mencionado, se ubican las urbes principales del país, lo que podría incidir en que, aun cuando existen más servicios de salud, éstos son por demanda, intramuros, y los horarios compiten con los horarios laborales de los padres y/o encargados de los niños.

En el nivel departamental, el comportamiento de la cobertura de la vacuna contra el sarampión es similar al nivel regional: los departamentos con mayores poblaciones y más urbanizados son los que presentan menores porcentajes.

En el nivel departamental el comportamiento de la cobertura de la vacuna contra el sarampión es similar que en el nivel regional, los departamentos con mayores poblaciones y más urbanizados son los que presentan menores porcentajes.

⁷ Extramuros: hace referencia a que existe personal de salud que sale de los servicios de salud y equipos ambulatorios, para ofrecer el servicio. Intramuros: hace referencia a que el servicio se realiza adentro de los establecimientos de salud según demanden las personas.

Cuadro 4

Tendencia en la proporción (%) de vacunación contra el sarampión

Por regiones (porcentaje)

4

Regiones	Año base 1987	1995	1998-1999	2002	2008-2009	Meta 2015	Brecha para alcanzar la meta
Metropolitana	57.3	74.8	83.0	85.1	69.9	95	25.1
Norte	67.6	75.1	86.7	82.0	82.6	95	12.4
Nororiente	83.7	74.5	78.2	73.0	78.2	95	16.8
Suroriente	79.2	90.4	84.9	63.4	75.9	95	19.1
Central	77.6	81.1	81.9	69.9	74.7	95	20.3
Suroccidente	66.7	70.9	77.5	67.9	78.0	95	17.0
Noroccidente	59.5	68.5	76.8	72.9	83.3	95	11.7
Petén	ND	ND	72.9	73.1	77.6	95	17.4

Fuente: elaboración propia con datos de las encuestas *Ensmi*.

Cuadro 5

Vacunación contra el sarampión por departamento

(2008/2009)

Departamento	%	Departamento	%
Retalhuleu	90.3	Chimaltenango	76.6
Baja Verapaz	89	Suchitepéquez	76.2
Chiquimula	86.1	Jutiapa	75.9
Santa Rosa	85.3	Totonicapán	73.4
Huehuetenango	83.9	Sololá	71.6
San Marcos	83.5	Izabal	70.9
Quiché	82.9	Quetzaltenango	70.7
Zacapa	82.5	Guatemala	69.9
Alta Verapaz	81	Jalapa	69.6
Petén	77.6	El Progreso	68.9
Escuintla	77.2	Sacatepéquez	64.2

Fuente: elaboración propia SEGEPLAN 2010, datos *Ensmi* (niños/as de 12 a 23 meses de edad)



3. El cumplimiento de la meta desde el enfoque de equidad de género

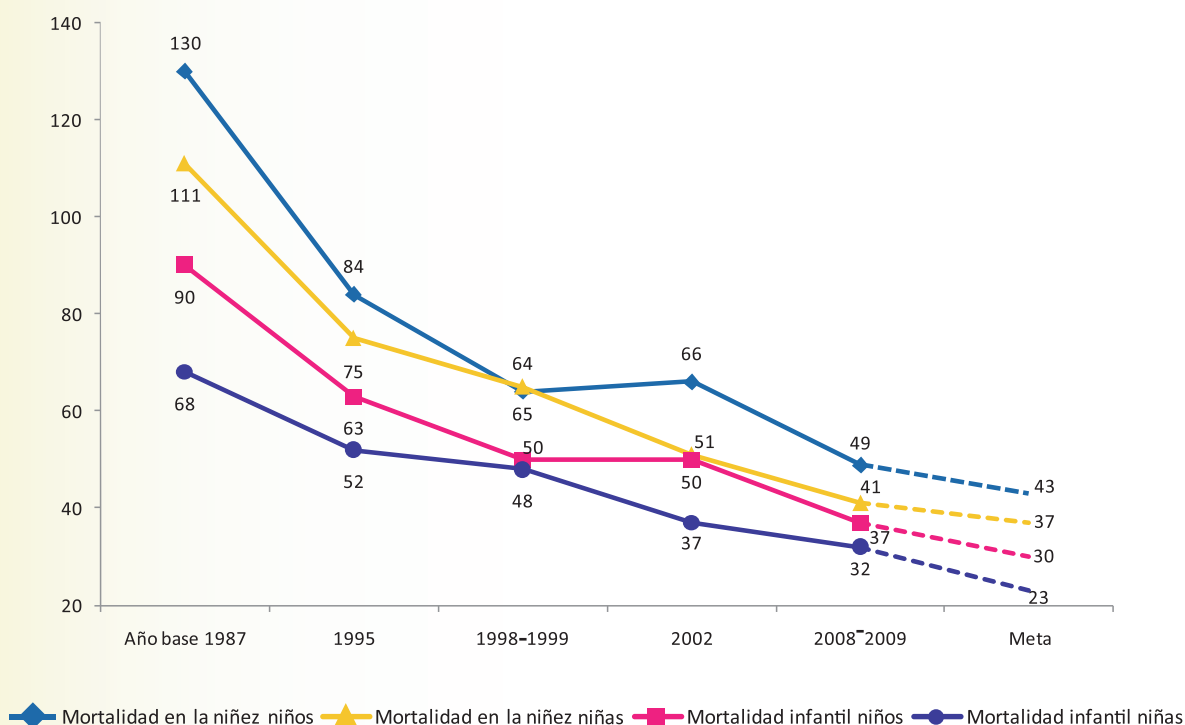
Las diferencias de mortalidad y morbilidad por sexo se derivan tanto de condiciones biológicas como culturales y sociales que inciden en la valoración que la sociedad hace sobre ser hombre y ser mujer, la cual establece relaciones genéricas de subordinación y de poder. Estas consideraciones aplican al campo de la salud, en donde es visible la discriminación y desvalorización de la mujer, lo que se evidencia en la incidencia diferencial por sexo de la desnutrición y mortalidad infantil y en la niñez.

La desnutrición de mujeres embarazadas, sean éstas adultas o adolescentes, también puede estar estrechamente vinculada con la mortalidad materna. Las mujeres con baja talla son más vulnerables a un parto obstruido y las mujeres con anemia están predispuestas a las hemorragias y las infecciones durante el parto. En Guatemala, 31.2% de las mujeres tiene una talla menor a 145 cm y el 29.1% de mujeres embarazadas padece de anemia.⁸

Estos factores biológicos y patológicos, que atañen a las mujeres-madres, aportan condiciones desfavorables a sus hijos/as dentro del claustro materno. Entre otros riesgos, están más expuestas a padecer crecimiento uterino retardado, bajo peso al nacer y enfermedades respiratorias.

Gráfica 5

Tendencia de la mortalidad en la niñez y mortalidad infantil, por sexo

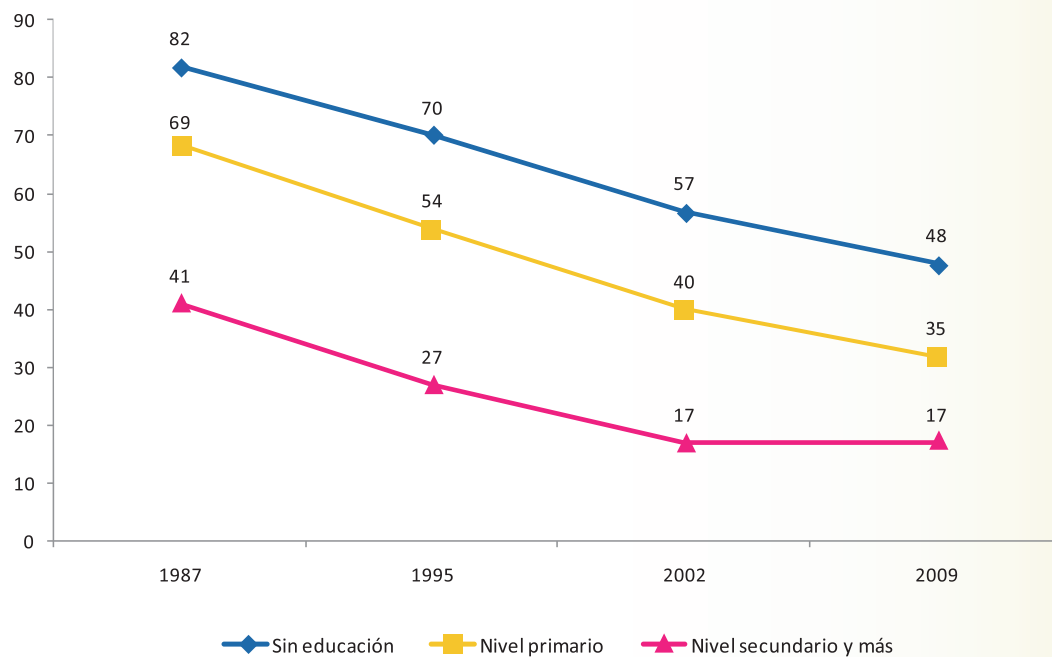


Fuente: elaboración propia con datos de las *Ensmi*.

8 MSPAS (2009). *Ensmi* 2008-2009.

Gráfica 6

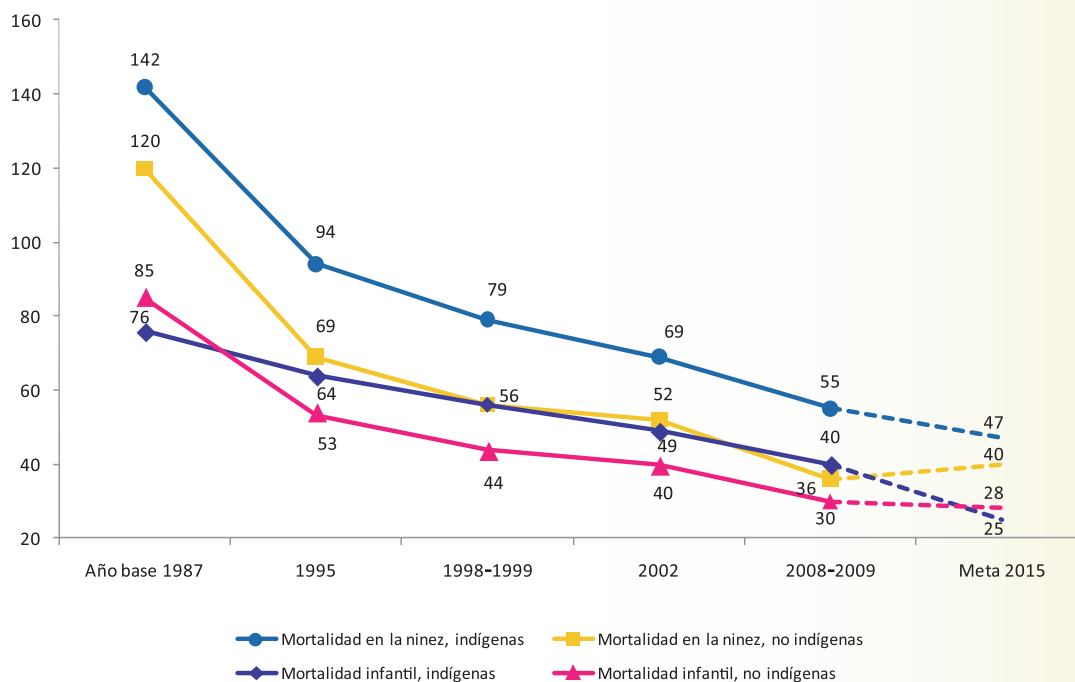
Tendencia de la tasa de mortalidad infantil y nivel educativo de las madres



Fuente: elaboración propia con datos de las *Ensmi*.

Gráfica 7

Tendencia de la mortalidad en la niñez y mortalidad infantil, indígena y no indígena



Fuente: elaboración propia con datos de las *Ensmi*.



Biológicamente, el sexo femenino tiene mayores posibilidades de supervivir que el sexo masculino; aunque la brecha no es muy alta entre ambos sexos, sí es ligeramente mayor en la mortalidad en la niñez.

Según datos de la *Ensmi 2008-2009*, las tasas de mortalidad infantil y en la niñez se redujeron a medida que aumentó el nivel de escolaridad de las madres. Esos niveles de escolaridad inciden positivamente en el cuidado de los hijos, ya que la educación les brinda a las madres mayores y mejores oportunidades de ingreso, desarrollo, seguridad y empoderamiento para la toma de decisiones.

La mortalidad infantil también es una situación que puede hacerse presente cuando existen factores de riesgo en torno a la salud y supervivencia de las madres, como en los casos de madres adolescentes, mayores de 40 años y mujeres con familias numerosas que han empezado a procrear muy jóvenes y cuyos períodos ínter genésicos son menores a 24 meses. Desde esta perspectiva, están en peligro tanto la vida de los/las infantes como la de sus madres. De hecho, la salud de las mujeres suele problematizarse principalmente como parte de su función reproductiva, relegando, de esa manera, otras esferas de la realidad social femenina, lo cual tiende a hacerlas más vulnerables. Entre otros, considérese la maternidad no deseada y la compleja situación económica y social de las madres solteras, quienes deben garantizar las necesidades básicas del hogar.

Embarazo adolescente

Otro factor que limita el cumplimiento de la meta es el número elevado de partos en adolescentes. En Guatemala, esta proporción continúa en ascenso; para el

año 2009, se reportó que el 20.1% de los partos atendidos fue de adolescentes y que, en ese grupo etario (10-19 años), hubo una mortalidad de 40 muertes.⁹ Esta proporción varía de región a región y se presenta principalmente en adolescentes indígenas que residen en el área rural, con niveles bajos de instrucción escolar y una situación socioeconómica de pobreza o pobreza extrema.

A lo anterior se suma la falta de corresponsabilidad de los padres de los infantes, quienes delegan todo tipo de atención y cuidados en las mujeres de la familia, ya sean éstas la madre, la abuela o la hermana mayor. Tómese en cuenta, también, el posicionamiento social de las mujeres-madres en el núcleo familiar respecto de aquellos miembros que tienen mayor capacidad de decisión sobre sus cuerpos, sus vidas, e incluso las de sus hijos. Estas situaciones son factores que pueden incidir, en mayor o menor grado, en el cumplimiento de la meta para reducir la mortalidad infantil.

En relación con la vacunación, la misma se aplica a los infantes sin discriminación por sexo y se administra por demanda: se vacuna a las y los niños que son llevados a los centros de salud. La cobertura de vacunación contra el sarampión registró, para el año 2009, una diferencia de 4.7 puntos entre niños (75.2%) y niñas (79.9%). La diferencia se vincula a que es mayor el número de niños que mueren en relación con el número de niñas que fallecen y, por consiguiente, serán mayores las coberturas de vacunación en el sexo femenino.

⁹ Datos del MSPAS/SIGSA1 y 2.

4

4. El cumplimiento de la meta desde el enfoque de equidad étnica

Los niños y niñas indígenas, en su mayoría, residen en áreas rurales del país y presentan notorios rezagos con relación al grupo de niños no indígenas. El comportamiento de la mortalidad en la niñez y la mortalidad infantil aún mantiene vigente el reto de brechas por cerrar entre los niños indígenas y los no indígenas. Estas diferencias entre grupos étnicos han persistido en el tiempo a pesar de la reducción significativa entre las dos mediciones analizadas en este apartado.

La mortalidad de la niñez presentaba una brecha para el año base (1987) de 22 puntos; para el período 2008-2009, la brecha se cerró ligeramente, situándose en 19 puntos. Esto nos refleja que aún persisten las disparidades entre los indígenas y los no indígenas.

En la misma situación se encuentra el indicador de mortalidad infantil, el que muestra una brecha para el año base de nueve puntos; para 2008-2009, la brecha creció un punto entre la mortalidad infantil indígena, versus la no indígena.

Esta diferencia en el comportamiento del indicador para los dos grupos de población se relaciona con el perfil epidemiológico de Guatemala, en el cual se observan diferencias entre los tipos de padecimiento de la población indígena (sobre todo del área rural, la cual presenta mayor vulnerabilidad a contraer enfermedades respiratorias, intestinales y otras asociadas con la desnutrición). Este hecho debe vincularse, asimismo, con las condiciones de insalubridad y pobreza en las que vive la mayoría de la población rural-indígena.

Algunas de las razones por las cuales las brechas han persistido con poca variación en el tiempo son: la poca disponibilidad, el

Cuadro 6

Tendencia de la mortalidad en la niñez indígena y no indígena

	Año base 1987	1995	1998-1999	2002	2008-2009	Meta 2015	Brecha para alcanzar la meta
Indígena	142	94	79	69	55	47	8
No indígena	120	69	56	52	36	40	-4

Fuente: elaboración propia con datos de las encuestas *Ensmi*.

Cuadro 7

Tendencia de la mortalidad infantil indígena y no indígena

	Año base 1987	1995	1998-1999	2002	2008-2009	Meta 2015	Brecha para alcanzar la meta
Indígena	76	64	56	49	40	25	15
No indígena	85	53	44	40	30	28	2

Fuente: elaboración propia con datos de las encuestas *Ensmi*.



Cuadro 8

Tendencia de la vacunación contra el sarampión, de población indígena y no indígena (Por porcentaje)

	Año base 1987	1995	1998-1999	2002	2008-2009	Meta 2015	Brecha para alcanzar la meta
Indígena	64.4	67.5	70.1	74.1	78.6	95	16.4
No indígena	71.7	80.7	86.6	75.2	76.7	95	18.3

Fuente: elaboración propia con datos de las encuestas *Ensmi*.

acceso y la falta de pertinencia cultural con que se prestan los servicios de salud, así como la carencia de recursos económicos para la movilización y el tratamiento médico.

Por otro lado, se hace difícil incentivar la demanda de las poblaciones indígenas a los servicios de salud, ya que éstos no se brindan con pertinencia cultural y lingüística. Las acciones y programas que se implementan para paliar esta problemática, como por ejemplo el Programa de Medicina Popular y Tradicional, que desarrolla competencias en las/los trabajadores de la salud y en terapias tradicionales respecto a temas como el reconocimiento de los signos y señales de peligro, así como mejores prácticas e intervenciones en el manejo oportuno de los infantes, parecen ser insuficientes.

En Guatemala, la población indígena tiene una concepción de la salud-enfermedad diferente a la de la población no indígena; en efecto, la comprensión de la enfermedad no se basa únicamente en patologías o aspectos biológicos que denoten algún desequilibrio, sino que considera otros factores de orden social, ambiental y espiritual que también inciden en el padecimiento. Por ello, inicialmente aplican sus conocimientos de la medicina tradicional en el tratamiento infantil, a lo cual se debe que la atención en

servicios de salud, en este caso, comprenda un segundo momento.¹⁰

Por su parte, cuando se registran las diferencias en coberturas de vacunación entre población indígena (78.6%) y no indígena (76.7%), el comportamiento es similar, lo que indica que un factor determinante ha sido el fortalecimiento de la red de servicios de salud en el área rural. En este sentido, se observa la importancia de acercar y adecuar este tipo de servicios a las necesidades de las familias.

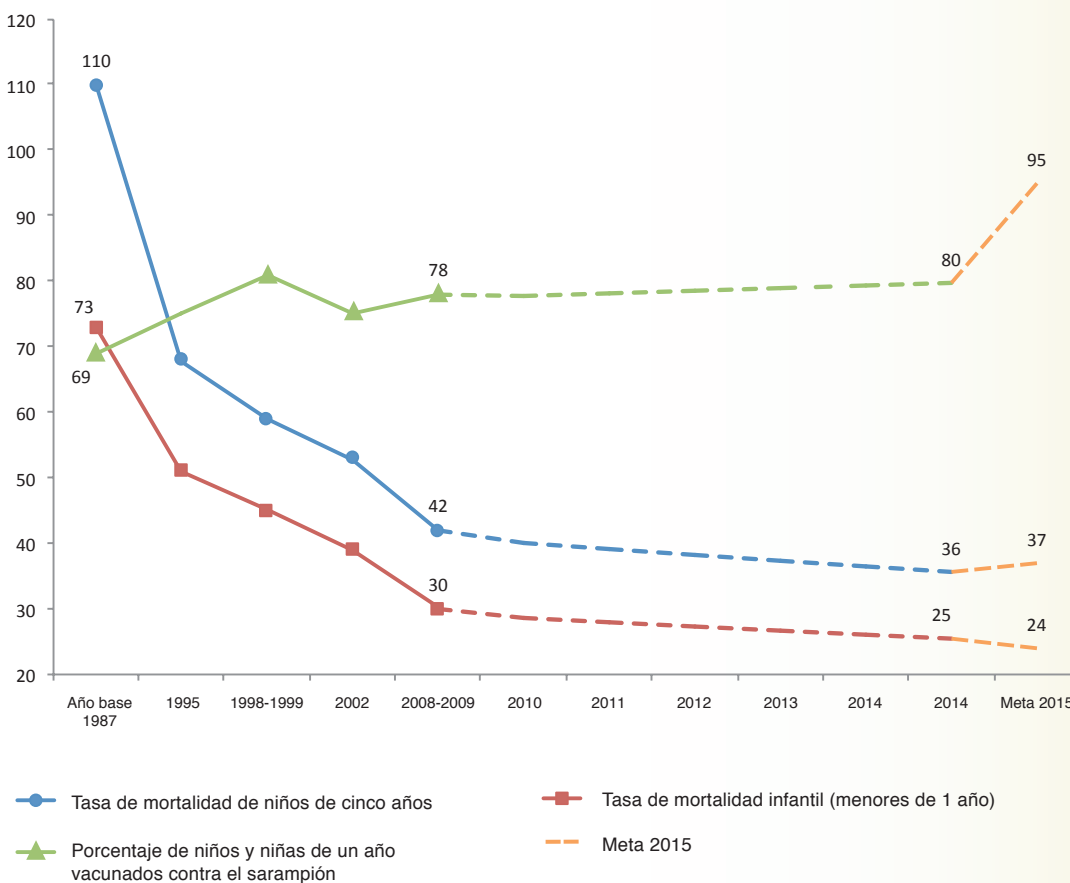
5. Análisis prospectivo de tendencia

El ejercicio de proyección de la tendencia para los indicadores de ODM se basa en un análisis del comportamiento y evolución de cada indicador, desde el año base hasta la última medición. Se parte del supuesto de que los indicadores presentan una velocidad de avance parecida a la observada con anterioridad y no se toman en cuenta posibles cambios en el entorno externo e interno. Sabiendo las limitaciones de un ejercicio de esta naturaleza, se considera que el mismo

10 PNUD (2006). *Diversidad étnico-cultural: la ciudadanía en un Estado plural. Informe nacional de desarrollo humano 2005. Guatemala*: PNUD, p. 177.

Gráfica 8

Proyecciones de mortalidad en la niñez y mortalidad infantil (2010-2015)



Fuente: elaboración propia con datos de las *Ensmi* y proyecciones de tendencia elaboradas por Segeplan.

puede dar luces sobre qué tan cerca o lejos se está de alcanzar las metas, mostrar la magnitud de la brecha y, en consecuencia, de los esfuerzos y retos que el país debe enfrentar para alcanzar los ODM. Así, según la proyección de la tendencia del indicador para el quinquenio 2010-2015, la cual se basa en el crecimiento exponencial de la población y el promedio de reducción anual de la mortalidad en la niñez, puede inferirse que será posible alcanzar y superar la meta de 37 defunciones por cada mil nacidos vivos. En este sentido, la proyección del

comportamiento del indicador de mortalidad infantil señala que, para 2015, podríamos estar muy cerca de alcanzar la meta de 24 x 1000 nacidos vivos.

Para el indicador de coberturas en vacunación contra el sarampión, de acuerdo con las proyecciones, aún se mantendría una brecha de 15 puntos en el año 2015 respecto a la meta planteada.

Pero si Guatemala, modificara la forma de reporte de este indicador de vacunación contra el sarampión, ajustándolo a la



realidad socio-cultural guatemalteca, ampliando el rango de edad de la cobertura para la vacunación hasta 59 meses. El indicador a nivel nacional para el 2008-2009, reporta una cobertura de 87.8%. Al proyectar

la velocidad de avance de cobertura de vacunación hacia el 2015, el país estaría para ese año a solamente a 4.8 puntos porcentuales de alcanzar la meta.

Cuadro 9

Tendencias para el cumplimiento de la meta

Indicadores	Tendencia al cumplimiento o cercanía de la meta	Estancamiento del indicador	Tendencia al no cumplimiento de la meta
Tasa de mortalidad de niñas y niños menores de 5 años (defunciones por cada 1000 nacidos vivos)	✓		
Tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año) (Tasas por 1000 nacidos vivos)	✓		
Porcentaje de niñas y niños de 1 año, vacunados contra el sarampión (datos <i>Ensmi</i>).			✗
Porcentaje de niñas y niños de hasta 59 meses, vacunados contra el sarampión	✓		

Fuente: elaboración propia.

6. Políticas públicas vinculadas con el cumplimiento del ODM

4

•••••

Objetivo de Desarrollo del Milenio	Meta por objetivo	Políticas públicas relacionadas	Programas relacionados	Institución responsable
ODM 4: reducir la mortalidad infantil	Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años	Plan Nacional para la salud de todas y todos los guatemaltecos	Programa Nacional de Reducción de la Desnutrición Crónica	MSPAS
			Programa de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) y enfermedades transmitidas por agua y alimentos (Etas)	MSPAS
			Programa Nacional de Salud	MSPAS
			Programa de Salud Reproductiva (PNSR)	MSPAS
			Programa de accesibilidad de medicamentos (Proam)	MSPAS
			Programa de Control de Crecimiento (Prosán)	MSPAS
			Centro de Atención Integral con Énfasis Materno Infantil (Caimi)	MSPAS
			Centros de Recuperación Nutricional (CRN)	MSPAS
			Programa de Lactancia Materna	MSPAS
			Programa Nacional de Vacunación	MSPAS
			Programa de Extensión de Cobertura	MSPAS
			Programa Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal	MSPAS
			Programa Nacional de Inmunizaciones	MSPAS
		Protección social	Programa «Mi Familia Progresa»	Mineduc
			Programa «Bolsa Solidaria Rural»	Secretaría de Bienestar Social
			Programa «Mi Comunidad Produce»	Interinstitucional
			Programa «Agua Fuente de Paz»	MSPAS, Infom, Fonapaz, SCEP, Segeplan y Sesán



Referencias bibliográficas

Cepal (2007). *Boletín de la infancia y la adolescencia sobre avances de los objetivos del milenio*. Naciones Unidas.

MSPAS/INE (2002). *Encuesta nacional de salud materno infantil 2002*. Gobierno de Guatemala.

MSPAS (2008a). *Plan nacional para la salud de todas y todos los guatemaltecos*. Gobierno de Guatemala.

MSPAS (2008b). *Memoria anual de vigilancia epidemiológica*. Guatemala: Centro Nacional de Epidemiología.

MSPAS (2009). *Encuesta nacional de salud materno infantil 2008-2009*. Gobierno de Guatemala.

PNUD (2002). *Metas del milenio: informe de avances*. Guatemala, 2002.

PNUD (2006). *Diversidad étnico-cultural: la ciudadanía en un Estado plural. Informe nacional de desarrollo humano 2005*. Guatemala: PNUD.

PNUD (2008). *Guatemala: ¿una economía al servicio del desarrollo humano? Informe nacional de desarrollo humano 2007/2008*. Guatemala: PNUD.

Segeplan (2006). *Hacia el cumplimiento de los Objetivos de desarrollo del milenio en Guatemala, Segundo informe de avance*. Gobierno de Guatemala.

Segeplan (2009). *Segundo informe de Gobierno: juntos lo estamos logrando*. Gobierno de Guatemala.

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





Siglas y acrónimos

AIEPI Atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia

Caimi Centro de Atención Integral con Énfasis Materno Infantil

Codisra Comisión presidencial contra la discriminación y el racismo contra los pueblos indígenas

CRN Centros de Recuperación Nutricional

Encovi *Encuesta nacional de condiciones de vida*

Ensmi *Encuesta nacional de salud materno infantil*

Etas Enfermedades transmitidas por agua y alimentos

INE Instituto Nacional de Estadística

MSPAS Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Mineduc Ministerio de Educación

ODM Objetivos de desarrollo del milenio

OMS Organización Mundial de la Salud

OPS Organización Panamericana de la Salud

PEC Programa de Extensión de Cobertura

Prosan Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional

Segeplan Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia

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





Índice de gráficas

Gráfica 1	Tendencia de la mortalidad en la niñez según área urbano-rural.....	18
Gráfica 2	Tendencia de la mortalidad infantil, según área urbano-rural (tasa).....	19
Gráfica 3	Mortalidad infantil y mortalidad en menores de cinco años por departamento del país	21
Gráfica 4	Tendencia de la vacunación contra el sarampión, urbano-rural	23
Gráfica 5	Tendencia de la mortalidad en la niñez y mortalidad infantil, por sexo.....	25
Gráfica 6	Tendencia de la tasa de mortalidad infantil según nivel educativo de las madres	26
Gráfica 7	Tendencia de la mortalidad en la niñez y mortalidad infantil, indígena y no indígena en Guatemala	26
Gráfica 8	Proyecciones de mortalidad en la niñez y mortalidad infantil (2010-2015)	30

Índice de cuadros

Cuadro 1	Cuadro resumen Tendencias de la mortalidad en la niñez, mortalidad infantil y la vacunación (sarampión)	15
Cuadro 2	Tendencia de la mortalidad en la niñez, según regiones del país	18
Cuadro 3	Tendencia de la mortalidad infantil, según regiones del país	20
Cuadro 4	Tendencia de la proporción de vacunación contra el sarampión. Por regiones (porcentaje)	24
Cuadro 5	Vacunación contra el sarampión por departamento (2008-2009).....	24
Cuadro 6	Tendencia de la mortalidad en la niñez indígena y no indígena en Guatemala	28
Cuadro 7	Tendencia de la mortalidad infantil indígena y no indígena en Guatemala	28
Cuadro 8	Tendencia de la vacunación contra el sarampión. Población indígena y no indígena (por porcentaje)	29
Cuadro 9	Tendencias para el cumplimiento de la meta	31

Índice de mapas

Mapa 1	Tasas de mortalidad infantil y mortalidad de la niñez, pobreza extrema por departamento	22
---------------	---	----

4

....



Anexo metodológico

Indicador 4.1	Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años
Propósito	Permite analizar cómo se ha comportado la mortalidad en este grupo de edad (0 a 60 meses de edad) y tomar las medidas apropiadas para reducirla. En gran medida, denota la supervivencia de las niñas y niños, reflejando su entorno social, económico y las condiciones en las que los infantes viven, incluyendo el cuidado de su salud.
Métodos de medición	En la <i>Ensmi</i> , se solicita información a las madres de las muertes y nacimientos en los cinco años anteriores a la encuesta. En el caso de los niñas (os) fallecidos, se obtienen datos sobre la edad al momento de morir.
Descripción de variables	Numerador: número de defunciones por cualquier causa, de niñas (os) que mueren antes de cumplir los cinco años de edad, ocurridas en un período de un año. Denominador: número total de nacidos vivos en un período de un año determinado. Multiplicado: por 1000 NV.
Fórmula del indicador	$TM_{<5 \text{ años de edad}} = \frac{\text{Número de casos de muertes de niñas y niños } < 5 \text{ años de edad}}{\text{Nacidos vivos}} \times 1000$
Indicador 4.2	Tasa de mortalidad infantil
Propósito	Expresa la probabilidad que tienen las niñas (os) de morir entre el nacimiento y antes de cumplir exactamente el año de edad, en una población y año determinado. También permite conocer y analizar cómo se ha comportado la mortalidad infantil e implementar las medidas correctivas pertinentes para reducirla.
Métodos de medición	En la <i>Ensmi</i> , se solicita información a las madres de las muertes y nacimientos en los cinco años anteriores a la encuesta. En el caso de los niñas (os) fallecidos, se obtienen datos sobre la edad al momento de morir.
Descripción de variables	Numerador: número de defunciones por cualquier causa, de niñas (os) que mueren antes de cumplir el primer año de edad, ocurridas en un periodo de un año. Denominador: número total de nacidos vivos en un periodo de un año determinado. Multiplicado: por 1000 NV.
Fórmula del indicador	$TMI = \frac{\text{Número de casos de muertes de niñas y niños } < 1 \text{ años de edad}}{\text{Nacidos vivos}} \times 1000$
Indicador 4.3	Proporción de niños de un año vacunados contra el sarampión
Propósito	Conocer el por ciento de la población de 12 a 23 meses de edad que fue inmunizada contra el sarampión en un año determinado.
Métodos de medición	En la <i>Ensmi</i> , se solicita información a las madres sobre las vacunas administradas a sus hijos y específicamente sobre la vacuna contra el sarampión, que se coloca al cumplir el primer año de edad.
Descripción de variables	Numerador: número de niñas y niños de 12 a 23 meses de edad al que se le administró la dosis de vacuna contra el sarampión, en un período de un año. Denominador: número total de niñas y niños menores de 1 año de edad, en un período de un año determinado. Multiplicado: por 100.
Fórmula del indicador	$\text{Cobertura de vacunación SPR} = \frac{\text{Número de niñas y niños de 12 a 23 meses de edad, vacunados con SPR}}{\text{Números total de niñas y niños menores de 1 año de edad}} \times 100$



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 cercanía	no cumplimiento	positiva	estancamiento	negativa	Año	Dato	Rural	Femenino	Masculino	Índigena	No indígena			
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.																
•	Proporción de la población que se encuentra debajo de la línea de pobreza extrema nacional. [1]		✗		O	9.05	1989	18.10	2006	15.20	5.3	24.4	14.80	15.70	27.20	7.70
1.2	Coefficiente de la brecha de pobreza extrema.	sin meta		✓		-	2000	3.7	2006	3.37	1.04	5.54	3.24	3.51	6.02	1.71
1.3	Proporción del consumo nacional que corresponde al quintil más pobre de la población.	sin meta		✓		-	2000	5.10	2006	5.60	5.6	7.7	5.50	5.60	8.20	5.60
1B Lograr empleo pleno y productivo, y trabajo decente para todos, incluyendo mujeres y jóvenes																
1.4	Tasa de crecimiento del PIB por persona empleada.	sin meta			O	-	1989	0.90	2006	-0.80	-	-	-	-	-	-
1.5	Relación empleo población.	sin meta			O	-	1989	48.72	2006	57.68	58.66	56.68	41.2	76.5	61.11	55.66
•	Población ocupada que vive en extrema pobreza.	sin meta		✓		-	2000	12.71	2006	12.4	4.56	20.77	9.21	14.36	22	6.2
1.7	Población ocupada que trabaja por cuenta propia o en empresa familiar.	sin meta			O	-	1989	49.90	2006	47.40	35.87	59.71	56.59	41.74	60.91	38.63
1C Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre.																
1.8	Proporción de niños menores de cinco años con peso inferior al normal para su edad.	✓		✓		16.75	1987	33.5	2008-09	19.30	12.9	23	19.5	19.10	24.8	14.60
*	Proporción de niños menores de cinco años con talla inferior a la normal para su edad.		✗	✓		28.95	1987	57.9	2008-09	43.4	28.8	51.8	44.2	42.70	58.6	30.6
1.9	Porcentaje de población total del país por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria.		✗		O	9.05	1989	18.10	2006	15.2	5.3	24.4	14.80	15.70	27.20	7.70

* 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

				Evolución del indicador en las últimas dos mediciones			META		Línea de base		Última medición						
				Tendencia al logro de la meta	no cumplimiento	o cercanía	positiva	estancamiento	negativa	Año	Dato	Año	Dato	Urbano	Rural	Femenino	Masculino
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 neta 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
	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
	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
	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.	sin meta			O		-	1989	35.03	2006	37.64	40.39	30.41			33.21	39.17
3.3	Proporción de escaños ocupados por mujeres en los parlamentos nacionales.	sin meta			O		-	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
4.2	Tasa de mortalidad infantil.	✓	✓	✓			24	1987	73	2008-09	30	27	38	32	37	40	30
4.3	Porcentaje de niñas y niños menores de 23 meses, vacunados contra el sarampión. [2]		✗		O		95	1987	69	2008-09	78	73.70	79.90	75.2	79.90	78.6	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 cercanía	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).	sin meta	✓			-	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.	sin meta	✓			-	1987	23	2008-09	54.1	65.7	45.6	-	40.2	63.3		
5.4	Tasa de fecundidad entre adolescentes.	sin meta	✓			-	1987	139	2008-09	98	78	114	-	94	100		
5.5	Cobertura de atención prenatal.	sin meta	✓			-	1987	34	2008-09	93	95.9	91.7		92.4	93.5		
5.6	Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar.	sin meta	✓			-	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.	sin meta			X	-	1990	20	2008	476	-	-	-	-	-		
6.2	Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo.	sin meta			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]	sin meta			-	-	-	-	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*.

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	-	-	-	-	-	-	
	Proporción de niños menores de 5 años de edad 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.	✓			O		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			O		-	1990	0.5	2006	2.36	-	-	-	-	-	-	
7.3	Consumo de sustancias que agotan la capa de ozono. Toneladas de CFC's.	sin meta	✓				-	2001	264	2009	0.0	-	-	-	-	-	-	
	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			O		-	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							
				cumplimiento o cercanía	no cumplimiento	positiva	estancamiento	negativa	Año	Dato								
7.6	Proporción de áreas terrestres y marinas protegidas.	sin meta					O		1990	24	2008	32.29						
7.7	Proporción de especies en peligro de extinción.	sin meta						X	2001	16.74	2006	18.20						
*	Uso de energía (en kilogramos equivalentes de petróleo) por 1 dólar del producto interno bruto (PPA).	sin meta		✓					1990	0.155	2006	0.218	-	-	-	-	-	-
	Proporción de población que utiliza combustibles sólidos.	sin meta					O		1990	79	2006	78.50	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	Proporción de la población con acceso a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua potable.	✓		✓					1990	63	2006	78.7	91.2	64.1	81.7	77.8	72.5	82.1
7.9	Proporción de la población con servicios de saneamiento mejorados.	✓		✓					1990	32	2006	54.5	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	Proporción de la población urbana que vive en tugurios [4]	sin meta		-					-	-	2010	13						

[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

4

Cuadro 1

Mortalidad en la niñez

<i>Ensmi</i>	Año base 1987	1995	1998-1999	2002	2008-2009	Meta	Brecha para alcanzar la meta
Área							
Urbano	99	61	58	45	34	33	1
Rural	130	88	69	66	51	43	8
Sexo							
Masculino	130	84	64	66	49	43	6
Femenino	111	75	65	51	41	37	4

Fuente *Ensmi* 1987, 1995, 1998-1999, 2002, 2008-2009.

Cuadro 2

Mortalidad infantil

<i>Ensmi</i>	Año base 1987	1995	1998-1999	2002	2008-2009	Meta	Brecha para alcanzar la meta
Área							
Urbano	65	45	49	35	27	22	5
Rural	84	63	49	48	38	28	10
Sexo							
Masculino	90	63	50	50	37	30	7
Femenino	68	52	48	37	32	23	9

Fuente *Ensmi* 1987, 1995, 1998-1999, 2002, 2008-2009.

Cuadro 3

Proporción de niños de un año vacunados contra el sarampión

<i>Ensmi</i>	Año base 1987	1995	1998-1999	2002	2008-2009	Meta	Brecha para alcanzar la meta
Área							
Urbano	74.6	77.6	80.8	75.9	73.7	95	21.3
Rural	66.7	73.9	80.4	74.1	79.9	95	15.1
Sexo							
Masculino	ND	75.9	81.8	ND	ND	95	ND
Femenino	ND	74.4	79.3	ND	ND	95	ND

Fuente: elaboración propia, Segeplan 2010, datos *Ensmi*.

Cuadro 4

Nivel de escolaridad de las mujeres madre (mortalidad infantil)

<i>Ensmi</i>	Año base 1987	1995	1998-1999	2002	2008-2009
Sin educación	82	70	56	57	48
Primaria completa	69	54	47	40	35
Secundaria o más	41	27	41	17	17

Fuente: elaboración propia Segeplan 2010, datos *Ensmi*



Cuadro 5

Proyección de la mortalidad en la niñez (2010-2015)

Proyección	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta
Mortalidad en la niñez	40.08	39.15	38.25	37.36	36.5	35.66	37

Fuente: elaboración propia, Segeplan 2010, base de datos Ensmi 2008-2009.

Cuadro 6

Proyección de la mortalidad infantil (2010-2015)

Proyección	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta
Mortalidad Infantil	28.63	27.97	27.32	26.69	26.07	25.47	24

Fuente: elaboración propia, Segeplan 2010, base de datos Ensmi 2008-2009.

Cuadro 7

Proyección en cobertura de vacunación contra el sarampión (2010-2015)

Proyección	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta
Cobertura de vacunación	77.80%	78.20%	78.60%	79%	79.40%	79.80%	95%

Fuente: elaboración propia, Segeplan 2010, base de datos Ensmi 2008-2009.

Cuadro 8

Proyección en cobertura de vacunación tardía (hasta 59 meses) contra el sarampión (2010-2015).

Proyección	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Meta
Cobertura de vacunación	88.20%	88.60%	89.0%	89.40%	89.80%	90.2%	95%

Fuente: Elaboración propia, unidad de población SEGEPLAN 2010, base de datos ENSMI 2008/2009.

Cuadro 9

**Comportamiento de las tasas de mortalidad infantil y en la niñez,
según departamento 2009***

4
.....

Departamento	Mortalidad infantil	Mortalidad en menores de 5 años
Chiquimula	55	72
Santa Rosa	51	58
Totonicapán	51	58
Sololá	49	68
San Marcos	48	67
Suchitepéquez	46	61
Jalapa	44	55
El Progreso	43	49
Petén	43	51
Quiché	40	63
Huehuetenango	37	44
Alta Verapaz	36	50
Jutiapa	33	39
Baja Verapaz	31	47
Chimaltenango	30	37
Retalhuleu	29	37
Izabal	26	41
Sacatepéquez	25	29
Escuintla	25	31
Zacapa	24	35
Quetzaltenango	19	26
Guatemala	16	19
Nacional	34	45

*Para los 10 años anteriores a la encuesta.

Fuente: elaboración propia con datos de las *Ensmi*.